

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XV

Bogotá, octubre de 1946

No. 4

EDITORIAL

ANIVERSARIO DE LA "REFORMA MEDICA" DE LIMA

Cumplió el pasado abril 32 años de su meritoria vida la "Reforma Médica" de Lima, fundada por el profesor Carlos Enrique Paz Soldán, catedrático de Higiene, cuyo primer número apareció el 15 de abril de 1915.

Con este fausto motivo queremos enviar a su ilustre rector y fundador un saludo cordial y una congratulación efusiva.

Paz Soldán es un prócer de la Medicina Universal. Su figura eximia, como dijo alguno del Profesor Jorge Bejarano de Colombia, es enhiesta cumbre visible de cualquier punto del hemisferio. Médico de extraordinarias capacidades, escritor y orador magnífico ha hecho de su Reforma Médica uno de los periódicos más interesantes de lengua castellana. Ahí encuentra el estudioso una cantera inagotable en donde está registrado el movimiento médico del Perú y los hechos culminantes de la Medicina de América. Con el lema de "Servir a la Verdad, a la Ciencia, al Arte y a la Etica Médicas", la Reforma Médica ha realizado obra perdurable y benemérita.

La Revista de la Facultad de Medicina de Bogotá hace votos por una larga vida para la ilustre Revista y por la ventura de su Director.

L. P. C.

CANCER DEL PANCREAS

Prof. Luis Piñeros Suárez

Lamento no poder en esta conferencia agregar algún detalle personal al estudio del Cáncer del Páncreas, y las razones son claras; es una lesión rara y en los tres casos que he diagnosticado la entidad, no ha sido posible llegar a una comprobación operatorio, o mejor anatomo-patológica. Además, como deseo demostrar en esta lección clínica, el diagnóstico anatómico presenta dificultades muy grandes al principio de la enfermedad. Nosológicamente se puede hacer cuando el tumor se localiza en la cabeza del páncreas o en períodos muy avanzados si el tumor se localiza en el cuerpo o en la cola del órgano. Esto es muy explicable si se tiene en cuenta que de los síntomas de las lesiones pancreáticas sólo parte, los funcionales, pertenecen en propiedad a la glándula. La rica sintomatología que presentan sus lesiones, es tomada de las íntimas relaciones anatómicas que ellas tienen con los órganos importantes de la región.

El páncreas es un órgano alargado, que se sitúa profundamente en la parte superior del abdomen, inmediatamente por encima del mesocólon transversal, cuya cabeza situada a la derecha está limitada por las cuatro porciones del duodeno; cuyo cuerpo reposa sobre la primera y segunda vértebras lumbares; y cuya cola termina en el ángulo formado por el hilo del bazo y su segmento inferior, solamente está cubierto por el peritoneo en su cara anterior. La hoja peritoneal que lo cubre es la de la pared posterior de la trascavidad de los epiploones: es pues, un órgano retroperitoneal. Su conducto excretor recorre la glándula de izquierda a derecha y desemboca junto con el canal Colédoco en la ampolla de Vater situada en la porción descendente del duodeno. Inmediatamente por detrás del páncreas pasan en dirección sagital, la arteria y la vena Mesentéricas superiores, que irrigan el intestino delgado. La cabeza del páncreas, ligeramente acodada en dirección dorsal, rodea estos vasos y se puede decir que pasan al través de la glán-

dula. La arteria mesentérica superior da la pancreático duodenal inferior que sigue el borde interno de la porción descendente del duodeno y rodea la cabeza del páncreas. En muchos casos la vena porta que pasa por detrás de la cabeza del páncreas, hace un trayecto intraglandular. El borde superior del páncreas es seguido por la arteria esplénica, hasta el bazo. Por el lado derecho, junto a la columna vertebral y por detrás del páncreas, pasan la vena cava inferior y la arteria aorta.

La irrigación está a cargo de las arterias pancreatoduodenal superior y la esplénica, ramas del tronco celiaco, y de la pancreatoduodenal inferior, rama de la mesentérica superior. Las venas del páncreas desembocan en la porta. Está innervado por el plexo pancreático, que acompaña a las arterias pancreáticas, plexo que es, a la vez, rama de los plexos esplénicos y mesentéricos superiores, que dependen del plexo solar y de los ganglios semilunares. Plexo solar y ganglios semilunares que está colocados a los lados de la columna vertebral y directamente en relación con el borde superior del páncreas. Esta pequeña descripción anatómica de las relaciones, circulación e innervación del órgano, nos son necesarias, para darnos cuenta de la fisiología patológica de los síntomas que el cáncer del páncreas presenta, y que son en su mayoría como lo dije atrás, expresión del sufrimiento de los órganos vecinos, comprimidos por el páncreas aumentado de volumen.

El cáncer del páncreas puede ser primitivo o secundario; como resultado de la propagación al páncreas de los cánceres de los órganos vecinos. La mayor parte de los autores basándose en su frecuencia, dan más importancia al cáncer secundario de origen gástrico. Yo en este estudio daré únicamente importancia al cáncer primitivo, por tener la firme convicción de que el cáncer secundario está más allá de todo recurso médico o quirúrgico que pueda aliviar al paciente.

Considerado así, el cáncer del páncreas es una afección rara y esta rareza está confirmada por las estadísticas de la literatura médica que solamente anota en total unos pocos centenares de casos.

Como toda enfermedad cancerosa, poco y nada cierto se conoce de su etiopatogenia. Aparece con mayor frecuencia entre los 40 y los 60 años de edad y sus víctimas las escoge entre los bulímicos y dipsómanos obesos que hayan sufrido procesos pancreáticos crónicos. Según varios autores, entre ellos Bard y Pic, es más frecuente en el hombre, en proporción de tres a uno. Se ha señalado igualmente entre las causas provo-

cadoras del cáncer, a los traumatismos profundos del abdomen que hayan podido producir contusiones del páncreas.

El tumor se sitúa con más frecuencia en la región de la cabeza de la glándula. La estadística de d'Oser, con 32 casos en total, muestra que 20 de ellos están localizados en la cabeza y el resto en el cuerpo, la cola o en toda la glándula.

El tamaño del tumor, es casi siempre pequeño; como un huevo de gallina, o una manzana común, y solamente, como en el caso de Terrier, puede llegar al tamaño de una cabeza de adulto. Esto es explicable si tenemos en cuenta que los trastornos funcionales que el tumor acarrea, son tan grandes, que matan al paciente antes de que el tumor haya alcanzado un gran desarrollo.

Macroscópicamente puede presentar el tumor dos formas: atrófica e hipertrófica; en la forma atrófica, la región invadida del páncreas presenta una disminución de volumen, color amarillo, consistencia dura. En la forma hipertrófica el color es el mismo pero hay aumento de tamaño en el sitio afectado. Cuando el aumento no es muy grande, la consistencia es uniformemente dura; pero en los casos en que el tumor alcanza gran volumen la consistencia no es uniformemente dura sino que se alterna con sitios donde es blanda y hasta fluctuante si se han formado cavidades quísticas. Este cambio de consistencia de la glándula, que indica un grado de infiltración avanzado por las células neoplásicas, produce una compresión de los órganos que atraviesan el páncreas, los canales de Wirsung y de Santorini se dilatan y estas dilataciones se pueden enquistar. El coledoco comprimido se dilata, y esta dilatación se propaga al cístico y a la vesícula biliar, al hepático y a los canales intrahepáticos, al hígado (cirrosis biliar hipertrófica). O también este aumento puede comprimir el duodeno y el píloro y originar estenosis relativas. Las venas porta y cava pueden ser comprimidas y esto explicaría la ascitis, los edemas y las hemorragias. El carcinoma pancreático se propaga rápidamente al hígado por los ganglios del hilio y hasta se encuentran adenitis cancerosas de los ganglios suprapancreáticos, retropancreáticos y lombo aórticos.

Desde el punto de vista histológico, puede presentar dos formas; la glandular y la canalicular. En la forma glandular, la trama conjuntiva contiene pelotones de células epiteliales formados por células que presentan la forma de las pancreáticas, pero que se diferencian por su coloración intensa. En el tipo canalicular, el tumor es lobulado, las células tienen forma cilín-

drica. Esta forma canalicular se encuentra siempre en el cáncer de la ampolla de Vater.

El cáncer del páncreas, como ya lo dije, puede localizarse en la cabeza, el cuerpo, la cola, o estar generalizado. Esta variedad de situación acarrea una sintomatología distinta en cada caso y solamente tienen de común los síntomas generales, que por otra parte son muy importantes, pues con ellos se inicia la enfermedad y su análisis detallado puede llevarnos a sospechar que es el páncreas el órgano que está sufriendo.

Las diferentes localizaciones del cáncer pancreático me llevan a estudiar cuadros sintomáticos variados y a considerar problemas de diagnóstico nosológico y diferencial en cada una de estas localizaciones.

Los síntomas generales señalados más frecuentemente y comunes a cualquier localización son: Enflaquecimiento, astenia, pérdida del apetito, hipotensión arterial, anemia, tinte subictérico, sialorrea. El enflaquecimiento es el síntoma que en la mayor parte de los casos aparece primero. La pérdida de peso preocupa al enfermo y lo lleva a la consulta del médico. Es una pérdida de peso muy rápida, que puede llegar a diez y hasta treinta kgrms. en un mes. Este carácter "rapidez" es dominante y no se parece al enflaquecimiento producido por el cáncer en ningún otro órgano del cuerpo; ni aún a la pérdida de peso del cáncer del estómago. Este enflaquecimiento viene seguido muy de cerca por la astenia. El enfermo pierde toda su capacidad para el trabajo físico y mental. Los movimientos más simples le producen gran cansancio y sólo desea descansar. La pérdida del apetito se instala lentamente y a veces tiene el carácter de repugnancia selectiva como en el cáncer del estómago, pero en el caso del páncreas, la repugnancia es invencible y la pérdida del apetito más marcada. La inmovilidad, la pérdida del apetito y la astenia, llevan como consecuencia la baja de la tensión arterial, signo importante si se tiene en cuenta que estos enfermos de cincuenta años, buenos comedores, son generalmente hipertensos. Es un síntoma que puede apreciar mejor el médico de la familia que conoce las reacciones individuales de su paciente.

El color del enfermo es pálido y el número de glóbulos rojos se encuentra disminuido desde los comienzos de la enfermedad. El tinte sub-ictérico de ictericia crónica se aprecia especialmente en las conjuntivas oculares, como síntoma prematuro de insuficiencia hepática. La sialorrea es un síntoma bien particular y que podría explicarse por un anticipo de las glándulas salivares en su empeño por compensar la insuficiencia

pancreática que a esta época de la enfermedad sin duda ya se ha iniciado.

En este cuadro de síntomas generales considerado en conjunto, se ve que el síntoma más llamativo es la pérdida de peso con sus caracteres no igualados por ninguna otra enfermedad crónica y que acompañada de la aparición de los otros componentes del cuadro, pueden llevar al Clínico a pensar en una lesión del páncreas y a buscar sus síntomas especiales. Estos síntomas se encuentran en el estudio de las funciones de la glándula y del hígado y en el descubrimiento de los signos de compresión de los órganos vecinos.

La localización del cáncer en la cabeza del páncreas, da la sintomatología más variada y rica. A más de los síntomas generales ya estudiados y especialmente cuando la pérdida de peso ha presentado caracteres alarmantes; aparece la ictericia al principio rubínica y acompañada de prurito intenso y rebelde a todo tratamiento. Luégo vienen los trastornos digestivos caracterizados por dolores gástricos tardíos, cuatro a seis horas después de las comidas; náuseas y vómito que no alivian al enfermo, al contrario de lo que sucede en los casos de lesiones gastroduodenales. Aparecen luégo los signos físicos más importantes: Palpación de tumor en el epigastrio, vesícula biliar dilatada, hepatomegalia y esplenomegalia.

