

PSEUDOQUISTE DEL PANCREAS

Clínica Quirúrgica

Servicio del Profesor César A. Pantoja. Alumnos: César Duque Botero y Alfonso Díaz Amaya.

La oportunidad que hemos tenido de asistir al diagnóstico clínico —confirmado luego en el acto quirúrgico— y a la evolución ulterior de un Pseudoquiste del páncreas llegado en el año en curso al Instituto Nacional de Radium, es la razón para ocuparnos de su estudio en el presente trabajo; lo es igualmente la poca atención con que se contempla la posibilidad de una afección del páncreas ante un caso clínico dado. No queremos indicar que la patología de esta viscera no se presente en las diversas clínicas con alguna frecuencia, sino que, quizá por su situación profunda y por el hecho mismo de que su semiología clínica no presenta la riqueza que muestran los otros órganos abdominales, es más difícil de diagnosticar; así vemos en el páncreas que el diagnóstico positivo en la mayoría de los casos debe estar respaldado por los exámenes de laboratorio, porque ante el clínico, esta viscera se muestra muda, no hallando objetivamente a su nivel signos, indicios o patognomonías que sí aparecen en otros campos de la Patología.

Algunas consideraciones generales previas serán de provecho para comprender mejor la patogenia y la evolución que siguen los tumores a que hemos de hacer referencia posteriormente, lo mismo que algunos datos mayúsculos de Fisiología, exploración médico-quirúrgica, Radiodiagnóstico, etc., por esto hemos de dividir su estudio en los siguientes capítulos:

I.-Anatomía del Páncreas.

II.-Fisiología.

III.-Exploración Clínica y de Laboratorio.

IV.-Patología del Páncreas.

V.-Pseudoquiste del Páncreas.

CAPITULO I

ANATOMIA DEL ORGANO

El páncreas es una glándula de secreción mixta, anexa al aparato digestivo por sus relaciones íntimas con el duodeno y el hígado y que funcional e histológicamente presenta una analogía sorprendente con las glándulas salivares, lo que le ha valido el nombre de "GLANDULA SALIVAR ABDOMINAL" (Siebold), como la designan actualmente algunos anatomistas alemanes.

1º. *Situación*: La hallamos en la parte alta del abdomen, atravesada por delante de la columna vertebral detrás del peritoneo parietal y circunscrita en parte por el anillo duodenal. Topográficamente corresponde a las dos primeras vértebras lumbares, —con algunas variantes—, ligeramente más baja en la mujer que en el hombre. Se encuentra situada asimétricamente puesto que una línea sagital que pase por la línea media del cuerpo la divide en dos porciones desiguales correspondiendo un tercio a la derecha y los dos tercios restantes a la izquierda.

2º. *Dirección*: No es ni exactamente rectilínea ni exactamente transversal; mientras que su mitad derecha es horizontal, su extremidad izquierda es oblicua hacia afuera y arriba. Los gruesos vasos que cruzan su cara posterior y la columna vertebral rechazan la glándula en su parte media hacia adelante.

3º. *Volumen, peso*: Aunque su volumen es bastante variable en los diversos individuos, se acepta como longitud media 18 cms. altura de 5 y espesor de 3 cms. Se considera igualmente que su volumen aumenta hasta los 40 años para luego sufrir una atrofia senil. Su peso es en término medio de 70 grs., existiendo también amplias diferencias individuales.

4º. *Conformación exterior*: Es bastante irregular; se le compara groseramente a una lengua de perro, alargada en el sentido transversal y más voluminosa en su extremidad derecha que en su extremidad izquierda. Se le distinguen tres partes: cabeza, cuerpo y cola; sin que entre estas diversas porciones exista un límite definido, aunque entre el cuerpo y la cabeza se halla un cuello o istmo que sí se muestra como la porción más estrecha de la glándula.

a) *Cabeza*: es la extremidad derecha que se encuentra circunscrita por el anillo duodenal y por lo cual adquiere con ella íntimas relaciones. La extremidad infero-interna de la cabe-

za, más o menos desarrollada según los sujetos, forma el llamado *processus uncinatus*, pequeño páncreas o páncreas de Winslow; esta porción, puede separarse a la vez del páncreas accesorio. El contorno de la cabeza en su mitad superior es bastante más espeso que el borde inferior, donde el páncreas es mucho más delgado.

b) Istmo o cuello del páncreas: es la porción estrecha que reúne la cabeza al cuerpo, mide dos cms. de altura y sólo uno de espesor. Esta porción está estrangulada entre el tronco celíaco por arriba y la arteria mesentérica superior por debajo, vasos que determinan sendas escotaduras sobre el órgano. Se denomina escotadura duodenal del páncreas, a la muesca que determina el duodeno sobre el contorno de su borde superior; dicha escotadura está limitada a nivel de la primera porción del duodeno por dos tubérculos: el uno poco acentuado o tubérculo anterior (Grégoire), siendo el otro más constante y desborda la pequeña curva del estómago dándosele el nombre de tuber omental o tuberosidad epiploica de His, llamado así porque está recubierto hacia adelante por el pequeño epiplón. La escotadura inferior que corresponde a la arteria mesentérica superior se le llama escotadura mesentérica del páncreas.

c) Cuerpo: está situado un poco más arriba que la cabeza, continuándose insensiblemente con la cola y se halla rechazado hacia adelante por los cuerpos vertebrales.

d) Cola; Es delgada o ligeramente abultada en masa. El cuerpo y la cola dibujan con la cabeza un ángulo obtuso abierto hacia abajo; en su extremidad izquierda tiene la forma de una lengüeta y se encuentra en relación directa con la cara interna del bazo, o móvil en el epiplón pancreático esplénico, constituyendo la parte más móvil del páncreas.

5º *Medios de fijación*: es uno de los órganos más fijos de la cavidad abdominal estando mantenido en su posición contra la pared posterior del abdomen por sus conexiones con el duodeno y los canales excretores que en éste terminan, por el peritoneo parietal posterior que le aplica contra la pared y en fin, por los vasos que lo penetran siendo importante notar que todas las partes del páncreas no presentan la misma fijeza; así, la cabeza es solidaria del duodeno y sufre parcialmente los desplazamientos de éste, mientras que el cuerpo es bien fijo, y la cola en cambio es bastante móvil. Siendo así que el páncreas se ha desarrollado en el espesor del mesogastrio posterior, se comprende que esté separado de la pared posterior por una lámina resultante del adosamiento de las dos hojas peritoneales debidas a la torsión; dicha lámina se llama lámina de Treitz.

En cuanto al peritoneo pancreático, de suma importancia en la apreciación de las diversas formas que puede adoptar el pseudoquistes, hemos de anotar que lo recubre en su mayor parte dando origen después a la formación de diversos mesos. En efecto, si consideramos que la raíz del mesocolon transversal cruza la cara anterior del páncreas, podemos entonces considerar en ésta dos porciones: la porción supramesocólica, que forma la pared posterior de la trascavidad de los epiplones y por intermedio de ella se halla en relación con la cara posterior del estómago; la porción inframesocólica está en relación con las asas intestinales y por lo tanto pertenece a la gran cavidad peritoneal. En cuanto a las dos hojas que forman dicho mesocolon transversal se comportan de diferente manera: la hoja inferior se continúa hacia abajo para luego formar la hoja derecha del mesenterio y la izquierda del mesocolon ascendente; la hoja superior del mesocolon transversal después de su inserción pancreática sube por la pared posterior del abdomen. Finalmente en lo que toca a las relaciones del peritoneo con el páncreas hacemos notar que en la cara posterior del píloro el peritoneo que venía por la cara anterior del páncreas se refleja a nivel de la arteria gastroduodenal, y del peritoneo fijo pasa a ser luego peritoneo libre acompañando a la cara posterior del estómago.

6º. *Relaciones del páncreas*: Son de extraordinaria importancia y hemos de considerarlas separadamente para sus diversas porciones:

Cabeza y cuello: Por parte del duodeno ya hemos anotado las relaciones íntimas que unen estas vísceras y no hemos de volver sobre ellas. Ya anotamos cómo la cara anterior se halla atravesada por la inserción parietal del mesocolon transversal que la divide en las dos porciones: supra e inframesocólica de las que la primera está en estrecha relación con el píloro y el estómago; por lo tanto además de las relaciones anatómicas existen las de la patología de todas estas porciones que presenta caracteres comunes. La porción inframesocólica se comprende que está por fuera de la trascavidad de los epiplones y en relación directa con las asas delgadas del intestino. Por lo que hace relación al pequeño páncreas de Winslow, se encuentra por debajo de la inserción mesocólica y arrollado alrededor de los vasos mesentéricos. La cara posterior de la cabeza se halla directamente en relación con las arcadas arteriales que anotaremos después al tratar de la irrigación del páncreas. Como relación más importante de esta cara tenemos la que contrae con el canal colédoco que horada la víscera en el inte-