La presencia del tumor epigástrico no es constante, pues podría tratarse de una forma atrófica. En estos casos a la palpación abdominal en el epigastrio, se encuentra defensa muscular y gran sensibilidad en la zona pancreático coledociana de Chauffard. Cuando el tumor epigástrico es palpable, que lo es con poco que sea su desarrollo, gracias al enflaquecimiento del paciente, tiene una forma redondeada, pero difícil de delimitar fijo a la pared posterior del abdomen, inmóvil con los movimientos de respiración; separado por un surco notorio del borde inferior del hígado. Cuando pequeño, sonoro a la percusión, más tarde mate, pero rodeado de una zona sonora que corresponde arriba al estómago abajo al colon transversal, pues es sabido que esta vía es la que con más frecuencia sigue el tumor, empujando el epiplón gastrocólico y situándose en posición intergastrocólica, las situaciones supragástrica o infracólica son muy raras; la insuflación gástrica y cólica sirve eficazmente para aclarar la situación del tumor y para estudiar las relaciones que pueda tener con estos órganos.

Antes de continuar con el estudio de los signos físicos que fuera de la presencia del tumor, los demás son debidos a la compresión de los órganos vecinos, me parece más didáctico

agrupar estos signos bajo la denominación general de Síntomas de compresión.

Cuando el tumor adquiere cierto desarrollo, aparecen los síntomas de sufrimiento de los órganos vecinos, que son rápidamente comprimidos por el tumor, dadas las íntimas relaciones de estos órganos con el páncreas.

Estos síntomas en el cáncer de la cabeza del páncreas, son: Ictericia, dilatación de la vesícula biliar, Hepatomegalia, Esplenomegalia, Dolor solar, Estenosis duodenal, Ascitis, Edema de los miembros inferiores, Compresión aórtica, Compresión del canal de Wirsung.

La ictericia intensa, ya anotada entre los síntomas generales, es debida a la compresión que el tumor ejerce sobre el colédoco en su trayecto intra o retropancreático. Raras veces falta este signo y en estos raros casos se ha pensado en anomalías en la desembocadura del colédoco. La ictericia se instala insidiosamente, pero pronto pasa de las conjuntivas a todos los tegumentos, es progresiva y continua. No regresa nunca una vez aparecida y este carácter la diferencia claramente de las ictericias por obstrucción calculosa. Los tegumentos toman un color amarillo que es cada vez más intenso, "ictericia rubínica". A medida que se hace más acentuada, el color de los tegumentos es amarillo verdoso "ictericia verdínica" y por último este color toma un aspecto bronceado, debido a la compresión con alteración del plejo solar. Esta ictericia se acompaña de prurito intenso, lentitud del pulso, acolia, colemia y coluria. Las materias fecales toman un color blanco amarillo o ceniza de aspecto grasoso. Las orinas toman un color vino tinto, manchan las vasijas y el suero sanguíneo presenta un color amarilloso.

Como consecuencia de la compresión del colédoco en su porción terminal, el conducto se dilata por la presión de la biliar y ésta, no encontrando salida, retrocede hacia la vesícula biliar, venciendo las válvulas del cístico y hasta el hígado puede refluir, dilatando los canales intra-hepáticos.

La vesícula puede palparse como un tumor piriforme, de superficie lisa, móvil, que sigue los movimientos de la respiración. La dilatación vesicular fue comprobada por Courvoisier y Terrier, quienes llegaron a la conclusión de que cuando en una oclusión del colédoco se presentaba la dilatación de la vesícula, debía pensarse en una oclusión neoplásica, siempre que los síntomas fueran permanentes y progresivos. Y por el contrario, en el caso de obstrucción coledociana sin vesícula dilatada, debía pensarse en una causa calculosa de la obstrucción. Este signo se llama de Courvoisier-Terrier, que en mi concepto

no es absoluto, pero sí de gran valor en el diagnóstico de la naturaleza de la obstrucción del colédoco. Tiene la desventaja de que no siempre puede apreciarse de manera clara debido al aumento de volúmen del hígado.

Igualmente como consecuencia del retroceso biliar, los canales hepáticos se dilatan y la bilis invade los espacios intra-hepáticos, produciendo una cirrosis hepática hipertrófica de tipo biliar. El borde inferior del hígado se palpa grueso, ligeramente endurecido, poco doloroso. Esta hipertrofia, se transforma en atrofia en el período final de la enfermedad.

La esplenomegalia, debida sin duda a la dificultad en la circulación en las venas esplénicas, nunca es de gran tamaño y es más frecuente en la localización del cáncer en el cuerpo y en la cola del páncreas.

El dolor debido a la compresión del plejo solar, es un síntoma variable en intensidad cuando el tumor se localiza en la cabeza del órgano. Adquiere toda su violencia en el cáncer del cuerpo. En aquella localización se presenta como ardor hipertardío, de la cuarta a la sexta hora, que no se alivia con la ingestión de alimentos, que lo mejoran los cambios de posición, y que guarda por estos caracteres, cierta similitud con los dolores de la úlcera péptica del asa eferente de los gastroenterostomizados.

La estenosis duodenal puede ser muy clara en sus síntomas y muy fácil de explicar. Ya dije que el duodeno forma con sus cuatro porciones un verdadero marco a la cabeza del páncreas. Cuando la estenosis es completa, presenta sus síntomas característicos, dilatación gástrica, signo de Bouverel, signo de Kussmaul, presencia de líquido gástrico en ayunas, vómitos de sustancias ingeridas la víspera, pero con la particularidad de que los vómitos nunca contienen bilis. Además en la mayor parte de los casos no se trata de estenosis completas, sino incompletas cuyos síntomas se confunden con los de la dispepsia pancreática, que no falta nunca en esta enfermedad por alteraciones en la secreción externa de la glándula. Esto se comprueba por medio de la radiografía.

La ascitis es un síntoma frecuente, yo la he observado en los tres casos que he podido diagnosticar el cáncer pancreático. No es muy grande al principio, pero sí en los períodos finales. En los casos por mí puncionados, el líquido obtenido tenía un aspecto serofibrinoso, pero es frecuente encontrarlo quiloso, debido a la compresión del canal torácico.

El edema de los miembros inferiores ha sido señalado como síntoma a veces prematuro de la enfermedad. No se trata

de una caquexia final sino que es debido a la compresión de la vena cava inferior por el tumor y es más frecuente en el cáncer del cuerpo que en el de la cabeza.

La compresión de la aorta abdominal se manifiesta por la transmisión al tumor del pulso de la arteria y en ocasiones se puede percibir un soplo sistólico, que si el examen no es muy atento, puede llevar a confundirlo con un aneurisma de la aorta abdominal; confusión posible si se tiene en cuenta que es el síntoma más frecuente en el cáncer del cuerpo, donde no existen compresiones del colédoco ni del canal de Wirsung y por consiguiente la sintomatología es menos ruidosa que en el cáncer de la cabeza.

La compresión del canal de Wirsung y del canal de Santorini por el tumor, acompañada de la destrucción de los elementos nobles de la glándula por el neoplasma, da origen a los síntomas funcionales que tienen grande importancia. Antes de aparecer una obstrucción completa, se presenta una obstrucción relativa, que produce estasis en la salida de la secreción pancreática y que por retroceso lleva a cabo un infarto de la glándula y por consiguiente perturba igualmente por este mecanismo, las funciones externas e internas del páncreas. Estos síntomas funcionales son prematuros en su aparición y yo creo que si por los síntomas generales se ha podido sospechar la lesión pancreática; un estudio cuidadoso de las alteraciones funcionales y una juiciosa interpretación de los resultados puede llevarnos a resolver rápidamente el problema del diagnóstico anatómico y localizar definitivamente en el páncreas la causa de la enfermedad.

Como el páncreas es una glándula de doble secreción; a la vez interna y externa, sus trastornos funcionales deben estudiarse en cada una de ellas. En el caso del cáncer de la cabeza, que estoy describiendo, priman desde luego, los trastornos de la función externa por dos razones: 1º Porque en la cabeza del páncreas hay pocos islotes de Langerhans y 2º porque la alteración de la función externa no sólo depende de la alteración funcional de la glándula invadida por el tumor, sino también por la obstrucción de su canal excretor.

El Páncreas por su secreción externa vierte en el duodeno su jugo digestivo, en el que se pueden reconocer varios fermentos, de los cuales son tres los principales: tripsina, esteapsina y amilasa. En cuanto a la tripsina, es secretada por el páncreas en estado de protripsina y sólo viene a ser activa mezclándose con la enteroquinasa del jugo duodenal. Este fermento digiere las albúminas y las lleva al estado de peptonas y ácidos amina-

dos. La esteapsina es una lipasa que mezclada con la bilis emulsiona y saponifica las grasas. La amilasa transforma los azúcares en dextrina y maltosa; y luego a la maltosa en glucosa asimilable.

Se comprende desde luego, que una alteración funcional del páncreas por invasión y destrucción de los elementos nobles y por obstrucción de su canal, debe llevar serios trastornos en la digestión de los alimentos; pero para la correcta interpretación de los resultados, hay que tener en cuenta que los fermentos secretados por el páncreas son iguales, guardadas proporciones de mayor actividad de los pancreáticos, a los del estómago, glándulas salivares e hígado, y que éstos pueden reemplazar en determinada medida, a los fermentos pancreáticos, en la digestión de los alimentos. Esto quiere decir en fisiología patológica, que las pequeñas insuficiencias del páncreas no presentarán síntomas indirectos, reconocibles en las materias fecales, de deficiencia digestiva, y que en estos casos de pequeña insuficiencia, la interpretación de los resultados en el exámen directo de los jugos pancreáticos, en las materias fecales, la orina, la sangre y el jugo duodenal, es bastante delicada, pero en cambio la interpretación de todos estos resultados viene a ser fácil y manifiesta en las grandes insuficiencias pancreáticas y en especial en el cáncer de la cabeza del páncreas, en el que se combinan la insuficiencia y la obstrucción.

Por su secreción interna, el páncreas tiene un importante papel en el metabolismo de los azúcares. Laguesse ha demostrado que esta secreción interna viene de los islotes de Langerhans lo que fue confirmado más tarde con el descubrimiento de la insulina por Banting y Best. Pero para que aparezcan la hiperglicemia y la glicosuria es necesario que haya una destrucción casi completa de la glándula, o la supresión de la función como lo han demostrado los fisiologistas Mering y Heden. Según estos datos, las perturbaciones en el metabolismo de los azúcares sólo se encuentran en el período final de la enfermedad y además son inconstantes.

El examen de la función pancreática puede hacerse por procedimientos indirectos, buscando la incompleta digestión de los alimentos por el examen macroscópico, microscópico y químico de las materias fecales, o bien por el examen directo, buscando los fermentos pancreáticos en las materias fecales, la orina, la sangre y el jugo pancreático extraído por sondeo duodenal.

El procedimiento indirecto de examen de las materias fecales, debe hacerse dando al paciente una comida de prueba con grasas, albúmina e hidratos de carbono en cantidad determinada de acuerdo con los regímenes de Gaultier y de Schmidt.

El enfermo tomará unas obleas con carbón antes y después del régimen para saber el momento en que las muestras deben tomarse. En el examen indirecto sólo es importante la busca de la digestión incompleta de los albuminoides y las grasas, pues los azúcares se prestan a error por la presencia en el jugo intestinal de la ptialina salivar y de la amilasa intestinal. En el caso de el cáncer de la cabeza del páncreas, el examen macroscópico de las materias fecales presenta en conjunto los signos de insuficiencia biliar y pancreática. Las deposiciones son muy abundantes y de mal olor, de color gris y aspecto arcilloso, de consistencia blanda. La falta de asimilación de las grasas se manifiesta en el aspecto aceitoso que mancha el papel; hay a veces grumos blancos de grasa solidificada por el enfriamiento, esta es la esteatorrea clásica. Pueden encontrarse especialmente después del lavado de las materias fecales, fragmentos de carne que aparecen como tejidos deshilados de color oscuro junto con celulosa, fragmentos de frutas y verduras, que dan a las heces un aspecto lientérico.