rior de la cual se crea un canal cuya dirección hemos de describir luego al tratar de las vías excretoras del páncreas. Por intermedio de la fascia de Treitz contrae relaciones importantísimas la glándula con todos los vasos que cruzan su pared posterior y que se dividen en dos planos: *el anterior* que esta formado por los gruesos troncos que han de dar origen a la Porta: vena mesentérica superior y tronco que resulta de la anastomosis de la vena esplénica y la mesentérica inferior. Quedan detrás del páncreas dispuestos éstos vasos así: arteria mesentérica superior a la izquierda, vena mesentérica superior en el centro y canal colédoco hacia la izquierda. Hemos anotado ya las relaciones que tienen estas porciones del páncreas con las arterias gastroduodenal y hepática común que recorre el borde superior de la glándula antes de dividirse en sus dos ramas terminales: gastroduodenal y hepática propia. El plano vascular *posterior* está formado por la vena cava inferior con las dos venas renales que desembocan a este nivel en el tronco de la cava, aunque la renal derecha propiamente hablando no hace contacto sobre ningún sitio con la glándula pancreática; no así la vena renal izquierda que sí tiene relación íntima con el páncreas antes de desembocar en la cava cruzando entre la arteria aorta que le queda hacia atrás y la arteria mesentérica superior hacia adelante. Por lo que hace a la aorta, baja por la línea media y en relación directa con la columna vertebral. El tronco celiaco se divide sobre el borde superior de la glándula y no presenta contacto íntimo, aunque sí vecino con ella. Las relaciones con la vena esplénica y con la arteria del mismo nombre quedarán consignadas en el estudio de la circulación pancreática. Las de la mesentérica superior se han descrito ya; la arteria renal derecha tiene las mismas relaciones que la vena homónima, encima de la cual ella pasa, dirigiéndose hacia el hilio renal. Finalmente, la cara posterior del páncreas a este nivel está en relación con los ganglios linfáticos llamados por esto retropancreáticos que reciben la casi totalidad de la linfa proveniente del intestino delgado y del colon.

Cuerpo y cola del páncreas: La cara anterior se halla en contacto íntimo con la pared posterior del estómago, de la que sólo la separa una doble hoja peritoneal y de donde se deduce que las lesiones perforantes del estómago pueden hacer irrupción en la trascavidad de los epiplones, lo mismo que las lesiones hemorrágicas del páncreas, cuando la formación de adherencias previamente no han hecho que las lesiones del uno se continúen directamente en el otro. La cara posterior está en relación con la aorta, cuyos latidos pueden ser sentidos a través

de la glándula en los casos de aortitis abdominal que determinan su elongación y dilatación, lo mismo que en los individuos flacos. Entre la aorta y el páncreas se hallan los ganglios que forman el plejo solar. Finalmente, la cara posterior está en relación con el riñón y con la cápsula suprarrenal izquierdos. Por lo que hace relación a la cara inferior del páncreas en su cuerpo está en relación con las asas delgadas, el ángulo duodenoeyunal y el ángulo izquierdo del colon transversal en mayor o menor extensión según la longitud y altura respectiva de estas dos partes. Las relaciones de la cola son variables y ya han sido mencionadas.

Dos canales excretores recorren la glándula conduciendo su secreción externa hacia el duodeno; son ellos el canal de Wirsung que desemboca en la ampolla de Vater, y el canal de Santorini, que saliendo del canal principal, se dirige hacia el duodeno para desembocar en él por encima del anterior.

En relación con el sistema vascular del páncreas, está bastante irrigado por ramas que derivan de la arteria mesentérica superior, de la arteria hepática y de la esplénica, ramas estas últimas del tronco celíaco. Las venas, siguiendo recorridos más o menos calcados sobre el que siguen las arterias, se terminan en la vena porta, sea en el tronco mismo o en una de sus ramas de origen.

Los linfáticos del páncreas son bastante numerosos y están en relación íntima con aquellos que vienen de las regiones cecoapendicular y con los que de la vesícula biliar se dirigen a la cara posterior de la glándula donde se encuentra uno de los confluents más importantes del abdomen y que tienen gran interés desde el punto de vista de la patología.

Los nervios que se dirigen a la glándula tienen origen en el plejo solar y después de múltiples divisiones van hasta los mismos elementos glandulares. Allí se encuentran filetes provenientes del simpático abdominal y del nervio vago, éste último siendo el nervio secretor del páncreas y cuyos filetes se van adheridos a los vasos arteriales de la glándula.

CAPITULO II

FISIOLOGIA

Desde luego que no hemos de entrar en la descripción íntima y completa de los diversos mecanismos en que el páncreas tiene gran papel, sean éstos relacionados o no con la digestión, porque se comprende que esto sería motivo de más de un trabajo.

y así, sólo nos contentaremos con anotar algunos de los datos de más importancia en relación con la fisiología del páncreas.