El examen microscópico es más seguro, aun en ausencia del aspecto característico ya anotado. Se pueden encontrar cristales de ácidos grasos, jabones, abundantes glóbulos de grasa neutra, detritus musculares en gran cantidad y cuyas fibras están incompletamente digeridas puesto que puede notarse su estricción transversal y longitudinal y sobre todo la presencia de núcleos celulares, dato importante, puesto que está probado que los núcleos sólo son digeridos por el jugo pancreático; así pues, puede aceptarse que la presencia de núcleos celulares musculares en las materias fecales resultantes de alimentación cuya travesía intestinal no haya sido mayor de seis horas ni menor de 3, es un signo característico de insuficiencia funcional del páncreas. Esto se puede estudiar realizando la prueba de los núcleos de Schmidt, consistente en hacer comer al enfermo trocitos de carne cruda envueltos en saquitos de gasa; el examen ulterior de las materias fecales permitirá reconocer la presencia de abundantes núcleos musculares.

El examen químico es todavía más interesante; según Gaultier, la dosificación de las grasas en las materias fecales en los estados normales y patológicos, ha dado este resultado; en estado normal el intestino utiliza el 95% de las grasas inge-

ridas; en ausencia de jugo pancreático se utiliza solamente el 33%; en ausencia de bilis se utiliza el 60%, y cuando faltan la bilis y el jugo pancreático, se utiliza solamente un 10% de las grasas ingeridas. En el caso del cáncer de la cabeza del páncreas con obstrucción de los canales pancreático y biliar, la utilización de las grasas por el intestino, llega a cifras mínimas del 5% al 10%.

El estudio de azotorrea es muy útil. El aumento del ázoe total en las materias fecales es un buen signo de insuficiencia pancreática puesto que indica una incompleta digestión de las sustancias proteicas. Además puede encontrarse peptonas y albúminas en proporción anormal. Los procedimientos de examen directo se basan en la investigación de la existencia de los fermentos pancreáticos en las materias fecales, orina, sangre y jugo pancreático.

En las materias fecales la lipasa y la tripsina son rápidamente destruidas; sólo interesa la investigación de la amilasa, que se determina por el método de Wohlgemuth, que consiste en hacer diluciones de materias fecales, cada vez más débiles, y ponerlas en contacto, en una serie de tubos, con una solución de almidón al 1% en estufa a 40 grados centígrados. Como indicador del grado de digestión se sirve de una solución de yodo. El método tiene valor cuando se compara con los resultados de la investigación de los fermentos en la orina y la sangre. Aunque es verdad que en las materias fecales se encuentran amilasas de otro origen, distintas de la del páncreas, éstas tienen un valor digestivo muy pequeño. Por ejemplo la amilasa salivar es veinte veces más débil y la intestinal doscientos cincuenta veces menos digestiva.

La investigación en la sangre y en la orina de los fermentos pancreáticos tiene interés variable; la tripsina que existe normalmente es de origen leucocitario y lo mismo puede decirse respecto a algunas lipasas; debe notarse sin embargo que la lipasa pancreática es resistente al atoxil y se puede dosificar por el procedimiento de Roná-Michaelis y determinar la lipasemia patológica que dice muy claro que el fermento se fabrica en el páncreas pero que no logra pasar al duodeno debido a la acción de un obstáculo mecánico. Más interesante todavía son las investigaciones de la amilasa en la sangre y en la orina, en donde normalmente sólo se encuentran escasas cantidades de estos fermentos; después de las demostraciones de Clerc y Loeper, que muestran que la ligadura del Wirsung conduce a un aumento de la amilasa en la sangre y en la orina, mientras que las lesiones orgánicas de la glándula acarrear

una disminución de la amilasa circulante; la amilasuria se investiga por la prueba del rebasamiento, método de Fabricius-Miller, que es exactamente igual a la prueba de Wohlgemuth, citada a propósito de la amilasa fecal, con la simple diferencia que las soluciones diluídas de materias fecales se reemplazan por soluciones de orina cada vez más débiles; los resultados se expresan en unidades de amilasa. La amilasuria fisiológica varía entre 150 y 300 unidades entre los tubos primero y tercero; si hay digestión del almidón en los tubos cuarto, quinto y sexto, debe considerarse patológico el resultado puesto que hay una amilasuria anormalmente alta; la misma prueba realizada en la sangre, es una de las demostraciones más seguras de que actualmente se dispone para el descubrimiento de una insuficiencia pancreática o de un obstáculo que obstruye los conductos excretores de la glándula.

En el caso del cáncer de la cabeza del páncreas en donde priman inicialmente los fenómenos obstructivos, se tiene un dato que se considera definitivo en referencia a la oclusión de los canales excretores pancreáticos, en el hallazgo de una baja de la amilasa en las materias fecales, junto con un aumento del fermento en la orina y en la sangre.

La investigación de los fermentos pancreáticos en el jugo duodenal se realiza mediante el sondeo; llegada la oliva hasta el duodeno, se dejan salir las bilis A y B, y se recoge la C, que contiene la tripsina, lipasa y amilasa; esta bilis C se colocará en varios tubos, con el objeto de estudiarla. Inmediatamente después se recogerán con la sonda el jugo duodenal obtenido gracias a la acción de una sustancia pancreático estimulante, tal como el éter sulfúrico, ácido clorhídrico, o leche, productos que se inyectan por la sonda; puede acudirse también a la inyección endovenosa de secretina, que determina una respuesta inmediata cuando el páncreas es normal; el estimulante más empleado es el éter sulfúrico y su empleo lleva el nombre de prueba de Katsch; extraída la bilis C, se inyectan por la sonda tres c.c. de éter sulfúrico, procediendo lentamente; cada cinco minutos se toma una muestra de líquido que se coloca en un tubo numerado (esta numeración va de uno a seis) a los treinta minutos se ha terminado la prueba y la cantidad de líquido recogido varía entre 75 y 150 c.c. Es necesario analizar tres factores:

- a) Dolor producido por el éter
- b) Cantidad de jugo duodenal recogido, y
- c) Cantidad de fermentos existentes en el jugo.

La prueba de Katsch es dolorosa, en efecto, el enfermo sien-

te un dolor en el epigastrio cuando se inyecta el éter, pero este dolor es de poca intensidad y pasajero. Cuando el dolor es intenso e irradiado al hipocondrio izquierdo, la prueba de Katsch es positiva y significa un estado inflamatorio crónico del páncreas.

La cantidad de jugo recogido dice de la permeabilidad de los conductos excretores del páncreas. Puede esta cantidad ser pequeña en los casos de obstrucción por cálculos, o puede ser nula en los casos de obstrucción completa, por ejemplo en los casos de cáncer de la cabeza del páncreas.

La cantidad de fermentos contenidos en el jugo se compara con la cantidad que contiene la bilis C. Normalmente el jugo contiene mayor cantidad de fermentos que la bilis.

La lipasa se investiga en el jugo duodenal por el procedimiento de Bondi, que se funda en la verificación de los ácidos grasos liberados cuando se hace obrar el jugo duodenal sobre el aceite de olivas.

La tripsina se investiga en el jugo duodenal por el procedimiento de Gaultier, que valora los ácidos aminados puestos en libertad cuando se hace obrar el jugo duodenal sobre la gelatina.

La investigación de la amilasa tiene poco interés, pues ella puede estar reemplazada por la ptialina y la invertina.

Existen desde luego muchas pruebas accesorias para descubrir los fermentos pancreáticos en el intestino: la de Sahli, verificada administrando al enfermo salol, que en presencia de la lipasa pancreática se desdobra en fenol y ácido salicílico. Este ácido se encuentra en la orina valiéndose del percloruro de hierro, que le da una coloración violeta. La tripsina intestinal puede investigarse administrando al paciente cápsulas de gluten, digerido únicamente por la tripsina; estas cápsulas llevan en su interior azul de metileno, cuya presencia es notoria en la orina. Estas pruebas están sujetas a muchas causas de error y por ello tienen poca importancia.

La insuficiencia de la secreción interna tiene menos importancia que la de la externa. Se limita a la investigación de la glicosuria y de la hiperglicemia. La presencia de azúcar en la orina es inconstante, especialmente en el cáncer de la cabeza del páncreas, por las razones anatómicas y fisiológicas anotadas anteriormente; pero una glicosuria positiva es sin duda un signo de gran valor, especialmente cuando viene acompañada de manifestaciones claras de insuficiencia de la secreción externa del páncreas.

El examen radiológico puede en muchos casos ser definitivo para el diagnóstico, especialmente cuando por su volumen el tumor comprime o desaloja a los órganos vecinos. La radiografía debe tomarse después de dar al paciente el citobario. En estas condiciones, las imágenes del estómago son variables, debido a que este es rechazado ya hacia adelante, ya hacia arriba, ya hacia la derecha, y en algunos casos se ha visto la imagen de falsa biloculación del estómago. La imagen del anillo duodenal se encuentra ensanchada, el bulbo se presenta alargado, se llena mal y en veces hay estasis duodenal más o menos considerable. La imagen del colon puede ser característica; rechazado hacia abajo semeja la cama del tumor, cuando el sujeto está de pie.

Tales son en detalle, los síntomas que puede presentarnos el cáncer de la cabeza del páncreas; su búsqueda, su interpretación correcta, al menos en las formas que no presentan una sintomatología tan rica, puede ser delicada; en todo caso, hay un cortejo de síntomas que nos hacen sospechar la lesión, y está el cirujano autorizado para practicar una laparotomía de precisión que ayude a definir el diagnóstico de la naturaleza de la lesión, y que sea el primer tiempo del tratamiento quirúrgico en caso positivo si es posible.

En el carcinoma del cuerpo del páncreas la sintomatología difiere en algunos detalles; los síntomas generales estudiados están presentes pero en esta localización el síntoma principal es el dolor; puede ser este de mediana intensidad y continuo, pero lo más frecuente es que se presente bajo la forma de crisis solares que aparecen a veces con ocasión de las comidas, 4 ó 6 horas después de ellas, y con deseos imperiosos de defecación. En otras ocasiones se parecen a las crisis gástricas del tabes, con irradiaciones al hipocondrio izquierdo y a la región dorsolumbar. La posición en pie los mejora algunas veces y en otras la flexión del tronco. En este caso de localización en el cuerpo no se encuentran los síntomas de estenosis biliar y pancreática; pero un examen directo o indirecto de la función pancreática puede poner de manifiesto algún grado de insuficiencia pancreática que ayudaría al diagnóstico.

La palpación de la región supraumbilical pone de manifiesto el tumor colocado en posición mesopancreática. En ocasiones es pulsátil, por la compresión que ejerce sobre la aorta abdominal; no existe signo de Courvoisier-Terrier, las radiografías tomadas de frente y de perfil pueden ser útiles para el diagnóstico.

El carcinoma de la cola del páncreas es muy raro y de pobre sintomatología; el enflaquecimiento y la astenia son los principales hallazgos; algunos dolores, alteraciones funcionales del páncreas, esplenomegalia por compresión del hilio del bazo, a veces presencia de un tumor en el hipocondrio izquierdo. nos llevarán a ordenar una radiografía que al poner de manifiesto las relaciones del tumor con los órganos vecinos, ayude a aclarar el diagnóstico anatómico.

El diagnóstico diferencial del carcinoma pancreático en un estado avanzado de su evolución es fácil, si se analizan con cuidado todos los síntomas atrás enumerados; pero en sus comienzos, es bastante difícil. Además, en todos los casos y según la localización del tumor, hay síntomas predominantes que confunden con lesiones de órganos vecinos; así, en el cáncer de la cabeza el síntoma ictericia podría pasar como debido a una calculosis biliar, o a un tumor de las vías biliares; pero la ictericia de origen calculoso no es tan permanente, ni progresiva como la del cáncer, ni se acompaña de dilatación de la vesícula biliar; el sondeo duodenal repetido muestra en ocasiones bilis en el duodeno. En esta bilis se pueden encontrar fermentos de origen pancreático; la radiografía puede demostrar la presencia del cálculo; la edad del paciente, la conservación del estado general, son todos detalles de mucha importancia para atribuir esta ictericia a una calculosis biliar. En relación con un tumor primitivo de las vías biliares, el único síntoma que podría inclinarnos a su diagnóstico sería la presencia de jugos pancreáticos en el duodeno y en las materias fecales; los demás síntomas son tan semejantes que el diagnóstico viene a hacerse imposible antes del acto operatorio.