Como glándula mixta que es, se le consideran sus dos tipos de secreciones, la externa y la interna. Las consideraremos aisladamente:

Secreción externa: Se hace presente en el duodeno, cuando merced a la secretina —puesta en circulación en el duodeno al llegar a éste el quimo ácido del estómago— se determina la excreción pancreática por el mecanismo hormonal conocido. También se acepta que el nervio vago es capaz de poner en actividad al páncreas ya que es su nervio excitante, mientras el simpático es inhibidor. La secreción externa contiene una serie de fermentos que intervienen en gran manera sobre la digestión de los diversos alimentos a saber: la *lipasa pancreática* cuya acción se hace sentir sobre las grasas neutras que han llegado al duodeno y que actúa sobre ellas saponificándolas después de que éstas han sido emulsionadas por la secreción biliar; la *amilasa pancreática* cuya acción tiene por objeto transformar los almidones en maltosa continuando así en el intestino la actividad iniciada por la amilasa salival en la boca merced a su fermento especial; la ptialina; la *tripsina* cuya acción se manifiesta sobre los polipéptidos e igualmente sobre la nucleína, acción ésta última de importancia en la exploración y que luégo veremos. Pero debe saberse que el páncreas no excreta la tripsina como fermento activo, sino que es merced a la enteroquinasa que el profermento pancreático —el tripsinógeno— se activa transformándose entonces en tripsina, ésta sí activa sobre los albuminoides.

Por lo que hemos esbozado se comprende la importancia que tienen las diversas sustancias excretadas por el páncreas para la digestión de casi todos los principios alimenticios. Pero repetimos que son estos principios generales que hacen relación a las diversas secreciones consideradas grosomodo y que representan los datos aceptados con suficientes argumentos y que aquí no hacemos relación a los estudios modernos que existen sobre todas las hormonas digestivas que a pesar de su importancia evidente no hallan aquí cabida porque se apartan un tanto del aspecto que nos hemos propuesto tratar.

Secreción interna: Está bajo la actividad de los islotes de Langerhans y se reduce a la acción que tiene la Insulina sobre el organismo y que se puede resumir así: favorece el metabolismo de los azúcares hasta su estado final de CO₂ y agua e indirectamente obra sobre el metabolismo de las grasas que sólo se hace de manera completa cuando los azúcares llegan a

sus últimos estados evitando así la acidosis cetónica con retención en el organismo de sustancias ácidas y aparición del cuadro clínico de las acidosis. La insulina tiene también la acción importante de favorecer la acumulación o almacenamiento del glicógeno hepático, que como se sabe juega gran papel en la defensa contra las intoxicaciones, puesto que las funciones anti-tóxicas del hígado se llevan a mejor término cuando la cantidad de glicógeno almacenado en sus células es mayor.

El glicógeno hepático también tiene estrechas relaciones con la regulación térmica del individuo puesto que es a partir de él que se forma la glucosa circulante que va a quemarse en los tejidos asegurando así la temperatura normal. De modo que aunque la insulina no aumenta la glicemia sino que la baja, es por acumulación hepática y muscular.

La insulina, como hormona es antagonista de varias de las acciones que sobre el organismo tienen la Adrenalina y la Tiroxina y de aquí se deduce la indicación que tiene la insulina en el tratamiento del enflaquecimiento de los hipertiroidianos puesto que son aquellas dos hormonas las que son responsables de un buen número de los síntomas hipertiroidianos y de ahí su indicación en las curas de engorde de estos enfermos. Tales son las acciones fundamentales que tiene la insulina y sobre las que no hemos de insistir por relacionarse más que todo con asuntos de terapéutica y que sólo hemos querido hacer notar.

Desde el punto de vista de la Patología Quirúrgica se debe tener presente que el exceso de insulina —el hiperinsulinismo— es en algunos casos del dominio terapéutico de la Cirugía. Tal es el caso de los hiperinsulinismos que no obedecen al tratamiento médico hecho a base de insulina buscándose con esto, que el excitante natural de la secreción interna del páncreas que es la hiperglicemia no actúe puesto que se busca mantener al enfermo en hipoglicemia. Cuando aún así persiste la secreción exagerada de la glándula es preciso entonces acudir a las resecciones pancreáticas con el fin de anular una porción de esa glándula hiperactiva. También es importante la hipoglicemia sintomática de algunos tumores de la glándula localizados en su porción vascular interna.

CAPITULO III

. EXPLORACION CLINICA Y LABORATORIO

Clínicamente las lesiones del páncreas se revelan por datos objetivos que son muy diferentes según la parte de la glándula

afectada y sobre todo según la forma como reaccione la glándula por una formación tumoral o simplemente si se manifiesta por el déficit funcional de sus secreciones internas o externas. Así es difícil dar una idea completa de los síntomas propios del páncreas ya que éstos son muy diferentes para sus diversas afecciones y también si éstas son de naturaleza aguda o crónica.

De modo que hemos de considerar los síntomas que se deben a la glándula en sí y los fenómenos a que puede dar origen sea por sus relaciones anatómicas determinando fenómenos de compresión o produciendo fenómenos reflejos.

Objetivamente se puede comprobar cuando una tumoración pertenece al páncreas, la presencia de un tumor colocado en la parte alta del abdomen, más sobre el hipocondrio izquierdo aunque también pueda invadir el lado derecho; tumoración que es poco móvil, se desplaza poco con los movimientos respiratorios, o no lo hace, que no balota puesto que está adherida a la parte posterior del abdomen; con frecuencia se coloca desalojando el estómago hacia arriba lo que puede ponerse de presente por la percusión o la radiografía, y al colon trasverso hacia abajo; sin embargo esto que ocurre en la mayoría de los casos puede no ser así y se ve entonces cómo tumores que tienen origen en el páncreas se colocan entre el hígado y el estómago o entre el colon trasverso y el mesenterio. Pero se sabe que normalmente el páncreas no debe sentirse ni aún a la palpación profunda y que cuando una tumoración que ha tenido por punto de partida la glándula se hace presente a la palpación abdominal es porque ella ya es bastante grande. Las neoformaciones de pequeño tamaño y que tengan por punto de partida la cabeza del páncreas pueden encontrarse a una palpación profunda en la zona conocida como pancreatocoleciana de Chauffard y Rivet y que se encuentra delimitada por dos líneas de las cuales una es una vertical que pasa por el ombligo y la otra que pase horizontalmente por el ombligo; una bisectriz que arranque del ombligo delimita hacia abajo y a la derecha, mientras que el límite interno de la zona está constituido por la línea vertical. Se considera que el páncreas y sus órganos vecinos se pueden proyectar sobre el área de ese ángulo y hasta una distancia de 6 cms. medidos sobre la bisectriz.

También se puede encontrar en algunas afecciones del páncreas una zona de hiperestesia cutánea que se encuentra sobre la parte alta del flanco izquierdo y que se hace dolorosa especialmente en las pancreatitis debido al reflejo viscerogénico que tiene por punto de excitación la lesión pancreática y

por zona de respuesta la piel de esa región después de haberse reflejado la sensación dolorosa a nivel de la medula. La percusión de las lesiones que se originan en el páncreas y que se han reconocido por la palpación, da una macidez, y en cuanto a la inspección también tiene su valor pero, cuando el tumor ya es lo suficientemente grande como para hacerse visible a través de la pared abdominal. La inspección también puede poner de manifiesto la existencia de una ictericia que revestirá los caracteres de las ictericias por Obstrucción o Regurgitación cuando exista una compresión de las vías biliares principales.

En relación con los datos que puede darnos el laboratorio, son de algún interés en algunos casos, y a este propósito se han de pedir diferentes reacciones de laboratorio de las que unas explorarán las secreciones externas y las otras darán los datos de la glicemia o de la titulación de la amilasa pancreática sea en la orina o en la sangre, especialmente indicada esta reacción en el diagnóstico de la pancreatitis aguda, entidad ésta que tiene enorme relación etiológica con el pseudoquistes del páncreas, entidad ésta que es motivo especial del presente estudio.

La secreción externa del páncreas teniendo acciones tan importantes sobre la digestión de los diversos alimentos, se deberá explotar especialmente por el examen de las materias fecales en las que la presencia de almidones, grasas neutras y especialmente la presencia de fibras musculares con sus núcleos, tienen enorme valor. Queremos agregar que en el caso de encontrarnos con una ictericia completa por obstrucción, tal como se hallaría en el caso de un cáncer de la cabeza del páncreas, la ausencia de pigmentos biliares en la deposición certifica que la compresión del colédoco es completa a diferencia de las ictericias debidas a los cálculos en las que la ictericia es por lo general intermitente, incompleta, variable y a menudo febril. La ictericia neoplásica por el contrario, se presenta de una manera progresiva, persistente e irreversible. Pero se sabe que cuando una ictericia por obstrucción completa de las vías biliares principales lleva algún tiempo de establecida, los pigmentos biliares que no se hallaban en manera alguna en la deposición desde que la compresión se había hecho completa, pueden volver a aparecer en las heces sin que la compresión haya cesado, debido a que la sangre que llega al intestino en un icterico es rica en esos pigmentos que pueden entonces trasudar a nivel del intestino y hallándose en las heces de nuevo, dar la sensación de que la compresión ha cesado. El diagnóstico entre estas dos posibilidades se hará por la titulación del indi-

ce icterico que ha de ser inferior en el caso de que la permeabilidad del intestino se ha restablecido.