El cáncer de la ampolla de Vater se diferencia del de la cabeza por la ictericia de tipo intermitente, la presencia de sangre en las materias fecales y la presencia de fermentos pancreáticos en el líquido de sondeo duodenal. Si el síntoma dominante es la presencia de un tumor en el epigastrio, como sucede en el cáncer superficial de la cabeza del páncreas, o del cuerpo, lejos del colédoco y del plejo solar, su evolución es durante algún tiempo silenciosa, y puede confundirse con los tumores de la región: los del borde y cara inferior del hígado, quistes no parasitarios, adenomas o adenocistomas del hígado; pero en los tumores del hígado el tumor sigue los movimientos respiratorios, a la palpación no se encuentra curso de separación entre el hígado y el tumor, la percusión no da zona de sonoridad que los separe. En estas condiciones se puede afirmar que el tumor pertenece al hígado o está fuertemente adherido

a él. En cambio, los tumores de la región que son independientes del hígado, no siguen los movimientos de la respiración, a la palpación y a la percusión se encuentra respectivamente un surco o una banda sonora que separa hígado y tumor. Los tumores de la región del epigastrio independientes del hígado son numerosos y para llegar a un diagnóstico anatómico es indispensable no olvidar ningún recurso de los estudiados en la sintomatología y no prescindir del examen radiológico. Estos tumores, por su situación, son de dos clases: los profundos y los superficiales. Los profundos están detrás de las vísceras huecas pertenecen a los planos prevertebrales, y son inmóviles. Los superficiales son mates a la percusión, son móviles y generalmente pertenecen a las vísceras flotantes o a sus mesos. Entre los primeros se encuentran los tumores del páncreas, y un estudio cuidadoso de la historia clínica, los síntomas y la radiografía, pueden llevarnos a presumir la naturaleza del tumor.

En el caso en que el síntoma dominante sea el dolor, puede confundirse con las crisis gástricas del tabes; pero la historia clínica, las reacciones serológicas del líquido cefalorraquídeo y de la sangre pueden aclarar el diagnóstico. La pancreatitis hemorrágica es un accidente súbito, a veces postraumático, con una sintomatología que la acerca a los síndromes agudos del abdomen. Los cólicos nefríticos producen un dolor con irradiaciones bajas, tienen su historia peculiar y la pielografía, en caso de duda, soluciona el problema.

El cáncer del páncreas evoluciona de manera rápida; la mayoría de los autores le dan al tumor una vez instalado una duración de seis meses y esta evolución es siempre fatal.

TRATAMIENTO

Se dice que hasta el presente, el cáncer del páncreas está fuera de los recursos de la cirugía y para creer esto nos basta solamente recordar las relaciones y conexiones del páncreas con los órganos vecinos. Sin embargo la literatura quirúrgica cita las pancreatectomías realizadas por Billroth y Franke, seguidas de éxito y algunas pancreatectomías parciales del cuerpo y especialmente de la cola.

La extirpación completa del páncreas es una operación muy difícil y que requiere operaciones complementarias; duodenectomía, gastroenterostomía, coledocoyeyunostomía, o colecistogastrostomía. En la mayoría de los casos la operación es parcial. En la región de la cola es relativamente fácil. Debe siempre emplearse el bisturí eléctrico. Después de la ligadura del ca-

nal de Wirsung se atrofia el segmento correspondiente de la glándula. Las heridas que quedan después de la extirpación parcial deben peritonizarse cuidadosamente.

Cuando se extirpan porciones del páncreas próximas al duodeno y no se encuentra canal colector del resto de páncreas, la sección del parénquima debe abocarse al duodeno y hacer una sutura muy íntima de la serosa de los dos órganos.

El tratamiento paliativo estudia la manera de aliviar la compresión sobre los órganos vecinos; la gastroenterostomía en los casos de estenosis compresiva del duodeno y las derivaciones biliares para suprimir la ictericia y la insuficiencia biliar. Entre las derivaciones la que tiene más adeptos, por ser una operación poco traumatizante para enfermos en malas condiciones generales y que he tenido ocasión de practicar en dos ocasiones en mi servicio, es la colecistogastrostomía.

La radioterapia tiene éxito como paliativo, especialmente sobre los casos dolorosos. Ricard cita supervivencias hasta de dos años después de la irradiación.

TIPOS ESPECIALES DE NIÑOS

Por Mercedes Rodrigo B., directora de la Sección de Psicotecnica de la Universidad Nacional.

En las tres últimas lecciones han sido expuestas algunas consideraciones referentes a niños y adolescentes desde el nacimiento hasta el dintel de la juventud. En todas ellas hemos procurado poner de relieve la necesidad de individualizar el conocimiento de cada niño para obtener mejores resultados en su adaptación a su futura vida de adultos. En todas ellas nos hemos referido al llamado niño normal. Nos corresponde en la lección de hoy ocuparnos con la superficialidad característica de estas charlas tipo-muestrario, de otras categorías de niños muy dignos de interés, quienes unos por exceso, otros por defecto, otros por dificultades de adaptación por diferentes causas, se desvían de la línea media de la normalidad. Consideramos que no está fuera del lugar, aquí, el tema de los niños excepcionales y por el contrario que es necesario intensificar el estudio de los trastornos de la vida mental y emocional de los niños en la preparación de los estudiantes de Medicina. Y no es nuestra sólo esta opinión; no hace mucho tiempo en la Medical School de la Universidad de Minnesota hemos sabido que se ha hecho un intento de considerar y evaluar factores emocionales ambientales sobre las mismas bases que los descubrimientos fisiológicos.

Ahora bien: ¿quién es anormal? Se han escrito muchos libros para investigarlo y todavía no se sabe a punto fijo. Si se considera desde el punto de vista de la inteligencia, el idiota está en un extremo y el genio en otro. La gente normal tiene las dos tendencias introvertida y extravertida, pero los típicos pacientes esquizofrénicos son exageradamente introvertidos, mientras que los maníacos son completamente extravertidos. A veces es muy difícil juzgar exactamente dónde empieza la anormalidad, puesto que muchos síntomas de trastornos mentales no son más que exageraciones de tendencias que existen más moderadas en gente clasificada como normal. Por tanto,

no existe clara división entre normal y anormal; la anormalidad parece ser un concepto de relatividad, que depende de la desviación del término medio. Pero para complicar todavía más, una persona puede ser normal en unos aspectos y anormal en otros. Conocido es el dicho: "De médico, poeta y loco, todos tenemos un poco". Hay quien opina que la normalidad gira probablemente más alrededor del carácter que de cualquiera de sus otros elementos constitutivos de los cuales es la resultante y el Dr. Alejandro Raitzin, de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, muy autorizado autor en la materia dice: "que el carácter es el eje y la piedra de toque de la normalidad. La inteligencia sin carácter y lo mismo con exceso de carácter son igualmente anormales. Lo normal es una inteligencia respaldada por un armonioso y equilibrado carácter. Todo lo que es excesivo, cualquier extremismo, tiende a romper el equilibrio y la anormalidad está cerca de todo desequilibrio".

No obstante existen gran variedad de tipos especiales de niños con anormalidades fácilmente diagnosticables. Entre los anormales sensoriales se encuentran los sordo-mudos, ciegos, ambliopes; otro grupo está constituido por los niños tullidos, mutilados, inválidos, con inferioridad orgánica.

Hay también otro grupo de niños especiales que lo forman niños considerados generalmente como normales, pero que ocupan posiciones especialmente peligrosas en la llamada por Adler la *Constelación familiar*. Estas posiciones son seis: 1) La del *hijo único*, generalmente demasiado mimado y que cuando llega al medio escolar se encuentra desarmado para vencer las dificultades que entonces empiezan para él. Como protesta perturbará la disciplina y en su casa llegará incluso a presentar síntomas nerviosos (tics, terrores nocturnos, enuresis).

2) La del *hijo mayor*, quien después de haber disfrutado la posición de hijo único con todos sus privilegios por algún tiempo, a la llegada de un nuevo hermano experimenta gran sufrimiento, confesado o no, a causa de tener que repartir la solicitud de los padres con el recién llegado y perder así la situación de privilegio de la que hasta entonces había gozado. En algunos casos, este hecho puede llenarle de amargura para toda su vida.

3) El *hijo pequeño*, especialmente si nace muy tarde en una familia numerosa, tiene los mismos privilegios, pero los mismos inconvenientes del hijo único;

4) La situación del *segundo hijo* generalmente es la mejor, para Adler; no llama la atención, fácilmente puede servir de ejemplo a los más jóvenes, al mismo tiempo que él sigue la del mayor.

La quinta y sexta posición es la de un niño entre niñas y viceversa. El caso de predominio de un sexo sobre otro tiene el inconveniente del excesivo mimo o a veces de afeminamiento en los varones o tendencias varoniles en las niñas.

También sufren situaciones de excepción por motivos familiares el niño huérfano que constituye actualmente problema pavoroso en los países devastados por la monstruosidad de la guerra, el niño *ilegítimo* que sufre durante su infancia, adolescencia y madurez, la deficiencia social enorme que representa la ilegitimidad, el niño *evacuado*, súbitamente separado de sus familiares en momentos de peligro y ansiedad.

En la imposibilidad de tratar con la atención debida cada uno de los tipos especiales de niños que por una u otra causa se apartan del promedio común, dedicaremos esta lección sólo a algunos casos de los que ya nos hemos ocupado en nuestra vida profesional.

Empezaremos por las anormalidades de la inteligencia. El cuadro que tienen a la vista y que figura en muchos libros de psicología se refiere a la distribución de los valores del cociente intelectual, según los resultados de Terman, con la interpretación, normal o patológica que les corresponde.

Valor del C. I. Clasificación psicológica o psiquiátrica que corresponde

1.40 o más	Inteligencia genial	
1.20 a 1.40	Inteligencia muy superior	Superdotados
1.10 a 1.20	Inteligencia superior	
<hr/>		
0.90 a 1.10	Inteligencia normal	
0.80 a 0.90	Torpeza intelectual	
0.70 a 0.80	Límite poco preciso entre la torpeza y la debilidad mental	
<hr/>		
0.50 a 0.70	Debilidad mental	
0.25 a 0.50	Imbecilidad	Deficiencia mental
0 a 0.25	Idiotismo	

Empecemos pues por la desviación del tipo normal, no por defecto sino por exceso; es decir por los niños llamados brillantes o *superdotados*. De la comparación de varias estadísticas se comprueba que un C. I. de 1.20 y más indica inteligencia superior y comprende alrededor de 5% de la población total y no más del 3% de los escolares; que sólo el 1% de los niños tienen

C. I. de 1.30 o más y sólo el uno por mil alcanzan a tener C. I. de 1.40 y más. Estos son los genios generalmente incomprensidos en su infancia. Para satisfacción nacional me complazco en manifestar que en Bogotá he tenido ocasión de examinar al superdotado C. I. más elevado que he encontrado en toda mi carrera. Se trata de un niño de 10;9 años de edad cronológica que en su examen dió una edad mental de 16;5 años y un C. I. de 1.50!!!, con magnífica aptitud para el dibujo, de carácter marcadamente introvertido, independiente, reflexivo, pero poco constante en el esfuerzo y con dificultades de adaptación familiar. Este niño es un caso de excepcional interés de quien quisiera poder más tarde hacer un estudio completo.

Resulta interesante observar que gran número de hombres que luégo han resultado eminentes, fueron muy mal conceptuados durante los años de su escolaridad. Galton por ejemplo, escribe que fue sumamente desdichado en la escuela; Edison cuenta en su autobiografía que su maestro le tenía por retrasado y sus compañeros también. Esto le mortificaba mucho y le deprimía; perdió confianza en sí mismo y no progresaba. Con motivo de una visita de inspección, el maestro públicamente le llamó de una manera que dió al inspector la idea de que era tonto el niño. Edison, sufrió tanto que no quería volver más, pero su madre con su fino instinto no lo consintió y le estimuló y ayudó para seguir adelante. Edison reconoce que este estímulo de su madre le salvó y que el maestro no se dió cuenta del daño que había hecho con su sarcasmo. Personalidad tan elevada como Darwin fue considerado por sus maestros y por su propio padre "como un muchacho completamente vulgar, más bien por debajo del término medio en la inteligencia". Walther Scott, "estaba el último en su clase y adquirió el hábito de trabajar mal"; Newton recuerda "que él era distraído en extremo para sus estudios y estaba calificado en nivel muy bajo en la escuela". Napoleón Bonaparte no se distinguió en nada en la escuela militar de París y en su examen final de graduación quedó clasificado con el número 42.

Sin embargo existen algunos rasgos característicos que hacen posible el reconocimiento de los superdotados; algunos ya de pequeños parecen "viejos" porque se interesan por las personas mayores y tienen la tendencia a expresarse ellos mismos en forma superior a su edad; demuestran vivo interés activo, inquisitivo, explorador; buscan el significado de las palabras, consultan diccionarios y enciclopedias, participan más en actividades extraescolares que el niño medio, son muy indepen-

dientes de opinión, demuestran mayor extensión de intereses que los niños de su edad y leen ansiosamente.

Los superdotados pueden encontrarse en cualquier escuela, en cualquier clase, pero la mayor parte quedan sin descubrir porque no existe suficiente estímulo de interés en el trabajo escolar. Generalmente son muy difíciles de manejar en las clases corrientes porque como pueden avanzar en los estudios más rápidamente que la mayoría de los alumnos de su clase y tienen que esperar y adaptarse al ritmo general, adquieren hábitos mentales perniciosos que les perjudican más tarde y se convierten en elementos de perturbación, malgastando sus talentos en crear desorden en lugar de hacerlo en actividades constructivas. Se hacen intolerables y van cambiando de medio escolar incesantemente planteando en todas partes los mismos problemas. Tomamos como ejemplo típico del caso, el de un niño colombiano de 12;7 años de edad cronológica y 16 de edad mental. C. I. 1.26, por tanto de inteligencia muy superior. Ya ha pasado por 4 colegios y cuando lo examinamos estaba a punto de salir más o menos violentamente del 5º. Según los informes familiares es precoz en todo; "en lo bueno y en lo malo"; a los 5 años ya leía, es insubordinado, soberbio, indisciplinado, incapaz de adaptarse a ningún colegio. Es muy sensible, tiene crisis de llanto, ataques de rabia, presenta gran desequilibrio, unas veces tiene conducta muy infantil y otras en cambio "parece un hombre con gran experiencia". Los padres son excesivamente severos con él y el niño reacciona encerrándose cada vez más en sí mismo. En el examen se presenta al principio muy presuntuoso, desconfiado y pedante. "No quiero parecerme a nadie, me gustaría que todo el mundo me mirase, que todo el mundo dijera mi nombre con respeto". Muy pronto nos hacemos amigos y me confía que si pudiera disponer de gran cantidad de dinero lo emplearía en "hacer un colegio implantando su propio sistema".

El ideal de este niño superdotado colombiano toca de lleno el problema de la educación de esta clase de niños, problema todavía no resuelto. Como hemos visto el sistema de educarlos junto a los demás escolares de tipo de mentalidad normal, no da resultado. Van siempre delante se cita el caso de un niño que resolvía los problemas de aritmética mientras el profesor los escribía en el encerado. Si avanzan mucho llegan a clases adelantadas donde los niños son mayores que ellos y surgen conflictos; por otra parte, si la escuela no los acelera se les corta iniciativas. Parece ser que en un experimento hecho durante varios años se ha demostrado que algunos superdotados pue-

den avanzar en su trabajo sin perturbar el de sus compañeros de nivel intelectual inferior, incrementando el programa en su misma clase de modo que estén siempre ocupados e interesados.

Durante los últimos años, se ha discutido mucho las ventajas de segregar a los superdotados y agruparlos en clases especiales. Desde luego esto es lo mejor desde el punto de vista intelectual, pero probablemente puede tener serios inconvenientes y se corre el riesgo de que se pongan en un plan de intolérable superioridad.

A partir del año de 1932 iniciamos en el Instituto Nacional de Psicotecnia de Madrid, uno de los trabajos en el que pusimos más cariño y que como tantas otras cosas se interrumpió de modo trágico en 1936. Se trataba de la selección y observación psicológica periódica de niños superdotados, recogidos entre el verdadero pueblo español, entre las clases populares de todas las regiones de España, para educarlos después como plantas de estufa en el Instituto de Selección Escolar Obrera, creado con ese fin. En tres selecciones de varios centenares de sujetos se escogieron alrededor de quince niños de dotes intelectuales naturales realmente excepcionales. Desde el punto de vista intelectual el éxito se demostró palpable, pues en esos 4 años hubo alumno que hizo todos los estudios de bachillerato y preparaba su ingreso a la Universidad. Nos faltó tiempo para comprobar los resultados en los aspectos que esperábamos con más interés; en la adaptación social y reacciones de estos sujetos ante la vida real y después de haber sido educados en un plan de excepción, donde desde el régimen dietético que estaba bajo la vigilancia de personalidades como los doctores Negrin y Marañón, disfrutaban de laboratorios perfectamente dotados, tenían profesores eminentes llenos de fervor por el ensayo, llegando hasta viajar a Francia e Italia, donde fueron presentados por nosotros en laboratorios de Psicología experimental y sometidos con gran éxito a diferentes pruebas.

Tal vez con el tiempo sea posible iniciar de nuevo, experimento de tan gran interés social en tierras colombianas y para el cual desde ahora ofrezco mi modesta pero entusiasta colaboración.

En el extremo opuesto del cuadro encontramos el grupo general comprendido con el nombre genérico de deficiencia mental, a partir de C. I. de 0.70 hasta 0. Desde Kraepelin, se da el nombre de *oligofrenia* a un grupo de trastornos psíquicos debidos a la detención más o menos prematura del desarrollo psíquico general y que se manifiestan por deficiencia intelectual de grado diverso. En la oligofrenia aparece alterado en

primer término el factor intelectual que en muchos casos es el único anormal. Una definición general, muy clara, de la deficiencia mental es que el individuo afectado de ella, no puede ser educado con la misma extensión que las personas normales de su misma edad.

Existen en la deficiencia mental tres grados que están ya perfectamente delimitados por el uso de las escalas de inteligencia, que permiten adscribir cada una de ellas a determinados valores de edad mental y C. I. Estos grados son: *Idiotismo* correspondiente a la detención absoluta del desarrollo mental y que forman el grado más inferior. Todo sujeto cuya edad psíquica es inferior a 3 años y un C. I. inferior también a 0.25 es conceptualizado como idiota. Son individuos que demuestran su deficiencia en tal grado, que son incapaces de guardarse ellos mismos contra peligros físicos, necesitando constante protección y no admiten educación; van a Instituciones especiales para toda su vida o se quedan en su casa.

Cuando el retraso intelectual es muy importante da lugar a la *imbecilidad*. En este segundo grado la edad mental oscila entre más de 3 a menos de 7 años y el C. I. entre 0.25 y 0.50. Son capaces de aprender algo pero no valerse por sí mismos en la vida. Una pequeña proporción de imbeciles van a la escuela corriente pero no pasan del segundo o tercer grado. Nunca son dueños de sus actos y los explotan muchas veces.

La deficiencia ligera se conoce con el nombre de *debilidad mental*. Son los llamados *morons* por americanos, que pueden llegar en su vida adulta a obtener un nivel mental de 8 a 10 años y dan C. I. de 0.50 a 0.70 más o menos. Son susceptibles de educación, pero se caracterizan por falta de habilidad para razonar. Hay algunos débiles mentales que alcanzan el nivel de 12 y 13 años y los de este grupo pueden ser educados para bastarse a sí mismos, en condiciones bastante favorables y su tratamiento es principal y urgentemente educativo.

Estos tres grados de desarrollo mental los señalan con gran claridad Binet y Simon diciendo que es *idiota* el niño que no consigue comunicarse con sus semejantes ni siquiera mediante la palabra; el *imbecil*, no llega a comunicarse por escrito con sus semejantes y el *débil mental* sabe comunicarse verbalmente y por escrito con sus semejantes, pero presenta un retraso de dos o tres años en el curso de sus estudios.

Aunque las deficiencias mentales innatas son incurables, se puede aliviar mucho el estado de estos tristes seres e incluso se sienten felices si se les coloca en ambiente adecuado; especialmente para los débiles mentales que son tan numerosos, las

indicaciones del tratamiento psicopedagógico son absolutas, y gracias a él es posible transformar en elementos útiles a buen número de sujetos que de otro modo vivirían convertidos en verdaderos parásitos sociales.

Este tercer grupo de deficientes, quizá está formado por los más desgraciados porque se dan cuenta de su estado. Un cociente intelectual bajo significa que no se alcanzará nunca el nivel medio de madurez mental. Se han hecho tests con 40 débiles mentales con un intervalo de 17 años y el C. I. prácticamente no ha cambiado. Pero aunque no aumente en muchos casos la capacidad propiamente dicha, sí aumenta mediante educación apropiada, la posibilidad de utilizar mejor sus disponibilidades y además es posible descubrir aptitudes que es de justicia desarrollar.

El débil mental con tratamiento psicopedagógico desde sus primeros años puede no avanzar mucho en su educación; pero el débil mental sin tratamiento adecuado, retrocede de su estado primitivo en proporciones alarmantes. En las escuelas primarias casi el 10% de los alumnos corresponden a este grupo de débiles y torpes. Estos niños son susceptibles a las infecciones y tienen más defectos físicos que el niño normal; su asistencia escolar es muy irregular por causa de enfermedad, lo que les atrasa más porque la clase sigue su marcha; sus compañeros les tienen por estúpidos o bobos y les molestan con la característica crueldad infantil poniéndoles apodos o haciéndoles sentir constantemente su inferioridad. Generalmente juegan con niños más pequeños que ellos; aprenden poco, tardan mucho y lo que hacen es a costa de enorme esfuerzo para adaptarse al medio escolar corriente, de donde más o menos pronto salen expulsados con el consiguiente sentimiento de fracaso.

En nuestra casuística personal en Colombia encontramos en varias ocasiones el tipo de un adolescente por ejemplo que ha pasado por 7 colegios de los que va saliendo "de uno porque ya era un poco grande para la clase, de otro porque perdió dos cursos seguidos, le metieron en otro para ver si se fijaba en algo en el siguiente volvió a perder los otros dos cursos porque el profesor le ha tomado manía y le castiga mucho". Según sus familiares es sumamente aplicado, se levanta muy temprano y en cuanto vuelve del colegio se pone a estudiar hasta la hora de la comida y muchas veces después hasta muy tarde. El sujeto en cuestión tiene un C. I. de 0,63 y una edad mental de 10;9 años. Cuando llega a la consulta tiene ya 17 años, no ha probado la enseñanza primaria ni ha leído un libro en su vida,

en cambio tiene bastante buena habilidad manual perfectamente aprovechable.

Otro caso que merece citarse es el de un niño que cuando le vemos tiene 13;4 años y ya ha pasado por 11 colegios, según el propio sujeto "porque papá cada vez que habla con otro señor, se entusiasma y cambia de colegio"; pero la realidad del caso es que el propio padre es un inestable excesivamente ocupado y nervioso, separado de la madre y que tiene la obsesión de hacer de un débil mental un bachiller "lo más rápidamente posible".