También es posible mediante el examen químico de las heces ante una ictericia por compresión determinar si ésta se debe a compresión aislada del colédoco o si existe a la vez una compresión del canal de Wirsung. En efecto, cuando la compresión sólo afecta la vía biliar principal, el examen de la deposición pone de manifiesto la presencia de grasas neutras, jabones y ácidos grasos, puesto que aunque la saponificación de las grasas no está completamente favorecida por la acción emulsionante de la bilis, siempre se efectúa y en tal virtud, y de acuerdo con lo que ya anotamos a propósito de la fisiología pancreática, la saponificación se ha de efectuar.

En cambio, en el caso de estar a la vez comprimidos el canal colédoco y el de Wirsung, sólo han de hallarse en la deposición grasas neutras aisladamente ya que la presencia de jabones es un índice de que el jugo pancreático intervino allí. Finalmente dos cosas deben tenerse presente en la apreciación e interpretación de los análisis que hagan relación al páncreas y ellas son: cuando el enfermo tiene diarrea y por lo tanto el tránsito intestinal está acelerado aunque se encuentre el síndrome completo de insuficiencia de esta glándula, no se le ha de dar mayor valor puesto que además de que se necesita la presencia de los fermentos en el intestino, precisa también que exista tiempo suficiente para que la acción de dichos fermentos pueda llevarse a cabo sobre los alimentos puestos en contacto con ellos. Así, en una deposición en que encontramos una diarrea notable, la presencia de grasas, almidones, fibras musculares intactas, cuando más nos permitirá afirmar que el enfermo ha ingerido tales alimentos, pero no tiene aquello el valor absoluto que se pudiera creer. Pero esto no le quita valor a estos exámenes desde luego que no es el laboratorio el que ha de dar el fallo final, sino que la clínica sigue ocupando el lugar que le corresponde en todos los diagnósticos. La segunda anotación se refiere a que es necesario tener al enfermo a un régimen previamente determinado porque aunque se crea una redundancia mal podremos excluir una afección determinada del páncreas cuando no hallemos grasas por ejemplo en una investigación solicitada, si el enfermo no las está recibiendo en cantidad suficiente para que puedan explorarse en una deposición.

En relación con el valor que tienen las fibras musculares como índice de insuficiencia pancreática, se debe saber que la fibra muscular, se encuentra rodeada por tejido conjuntivo que hace que se encuentren en verdaderos haces musculares.

Ahora bien, para que la secreción pancreática pueda ejercer su acción directa sobre la fibra, se necesita que esta haya sido liberada previamente en el estómago de su envoltura conjuntiva, puesto que el jugo pancreático no ataca al tejido conjuntivo. Se comprende entonces cómo en el caso de una insuficiencia de la secreción gástrica, puede hallarse en la deposición fibras musculares, aunque exista una integridad funcional del páncreas. Sin embargo, la distinción entre estos dos casos es posible, ya que en el caso de insuficiencia de la secreción gástrica las fibras musculares se encuentran unidas por el tejido conjuntivo y por tanto formando haces musculares; mientras que, en el caso de insuficiencia de secreción externa pancreática con integridad funcional del estómago, las fibrillas musculares se encontraran aisladas con sus núcleos y su estriación intactos. Estos datos que suministra el laboratorio deben valorarse al través de la clínica, ya que es frecuente que coexistan lesiones simultáneamente del hígado y del páncreas por una parte, o que un cáncer del páncreas por ejemplo, debido al enflaquecimiento y a la intoxicación cancerosa, determine la insuficiencia de las secreciones del estómago, con la dispesia consiguiente.

La secreción interna se explora mediante el examen de la glicemia, de la investigación de la acetona en la orina, del ácido diacético, etc., cuando el metabolismo de las grasas ya está perturbado. Anatómicamente hablando, la supresión de una porción de la glándula, sea por esclerosis, Pancreatitis hemorrágica, etc., determinando la disminución de la capacidad funcional, debe producir forzosamente una hiperglicemia; inversamente, las neoformaciones de los islotes de Langerhans, son capaces de producir el síndrome clínico y humoral del hiperinsulinismo a saber: crisis convulsivas que aparecen lejos de las comidas o en ayunas, cuando la acción de la hipoglicemia se hace sentir con mayor intensidad; crisis éstas acompañadas de sudores profusos, temblores, palidez, y que con fines diagnósticos se pueden hacer ceder súbitamente bajo la acción de la ingestión de azúcar o de la inyección de adrenalina. Una hipoglicemia por debajo de 0,50 ctgms. constatada en ayunas es un dato precioso para el diagnóstico aunque no constante.