Como vemos, estos deficientes tienen una escolaridad deprimente, no manifiestan interés por el trabajo, son indiferentes, cuando no hostiles a la opinión del maestro y no tienen ambición intelectual. Pocos pasan de los estudios primarios; pero si se les estimula, alienta y se les da tiempo suficiente, material y ambiente apropiado, obtienen mejores resultados y son más felices. Generalmente sociales y manejables, algunos pueden actuar casi normalmente en actividades fáciles extraescolares. Siempre que se pueda se deben aprovechar sus aptitudes, pero haciendo comprender a los padres que no se les puede exigir más de lo que son capaces de hacer. Algunos pueden adaptarse mejor a un ambiente rural donde no tan sólo siente menos su inferioridad, sino que incluso pueden sentirse útiles. En general, les conviene ser educados entre sus iguales para evitar la comparación deprimente, constante con los normales, con enseñanza especializada hasta obtener el nivel de conocimientos correspondiente a su nivel mental.

Son muy distintos los deficientes mentales en su personalidad. Unos son tranquilos, dóciles, fácilmente manejables; pero también los hay frecuentemente inquietos, intranquilos, inestables, agresivos e incapaces de concentración, lo que agrava la situación. Los problemas de conducta entre los deficientes mentales son frecuentes debidos a su dificultad de adaptación. En proporción hay muchos más delincuentes entre los deficientes que entre lo normales y el robo es el delito más frecuente entre ellos. Son muy sugestionables y con frecuencia sirven de instrumento a otros más inteligentes.

Estos niños necesitan una acción orientadora bien definida y de adaptación social. La gran industria está llena de débiles mentales de ambos sexos, de buen carácter que se adaptan a maravilla a una ocupación rutinaria y a la monotonía.

Pasemos ahora a considerar los tipos especiales de niños que por dificultades de adaptación se desvían de la línea de la anormalidad. Nunca se ha demostrado tal interés por este as-

pecto del estudio de la infancia como en estos últimos años, y cada vez más acentuado, en que la vida diaria es más difícil, y en que se ha comprendido claramente el papel que la perfecta adaptación desempeña en la felicidad de los individuos en su vida entera.

La felicidad en la vida se ha dicho que es generalmente la continuación de la felicidad que empieza en la escuela. Las condiciones del hogar, la escuela y la sociedad que rodea el individuo constituyen la trinidad indisoluble de la adaptación mental.

Según estadísticas recientes ninguna época ha producido tantos enfermos mentales como la nuestra. debido al desgaste nervioso, al aceleramiento de la vida, a las guerras, a los hechos sangrientos, etc., que provocan desintegración del equilibrio nervioso. Y cada vez es más evidente que la enfermedad mental en los adultos tiene sus raíces en los trastornos, desadaptación e inseguridad del niño. Por eso es urgente descubrir todo tipo de alteración del carácter que puede aparecer en cualquier edad, en un sujeto que hasta entonces era normal, y que puede ser a causa de una enfermedad exógena que viene a romper la línea afectiva anterior del individuo. Es frecuente observar estas alteraciones en la infancia que son manifestaciones premonitorias de una enfermedad mental evolutiva como la demencia precoz por ejemplo.

Varían mucho las formas de desadaptación emocional y es muy difícil hacer la caracterización en grupo. No hay duda de que por lo menos un 5 % de los escolares son muy especiales en sus actitudes emocionales y sociales y presentan desviaciones más o menos serias.

En todas las escuelas corrientes hay niños de inteligencia normal y aún superior que presentan alteraciones constitucionales del carácter. Entre otros tipos especiales de conducta pueden encontrarse frecuentemente según el Dr. Heuyer de París: a) los *inestables*; son niños que difícilmente están quietos, parecen siempre distraídos, frecuentemente agitados y soportan difícilmente la disciplina;

b) Los *emotivos*, son los niños tímidos que contestan en voz baja, que lloran fácilmente, que se intimidan en exceso cuando se les saca al tablero;

c) Los *deprimidos*, es decir los niños tristes, que no juegan, hablan poco y en particular durante los recreos se aíslan completamente. Hay veces que se observa en ellos perioricidad en la depresión;

d) *Los espíritus falsos*, que son los niños recelosos, desconfiados, de carácter difícil, interpretando todo al revés, las palabras y los actos; son los que se quejan con frecuencia "de que se les tiene manía", que sienten envidia de los éxitos de sus compañeros, que son orgullosos y tal vez revolucionarios precoces;

e) Los llamados *perversos, embusteros, y ladrones* quienes no quieren a nadie, hacen el mal por el mal, maltratan a los animales, son indiferentes a los reproches e imposibles ante el castigo.

Son siempre sospechosos los niños que juegan solos, que viven en el mundo de su imaginación, que tienen miedos exagerados y obsesiones que les originan conducta anormal, los niños de mal humor extremo, excitables o melancólicos etc. Para todos ellos es necesario que padres, maestros y médico escolar sepan que toda alteración del humor o de la conducta de los niños *siempre* es importante, que quiere decir algo, que es reflejo de una dificultad y que necesitan que un especialista aclare esta conducta peculiar.

Conviene insistir en que la experiencia demuestra que de entre estos niños crónicamente desadaptados, desgraciados, emotivos, salen después los adultos lunáticos, pervertidos y excéntricos. Y que la experiencia demuestra también que es muy difícil curarlos más tarde, si no imposible, y que la principal cura consiste en prevenir, lo que constituye todo el pujante y moderno movimiento de la higiene mental, y la organización cada vez en mayor número, principalmente en América de las llamadas "Clínicas de conducta" o Clínicas Psicológicas, fundada la primera por Witmer en Filadelfia en 1896 para niños desadaptados o difíciles, como ya dijimos en la primera lección, y las que actualmente existen varios centenares en todo el país americano y cada vez se hacen más necesarias para cuidar convenientemente a niños y adolescentes. Y también insistimos en que el maestro en general está mejor situado que nadie para iniciar las medidas preventivas en los niños que lo necesiten y además dar la voz de alarma. El maestro debe tener presente que la desadaptación en los niños se hace generalmente por medio de una conducta defensiva, fuerte introversión, incluso enfermedades físicas y marcadas discrepancias entre la capacidad mental y el rendimiento escolar. Y que para mantener la salud mental es preciso dar al niño buenos cuidados físicos, no olvidar que necesitan el cariño de los padres, estímulo, ayuda y orientación para el aprovechamiento de las mejores capacidades y comprensión y ayuda en las crisis. Como es natural del mantenimiento de la salud mental corresponde la mayor responsabilidad a los padres,

pero también en parte a los maestros y médicos que se enfrentan a estos niños con motivo de una enfermedad.

He aquí dos casos de niños colombianos que han sido objeto de nuestro estudio y que corresponden a estos tipos de adaptación.

Caso primero: Adolescente de 15;7 años de edad cronológica. Edad mental; 13;1 C. I. 0.84 es decir que está en el límite entre la torpeza y la debilidad mental. Medio familiar bueno económicamente, pero de incomprensión total. Madre muy retraída, totalmente anulada, el padre trabaja incesantemente. Manifiesta con franqueza "que no ha pensado más que en ganar dinero para sus hijos sin cuidarse de su educación moral". La escolaridad del muchacho, como en casi todos los casos, es bastante accidentada; pasa por siete colegios y todavía no ha podido aprobar el segundo año de bachillerato. Malísimas relaciones con sus familiares. Aunque se presenta muy esquivo durante la primera sección de examen, después adquiere confianza, y confiesa "que no quiere a nadie de los de su casa". El sujeto está situado entre el hermano mayor que ya ha terminado los estudios universitarios y constituye el modelo odiado constante y con quien él dice que no se entiende, y una hermana pequeña "que se muere en el derrumbe de una casa" en el cuento-sonda de que hablábamos el día pasado. Al padre le teme. El sujeto no es nada emotivo; llora de "rabia nada más", "nunca he sido amable" dice. A sus familiares les llama "ellos". Se ha escapado tres veces del hogar permaniendo fuera de él bastante tiempo, incluso meses, siempre como consecuencia de malas notas escolares que originan malos tratos y palizas en la casa. A los 20 días de iniciar el estudio del sujeto en cuestión, realiza una nueva fuga de su hogar, esta vez sólo de horas porque tiene la delicadeza de avisarme por teléfono y se consigue que vuelva sin temor a represalias. Después de varias conversaciones llevadas a cabo separadamente con familiares y sujeto, y entrevistas de padre e hijo a la vez, se obtiene reconciliación completa, cambio de conducta total por *ambas partes* y al cabo de cinco meses, sale nuevamente de su casa, pero esta vez de común acuerdo con todos, para iniciar el aprendizaje de una profesión en consonancia con sus aptitudes.

Caso segundo: Niño de 9;5 de edad cronológica. Edad mental 10;2 años C. I. 1.12 por tanto con inteligencia superior. Medio familiar desahogado económicamente, hijo único varón hasta los cuatro años en que nace una hermanita. Desde ese momento habiendo sido normal hasta entonces, tristeza repentina, poco apetito y cambio total de actitud hacia los niños a quienes

detesta aún. Padre excesivamente severo "como lo fueron con él cuando era pequeño" según confesión propia: el niño dice de él "que a veces me mete palo y le tengo mucho miedo". La escolaridad del niño resulta pintoresca contada por él mismo. Empezó a los 3 años, estuvo un mes en un colegio "y me echaron pativolando" porque llegaba tarde; estuvo en otro medio año en otro nueve o diez meses; le echaron porque "le daba pereza levantarse"; pasó varios años en una finca, ha vuelto a cambiar tres veces más de colegio y sale siempre al poco tiempo porque en uno, "ya estaba cansado de estar en él, friegan mucho los niños"; en otro "porque son muy groseros, con vocabularios feos", en otro porque le parecieron muy patanes los compañeros y ahora se acabó todo". Reconoce que tiene "muy mal genio" y le gusta jugar con perros mejor que con niños". Muy pequeño de talla y aparentemente muy débil físicamente, está en conflicto constante con los condiscípulos y para compensar su inferioridad manifiesta que "pegaba para que le tuvieran miedo. Yo era capaz de arrancar una mata y sacudirla y corrían los compañeros en todas direcciones. *No me podían ver los niños*". manifiesta muy ufano. Llega a su examen considerado como niño irremediabilmente "malo" y con gran excitación, porque su último profesor le ha dicho a su madre en presencia del niño que está "loco"; pegaba a todo el mundo y dijo que no quería volver al colegio "porque era demasiado fácil todo lo que le enseñaban y no le interesaba". Obtenida con relativa facilidad la confianza del niño se ha conseguido en un período más o menos de cuatro meses tranquilizarle hasta el punto de ser capaz de concentrarse totalmente en una actividad durante más de dos horas seguidas, aunque tal vez con excesiva abstracción de todo lo que le rodea. La acción conjunta de la música, la comprensión, la atmósfera de estímulo constante y de aplauso para todo lo bueno que hace especialmente lo relacionado con niños más pequeños que él, ha despertado en el sujeto gran sentimiento de confianza en sí mismo y habla ya de su "curación" completa para muy pronto y de volver al colegio de antes para demostrar "que sabe ser bueno". Esto prueba una vez más que el temor a perder el cariño y la aprobación puede ser más eficaz que la disciplina severa, justa si se quiere a veces, pero siempre fría, seca e incapaz de dar frutos.

El mejor tratamiento que puede darse a estos llamados "niños problema" o niños difíciles, será el que tenga por objeto disminuir el sentimiento de excesiva culpabilidad en el niño, tener siempre con ellos actitud natural de tolerancia, serenidad firme

ante ellos y situarles el medio ambiente comprensivo, que les ayude hasta vencer totalmente sus dificultades.

Como escalón natural, de los niños difíciles se pasa al grupo de los niños *delincuentes*. Este grupo puede decirse que comprende en sí todas las clasificaciones anteriores, puesto que un niño, además de delincuente, puede ser brillante superdotado, de inteligencia normal, débil mental, emotivo, inestable desde luégo de difícil adaptación. Pero a causa del serio incesante aumento y frecuencia de la delincuencia juvenil deben considerarse estos niños dentro de un solo grupo del cual nos ocuparemos especialmente en la próxima lección que estará dedicada a problemas de protección de la infancia y misión de los tribunales de menores principalmente.

Para terminar esta somera exposición de diferentes tipos de niños, hoy todavía no se puede dejar de mencionar un nuevo tipo de niño que ha surgido puede decirse que a partir de 1936, cuando los niños españoles estuvieron expuestos a los bombardeos aéreos y se inició su evacuación a zonas de aparente mayor seguridad. Nos referimos a los problemas que plantea el *niño evacuado*, problema grave en sí ya en sus comienzos y hoy día de proporciones gigantescas en calidad y cantidad. El estudio de la evacuación de los niños en tiempos de guerra ocupa ya atención preferente en las publicaciones psicológicas de última hora. Sin buscar extraordinariamente, hemos encontrado 29 referencias de trabajos sobre este tema. Incluso en la prensa diaria se menciona el hecho de que en vista de que las brutales emociones causadas por los bombardeos y evacuaciones sucesivas, han dejado en los niños una mentalidad enfermiza, la Sociedad de Enfermedades Mentales de Nueva York y en la Columbia University se dedican con intensidad al estudio de los cambios sufridos por la mente a causa de la aviación, especialmente las conmociones sufridas en la niñez. Copio textualmente un párrafo de un artículo periodístico dedicado a las consecuencias de la guerra mundial. "En estos laboratorios americanos se han hecho las primeras experiencias con niños refugiados de Europa y los resultados son desalentadores. La comida abundante, la ropa de lana, los parques, las escuelas y las diversiones no han podido borrar la tragedia grabada para siempre en esas mentes juveniles. Para el niño europeo el avión significa destrucción, el soldado atropello, el pan limosna. Nada ha cambiado hasta ahora estas ideas. Muchos niños refugiados han resultado casos incurables de locura, de una locura irremediable que los médicos llaman con sencillez "miedo". Se puede citar como ejemplo el caso de una guardería para niños refugiados españoles en In-

glaterra situada cerca de un aeródromo, que tuvo que ser trasladada a causa de las escenas de pánico que suscitaban en los pobres niños, el ruido de los motores que les recordaba escenas de horror.

Entre los trabajos más interesantes y profundos sobre los niños evacuados, hay que mencionar el de Anna Freud, la hija del profesor Freud y Dorothy Buringham sobre "*La guerra y los niños*", publicado en 1945, como experiencia de sus estudios psicológicos hechos sobre los niños refugiados en las guarderías que ellas han dirigido en Inglaterra durante toda la contienda. En la introducción de esta obra se hacen manifestaciones de interés que conviene conocer y tener en cuenta aun en los países que han tenido la fortuna de no vivir horas tan trágicas. "Mantenemos la creencia de que la educación y el cuidado de los niños no deben ocupar lugar secundario en tiempos de guerra. Los adultos pueden vivir y aún adaptarse a racionamientos de emergencia. En los primeros años de la infancia, decisivos para el desarrollo físico y mental de la criatura, la situación es completamente diferente. Ha sido ya ampliamente reconocido que la falta de ciertos alimentos y vitaminas puede ser la causa de trastornos físicos perdurables en el futuro, aunque las consecuencias no se observen inmediatamente. Y aunque ocurre lo mismo con el desarrollo mental, no se le ha dado la misma importancia. Sin embargo si no se satisfacen ciertas necesidades esenciales, la consecuencia será una deformación psicológica duradera. Estos elementos esenciales son: la necesidad de vínculo personal, de afecto estable y la permanencia de su influencia en la educación. La desintegración de la familia provocada por la guerra, priva al niño de la atmósfera natural necesaria para su desarrollo mental y emocional. En nuestros tiempos, la nueva generación tiene pocas probabilidades de mantener indemnes las facultades psicológicas preservando su normalidad, las cuales son indispensables para la reconstrucción del mundo destruido por la guerra. Con el objeto de contrarrestar estas deficiencias, el cuidado de los niños debe ser, durante la guerra, más esmerado que en tiempos de paz".

De acuerdo con estas ideas Anna Freud y su colaboradora trabajaron en primer lugar para reparar el daño físico y mental causado por la guerra, evitar que el niño sufra nuevos trastornos y al mismo tiempo investigar las necesidades psicológicas esenciales del niño, observando la reacción producida por los bombardeos y la separación de la familia.

De los estudios hechos hasta ahora respecto a los efectos sobre la infancia de los bombardeos y la evacuación, parece des-

prenderse que el niño menor de cinco años comparativamente está menos afectado por las bombas si está junto a la madre y ésta no ha dado pruebas de pánico. Esto ocurre seguramente porque los niños a esa edad no tienen suficiente conocimiento intelectual de lo que es la guerra. En cambio los efectos de la separación de los padres por la evacuación son mucho más serios, pudiéndose llegar incluso a que los niños transfirieran sus afectos a los padres adoptivos, maestros y enfermeras, con las tristes consecuencias de que luego encuentran nuevas dificultades para volverse a adaptar a sus verdaderos hogares.

Las mismas autoras hicieron en 1944 un estudio comparativo del desarrollo general de los niños refugiados con los que viven su vida normal de familia, en el que se demuestra que los niños en las guarderías se desarrollan físicamente bien, pero que la carencia de continuas relaciones emocionales con la madre y otros contactos con la vida normal de familia, producen retraso en el desarrollo emocional, intelectual y en el de lenguaje. Los niños refugiados son más apegados a los adultos y más agresivos entre sí.

Yo también he vivido el principio de la tragedia del niño evacuado. Desde los primeros momentos de nuestra guerra nos dimos cuenta de que la sacudida nacional era demasiado intensa para que no repercutiera en la infancia y que se necesitaban muchos brazos para protegerla. Por eso he tenido ocasión de observar y convivir con centenares de niños españoles arrancados como yo súbitamente de su medio habitual.

Y aunque sea un poco triste voy como final a presentarles algunos párrafos de escritos míos anteriores sobre los niños españoles en tiempos de guerra, que no tienen otro mérito que el de estar sinceramente sentidos y transcribir fielmente escenas vividas.

"No es posible olvidar los cuadros de tristeza y horror que presentaban las humildes casas medio deshechas del madrileño barrio de Tetuán después de los bombardeos aéreos. Cuántos padres acongojados nos entregaban, como representantes de la "Delegación de Evacuación" a sus pequeños con desgarradora tristeza, pero alentados con la esperanza de que los alejaban de un peligro que todos creímos momentáneo y local.

Cómo olvidar tampoco aquellas despedidas de padres e hijos, en que no había gritos ni escenas melodramáticas. Era un dolor profundo, sereno, resignado en los padres y eran lágrimas silenciosas sobre las mejillas de los pobres niños que aún sonreían cuando se les entregaba su paquetito de pan y chocolate suministrado por entidades extranjeras.

No se podrá jamás borrar de la retina del que lo haya visto el espectáculo digno de un Capricho de Goya, pero desgraciadamente realidad viva de aquellos grupos de niños, separados ya de sus padres, algunos para siempre, medrosos, sobrecogidos, muchos días con frío, bajo la lluvia, a veces con hambre con miedo siempre, sumisos, obedientes a toda orden, asombrados, desorientados, dispuestos a dejarse llevar en cualquier forma y a cualquier sitio.

La actividad era febril. Inmediatamente después de cada bombardeo se aglomeraban padres e hijos pidiendo su salida inmediata de la capital. Pero aún en aquellos instantes de ansiedad se organizó racionalmente el trabajo y podemos asegurar que ni un solo niño salió de Madrid sin que quedasen consignados sus datos personales en fichas que contenían informes suficientemente completos para identificarlos en todo momento y que hicieran más seguro el retorno a sus hogares de aquellos pequeñuelos una vez pasada la tragedia.

Trece mil y pico fue el número de fichas en que intervinimos directamente. Es decir, trece mil y pico de niños de ambos sexos nos fueron confiados por sus padres, con emoción, con angustia infinitas, con desesperación profunda al verse incapaces para proteger por sí mismos la vida de sus hijos. Trece mil y pico cartulinas de color rosa y azul según el sexo, y en cada una de ellas con datos escuetos y fríos la historia breve de un niño que vivía en Madrid que tuvo que salir de la casa de sus padres, de tal edad que se marchó en tal expedición, con destino a tal sitio, donde otras personas buenas sin duda, en tal población lejana se iban a encargar desde tal fecha de hacerles seguir viviendo materialmente, aunque desde aquel momento torcieran para siempre la trayectoria normal de su vida.... Cartulinas de color rosa y azul cuidadosamente ordenadas en ficheros herméticos, helados, vosotras representáis uno de los aspectos más inhumanos de la guerra..."

Fue en marzo de 1938 cuando las contemplamos por última vez. Con insistencia obsesionante se nos representa todavía con frecuencia a la imaginación este conjunto de cartulinas de color rosa y azul formando horripilante y trágico "Ballet" de espíritus infantiles que evolucionan constantemente sin descanso, con movimientos bruscos, desordenados, epilépticos, como buscando algo que perdieron para siempre....

Los que han podido ya han escrito sobre la psicología del niño evacuado arrancado a su medio en edades muy diferentes, en momentos de peligro. Pero la página más interesante, para nosotros, todavía está inédita y nos produce extraño temor. Es la

página en que se recojan y analicen las diferentes reacciones de estos niños cuando hayan vuelto a sus hogares, ya maduros física y moralmente.

Lo que nos asusta y contrista profundamente es el mundo del futuro, hecho con hombres y mujeres que fueron niños *evacuados*.

INFORMACION SOBRE LA DROGA W7618, Difosfato 7-Cloro-4 (4-dietilamino-1-metilbutilamino) quinolina, EN EL TRATAMIENTO DEL PALUDISMO

Por Luis Patiño Camargo, profesor de Clínica Tropical. Eduardo Cortés, Vicente García y Jorge Santos, Jefes de clínica, Carlos Zozaya, director del laboratorio. Víctor Rueda, Interno y Julia Rosa del Valle, Ayudante de laboratorio. *

El Departamento Tropical de la Facultad de Medicina considera el Paludismo como enfermedad de suma importancia en Colombia, y en consecuencia sigue con interés los estudios de los técnicos y expertos en paludismo, que en los centros de investigación buscan drogas más potentes para combatir los brotes agudos, asegurar la profilaxis e impedir las casi inevitables recaídas de los fríos y calenturas. De dominio médico son los numerosos ensayos con derivados de la pirimidina, guanidina, acridina y quinolina, realizados por hombres de ciencia con el alto propósito de librar al hombre de la dolencia palúdica.

Por cortesía del antiguo Decano Profesor Darío Cadena, el Departamento Tropical está investigando la droga número W-7618 del Departamento de Investigaciones Médicas Winthrop de Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica, y desea dar noticia de lo observado. Tal es el motivo para solicitar respetuosamente la atención de la Honorable Academia sobre este breve informe.

El trabajo se ha hecho en equipo y estrecha cooperación científica entre la clínica y el laboratorio siguiendo el alto espíritu que informó la creación de los Departamentos de la Facultad de Medicina abandonados infortunadamente poco después.

* Presentada a la Honorable Academia Nacional de Medicina en la sesión del jueves 3 de octubre de 1946 por Luis Patiño Camargo, académico de número y comentada por los Académicos Roberto Franco, Jorge Bejarano y Edmundo Rico.

La nueva droga es el Difosfato 7-cloro-4(4-dietilamino-1-metilbutilamino) quinolina, polvo blanco hidrosoluble, de sabor amargo. Ha sido científicamente estudiada por la Comisión Coordinadora de los estudios de Paludismo del "National Research Council". En una publicación en mimeógrafo preparada por el Departamento de Investigaciones Médicas de Winthrop, los estudiosos pueden consultar lo relacionado con la química, farmacología y experimentos sobre animales de laboratorio, antes de su paso a la observación humana, y asimismo lo obtenido sobre el hombre en regiones del Mediterráneo y el Pacífico Oriental. Como nombre vulgar se le designa Aralén y con más propiedad, Cloroquina.