Para que la glicemia tenga un valor como índice de afección pancreática, deben excluirse todas las otras causas hormonales, dietéticas o nerviosas capaces de modificar en más o menos el dato de la glicemia; aún existen casos en que una hiperglicemia de origen netamente pancreático, obedece a una perturbación circulatoria o mecánica: tal es el caso de la ci-

rrosis atrófica de Laenec; en esta entidad el factor hepático se manifiesta por una hipoglicemia, pero una vez que aparece la hipertensión en el dominio de la vena porta, la circulación venosa del páncreas no haciéndose normalmente, determina una insuficiencia funcional de dicha glándula con la aparición de una hiperglicemia que traduce la participación del páncreas en dicho síndrome. De aquí que anteriormente los autores estuvieron en desacuerdo respecto de si en la cirrosis hepática se hallaba hipo o hiperglicemia, cuando acabamos de verlo depender de más que todo del estado de evolución que se considere.

La investigación de la glicosuria tiene menos valor que el de la glicemia porque además existe un factor renal capaz de hacer aún más compleja la interpretación de estas cuestiones.

CAPITULO IV

Patología del Páncreas.

No hemos de referirnos más que a las afecciones quirúrgicas del páncreas, puesto que la Patología Médica de dicha viscera con todo lo importante que ella es, se aparta un poco del tema especial que vamos a considerar. El objeto de dar una idea somera sobre la enumeración de la patología quirúrgica de esta glándula tiene más que todo el objeto de ver qué sitio corresponde a la entidad denominada *Pseudoquiste del páncreas* en la patología quirúrgica de esta viscera. Así, desde este punto de vista se consideran las siguientes entidades:

- I.-Lesiones Traumáticas: que comprenden las contusiones y las heridas. A este respecto dejemos anotado que a la larga, cualquiera de estas dos lesiones pueden dar origen a la aparición del cuadro que hemos de describir como se anotará al hablar sobre la etiología.
- II.-Las Pancreatitis: que se subdividen en agudas y crónicas.
 - a- las agudas comprenden: la hemorrágica, las agudas infecciosas **que podrán ser supuradas o gangrenosas.**
 - b) Las crónicas o sea la esclerosa o pancreatitis vulgar de ciertos autores y las pancreatitis crónicas infecciosas, tuberculosa y sifilítica.
- III.-Litiasis Pancreática.
- IV.-Tumores del Páncreas sean benignos o malignos.
- V.-Fístulas Pancreáticas.
- IV.-Quistes y Pseudoquistes del Páncreas. Estos dos últimos aparte serán los motivos de las consideraciones siguientes.

CAPITULO V.

Pseudoquiste Pancreático.

Desde los primeros estudios se confundieron los quistes del páncreas con los pseudoquistes, porque sólo se atendía a la anatomía macroscópica de estas dos formaciones, hasta que el estudio microscópico permitió hacer la diferenciación que después se extendió a la manera diferente como se originaban y a las diferencias clínicas y de laboratorio que se podían encontrar en el curso de los exámenes del enfermo. Korte fue quien indicó primeramente las diferencias que existían entre éstas dos formaciones. En el páncreas como en el resto del organismo los quistes son colecciones de contenido variable y que se encuentran tapizados en su interior por un endotelio, mientras que se llaman pseudoquistes del páncreas a colecciones enquistadas que se originan en la víscera por diversas causas pero cuya pared es artificial, si así pudiéramos decir, ya que está formada por tejido conjuntivo prestado de las vísceras o de los órganos vecinos. Pero clínicamente estas dos formaciones evolucionan de manera bastante diferente y de ahí que en la patología quirúrgica se haga una descripción común de los quistes glandulares y de los pseudoquistes, siendo estos últimos los más frecuentes.

El Pseudoquiste del páncreas es pues una colección enquistada que se forma en sus paredes merced a las adherencias con las vísceras cercanas y que tiene su causa por lo general en una pancreatitis hemorrágica o en un traumatismo intenso que haya dado lugar a dicha complicación. Por lo tanto hemos de considerar algunos de los aspectos y síntomas como se presenta en clínica la pancreatitis hemorrágica puesto que el pseudoquiste en realidad no es más que la consecuencia más o menos lejana de dicho hemorragia pancreática.

La pancreatitis hemorrágica se presenta de una manera al parecer espontánea y se considera un tanto al lado de las pancreatitis infecciosas porque ni se ha hallado su germen productor, ni sigue la evolución de las otras formas de pancreatitis. Aislada primeramente por Rokitansky, ella consiste esencialmente en una autodigestión del páncreas con irrupción sanguínea difusa primeramente en el interior mismo de la glándula y luego hacia los tejidos vecinos. Su patogenia y tratamiento han sido motivo de serias discusiones y en diversas sociedades quirúrgicas hasta hallarnos en posesión de datos más o menos aceptados actualmente.