El servicio científico del Departamento Tropical inició las observaciones el 24 de julio en la Sala San Pedro Claver del Hospital de San Juan de Dios, con asistencia del Profesor Cadena. El trabajo se repartió con el propósito de que los pacientes fueran estrechamente vigilados, llevadas las historias clínicas con fidelidad y hechos los análisis de sangre y orinas repetidas veces en el día.

En cuadros están sintetizados los datos esenciales de un grupo de los primeros 16 pacientes tratados. El sumario de lo observado es el siguiente:

Del grupo de 16, quince son varones y una mujer. Las edades, 14 años el menor y 45 el mayor. La mujer de 20 años.

Del estudio clínico y de laboratorio para el diagnóstico, se comprobó que once eran palúdicos crónicos reincidentes y 5 recientes agudos. El hemoparasitismo repartido así:

Con Plasmodium Vivax	5
Con Plasmodium Falciparum	6
Asociación de Vivax y Falciparum	4
Asociación de Vivax y Malariae	1

La totalidad tenía inflamado el bazo, desde percutible apenas, hasta tipo tres. Hígado inflamado en 10 pacientes.

Temperaturas muy altas hasta 41,2° en 14. Sólo dos afebriles. Pulso entre 55 y 130. Tensión entre 9/4 y 12/6.

La totalidad parasitados intestinalmente en diverso grado y con especies varias de helmintos y protozoarios. Todos anémicos: hasta 1½ millones de eritrocitos y 30% de hemoglobina, y muy desnutridos. Uno con huellas de albúmina en la orina.

Consistió el tratamiento en dar a cada uno dos gramos y medio (2,5 gms.) de la droga en tres días, en 4 tomas, así: primer día un gramo, y seis horas después medio gramo, segundo y tercer día ½ gramo.

Los resultados son los siguientes: al segundo día la temperatura fue normal en 5 casos. Al tercero normal en 14. Al cuarto día en todos normal.

En la sangre: a las nueve horas se encontraron las mismas formas de plasmodios que antes de iniciar el tratamiento. Al 2º día se vieron en 10 casos gametos y esquizontes, y en 6, formas degeneradas. Al tercer día nueve estaban libres de hematozoarios y siete tenían gametos de *P. Falciparum*. Estos gametos persisten indefinidamente y se observa que no son atacados por la droga. Sobre 5 de los negativos se hizo esplenocntracción entre los días 14 y 21 después del tratamiento con resultado negativo.

En ninguno se vieron elementos anormales de orina después del tratamiento. El que mostró antes huellas dejó de tenerlas.

En todos disminuyó el tamaño del bazo. Igualmente la congestión hepática. Hubo apreciable aumento de eritrocitos y de hemoglobina.

El 7º individuo de la observación recayó a los 40 días con temperatura de 40º y en la sangre se observaron las mismas formas de *P. Vivax* de antes del tratamiento.

Tres personas se quejaron durante la administración de la droga de cefalea el 1º y el 2º días, uno tuvo además náusea, vómito y epigastralgia de poca duración. Los demás no sintieron cosa alguna.

El caso 2, al 12º día, por un defecto hospitalario se contaminó de Tifo Exantemático de evolución ordinaria. Curó.

No se observó cambio de coloración de la piel ni de las mucosas.

Tampoco fenómenos nerviosos.

El tiempo de observación ha sido: mínimo 4 días y máximo 57 días.

Hemos resumido nuestro parecer sobre la nueva droga en la forma siguiente:

1º - Es eficaz.

2º - Es de fácil manejo.

3º - El tratamiento es corto: 3 días.

4º - Prácticamente no produce fenómenos tóxicos.

5º - No tiñe las mucosas y la piel como otros derivados de la quinolina y acridina.

6º - No produce fenómenos nerviosos.

Y en consecuencia creemos que este difosfato de la quinolina por su pronta eficacia, la sencillez de su administración y su atoxicidad, prestará útiles servicios para tratamientos numerosos especialmente.

TRATAMIENTO DE LA FIEBRE RECURRENTE POR MEDIO DE LA PENICILINA

Por el Dr. *Jesús María Guerrero.*

Centro de Higiene - Quibdó.
Hospital Infantil

Nombre: A. P. Natural de Quibdó. Edad: 2 meses. Peso: 12 libras. Fecha de ingreso al hospital: 3 de junio de 1946.

Antecedentes familiares:

Padres vivos. La madre ha tenido dos abortos y cuatro partos a término. Viven tres de los hijos, pues uno murió a la edad de un año y medio de un paludismo de forma perniciosa.

Antecedentes personales:

Niño nacido a término; ha sido alimentado con leche materna; es, la actual, la primera enfermedad que sufre.
Enfermedad actual:

El día tres de junio, en las horas de la mañana, notó la madre que repentinamente el niño presentaba fiebre y se quejaba como si algo le doliera.

Examen del niño al momento de ingresar al hospital:

Temperatura 40°; pulso 160 pulsaciones por minuto; respiraciones 36 por minuto.

Aparato circulatorio: Normal.

Aparato respiratorio: Polipnea. A la auscultación: Esteriores húmedos en la base del pulmón derecho, pero es de advertir que el niño presenta tos ferina.

Aparato digestivo: Normal. El niño hace dos deposiciones

al día, de color amarillo, sin ir acompañadas de síndrome disenteriforme. Olor, consistencia y volumen normales.

Aparato urinario: Normal.

Sistema nervioso: Normal.

Tratamiento:

Comprobada la fiebre, se tomaron tres gotas de sangre, se hizo la extensión y se coloreó una con Leishman y dos con Giemsa. Al examen microscópico se encontró gran cantidad de espiroquetas Venezuelensis o espiroqueta Franco, llamada así en honor del Dr. Roberto Franco, insigne tropicalista colombiano, quien la describió por primera vez en el país.

Por iniciativa del Dr. Julio Figueroa Villa, se inició a este niño un tratamiento a base de Penicilina, en la siguiente forma:

20.000 unidades cada tres horas por vía intramuscular.

El 3 de junio de 1946 se le aplicaron las 20.000 unidades a las 4, 7 y 10 p. m.

El día 4 amaneció con temperatura de 37°, pero a partir de las nueve de la mañana presentó 38° y en este día se le aplicaron 20.000 unidades a las 9 a. m., 12, 3, 6 y 9 p m; es de advertir que a partir de la segunda inyección la temperatura descendió a 36,5° y desde ese momento hasta el día 11 de junio que permaneció en el Hospital no volvió a subir la temperatura por encima de 37°. El día 5 de junio se tomaron gotas de sangre, se hizo la extensión, dos fueron coloreadas con Leishman y dos con Giemsa, y al examen microscópico no se encontró ninguna espiroqueta.

Durante el tratamiento no se presentó ninguna intolerancia ni ninguna manifestación clínica distinta de las descritas.

El niño continúa en observación por término de 60 días según recomendación del Dr. Hernando Rey.

Por ser de gran importancia este caso, ya que con este tratamiento se evitan las intolerancias que provocan los arsenicales, tratamiento éste que se ha venido usando hasta la presente fecha, creo que el Hospital Infantil de Quibdó contribuye con una observación clínica que traerá una modificación a la terapéutica de la fiebre recurrente, ya que es el primer caso descrito en el país.

ILEO PARALITICO EN EL HIPOTIROIDISMO SEVERO

P. A. Bastenie - Hospital St. Pierre, Bruselas.

El cuadro clásico del hipotiroidismo incluye constipación severa, frecuentemente asociada con meteorismo, y el abombamiento abdominal por distensión flatulenta del intestino, cuando es marcado, debe hacer pensar en esta posibilidad diagnóstica; en el presente artículo el autor da a conocer casos de megacolon con ileo paralítico, desarrollados en el curso de hipotiroidismo severo, que es fundamental reconocer puesto que el acto quirúrgico suele ser desastroso.

De 29 casos de mixedema examinados por el autor, 19 tienen signos intestinales francos: constipación persistente, distensión intestinal, timpanismo y aumento considerable de la tensión de la pared del abdomen.

Se dan a conocer 7 casos de hipotiroidismo con alteraciones del tránsito gastrointestinal; todos ellos ocurrieron en pacientes del sexo femenino, cuyas edades estaban comprendidas entre 52 y 81 años. Las conclusiones que saca el autor son las siguientes;

Cuadro clínico: La paresia intestinal puede ser aguda o crónica. Crónica: ocurre en hipotiroidismos de larga data; hay constipación cada vez más severa y dilatación marcada y creciente del abdomen, que puede adquirir volúmenes inmensos y dominar por completo el cuadro clínico: en tales casos se encuentra una paresia intestinal creciente, caracterizada por ausencia de defecación por una semana o más, detención casi completa de los flatos, resultado negativo o muy pobre de los lavados rectales. El abdomen es cada vez más intenso y timpánico-Radiológicamente se encuentra distensión flatulenta, un proceso de dolico-megalocolon y no se hallan manifestaciones obstructivas; llegado a este estado, el paciente muere por una infección intercurrente o entra en coma mortal, posiblemente tóxico de origen entérico.

Aguda: Realiza el cuadro del ileo paralítico agudo, por lo menos en su estado final; la evolución del caso es rápida: dilatación creciente e inmensa del abdomen, cuya tensión llega a ser muy grande; se piensa en un quiste o en un tumor de desarro-

llo muy rápido, pero la radiología pone en evidencia la distensión gaseosa sin manifestaciones obstructivas: el cuadro termina, como se dijo, con el aspecto de un ileo paralítico.

Cuadro anatomopatológico: atrofia esclerosa del tiroides, con la correspondiente hiperplasia prehipofisiaria. El colon estaba en general muy distendido y alargado (dolico-megalocolon), su pared adelgazada y un poco elástica, y presentaba áreas de infiltración mixedematosa intraparietal.

El diagnóstico de estos casos es frecuentemente erróneo, cosa muy grave porque la laparotomía exploradora es muy peligrosa en esos estados avanzados del proceso obstructivo; cuando se piensa en el origen tiroideo de una distensión abdominal como las descritas, se confirmará el diagnóstico con un metabolismo basal y se realizará tratamiento tiroxínico intenso.

Lo más importante es recordar que *la paresia intestinal* puede ser el primer síntoma de un hipotiroidismo latente o no reconocido.

ANOTACIONES

Sustancia antihistamínica:

La histamina de Best y McHenry (diamniooxidasa de Zeller) no ha dado buenos resultados terapéuticos y hasta 1932 no se había encontrado una sustancia satisfactoria para aliviar el choque anafiláctico experimental en animales. En 1937 se inició en Francia la búsqueda sistemática de productos que tuviesen esta acción llegando al antergan (N-dimetil amino metil-Nbencil anilina) que parece haberse usado con éxito en la fiebre del heno, urticaria, enfermedad del suero, etc. Los suizos citan a los derivados de la etilenodiamina como muy activos antihistamínicos en el curí.

El benadril (éter-dimetil amino etil bencidril clorhídrico) ha sido producido por los laboratorios Parke-Davis Co. Las experiencias hechas en animales lo presentan como un buen antagonista de la histamina en la corrección de la broncoconstricción del shock anafiláctico y la acción vasodepresora de la histamina; parece que estas acciones las realiza porque entre el benadril y la histamina se presenta el fenómeno de competencia de receptores. Su toxicidad es baja y no se ha demostrado acción sobre el sistema hemopoyético. Se ha mostrado de valor en la urticaria y fiebre del heno, que suprime mientras se está administrando, sin curar realmente; en cambio, aparentemente tiene poco valor en el asma. En algunos casos disminuyó la producción de ácido clorhídrico, de manera que es un posible medio para controlar la acidez gástrica, si esta acción es constante.