Desde el punto de vista de su etiología se sabe que es más frecuente en la mujer y aunque se le daba gran papel a la intoxicación alcohólica, actualmente se hace más incapié sobre las relaciones íntimas que tiene la pancreatitis aguda hemorrágica con la litiasis biliar-vesicular o coledociana hasta hallarse en el 50 al 80 por ciento de los casos. Especialmente se considera como una de las complicaciones principales de la detención de los cálculos coledocianos a nivel de la ampolla de Vater, lo que determinaría el paso de una bilis infectada o no hacia el canal de Wirsung con transformación o activación del tripsinógeno y autodigestión posterior de la glándula. El papel del traumatismo aún se discute y para algunos no sería causa suficiente para determinar su aparición.

A la operación o a la autopsia se hallan de una manera constante dos lesiones: la hemorragia y la citoesteatonecrosis de la glándula, es decir, la destrucción de sus elementos grasos. La hemorragia puede ser pequeña y difusa dando entonces el aspecto de glándula jaspeada, pero puede hallarse colectada en un verdadero hematoma que ocupe toda la víscera. Cuando la hemorragia es de mayor consideración rompe el peritoneo que cruza la cara anterior del páncreas y cae directamente en la trascavidad de los epiplones de la que puede salir posteriormente por el hiatus de Winslow hacia la gran cavidad peritoneal. Pero en ocasiones la sangre no destruye el peritoneo posterior y entonces puede o bien seguir la pared abdominal posterior hacia la fosa lumbar izquierda o insinuarse entre las hojillas del mesenterio o principalmente del mesocolon trasverso. El derrame no está formado exclusivamente por sangre, sino que contiene además serosidad por reacción peritoneal y jugo pancreático. No ha sido posible encontrar germen alguno en dicho líquido.

En relación con la citoesteatonecrosis, que sólo se presenta en los casos que han tenido ya algún tiempo de evolución, se caracteriza por la presencia de manchas subperitoneales del tamaño de una lenteja que se extienden en ocasiones más allá del páncreas y que están constituidas por grasas que han sufrido la saponificación transformándose así en ácidos grasos y jabones que pueden ponerse de manifiesto fácilmente por sus reacciones características. Finalmente se hace notar la ausencia completa de fenómenos reaccionales de tipo inflamatorio y la posibilidad de que un hematoma originado así en el páncreas se infecte dando lugar según algunos a las llamadas pancreatitis supuradas con esteatonecrosis.

La patogenia de la pancreatitis hemorrágica es de lo más importante. Se está de acuerdo en excluir el factor infección por los hallazgos que ya he anotado, es decir, por la falta de reacciones del tipo inflamatorio, así como por la ausencia habitual de gérmenes. Se acepta mejor como patogenia la que la atribuye a una autodigestión pancreática debido a la activación del jugo pancreático en la que actuarían especialmente la tripsina y la lipasa. Pero por cuál mecanismo se activa esta tripsina? Puesto que evidentemente es esta la que después permitirá actuar a la lipasa sobre las grasas.

Ya Pavlov había demostrado que el tripsinógeno se transforma en tripsina activa cuando la enteroquinasa se pone en contacto con él a nivel del duodeno. Igualmente se sabe que la protripsina o tripsinógeno puede ser activada in vitro por diversas quinasas de origen celular o bacteriano. Entonces se ha querido explicar esta transformación por dos teorías, la vascular y la canalicular.

La teoría vascular considera que una embolia o una trombosis venosa sería capaz posteriormente merced a las citocinasas de activar el profermento pancreático, pero se ha visto que, por lo general sólo se logra determinar un hematoma y rara vez esteatonecrosis cuando experimentalmente se ha logrado determinar la ligadura de la esplénica o determinar cierto grado de hipertensión de la porta y esto además no explicaría la relación clínica que se encuentra entre la pancreatitis hemorrágica y la litiasis. Por esto es poco acertado dicho mecanismo.

La teoría canicular considera aún dos posibilidades: la una el reflujo de líquido duodenal y la otra el reflujo biliar dentro del canal de Wirsung. Polya demostró en efecto que es posible obtener los síntomas y los caracteres propios de las pancreatitis hemorrágicas mediante la inyección de contenido duodenal en el canal de Wirsung. Aunque experimentalmente se sabe que in vitro la bilis no es capaz de activar el profermento pancreático, las relaciones íntimas que tienen en ocasiones la litiasis biliar y la pancreatitis hemorrágica ha hecho pensar que dicha activación pueda verificarse mediante la irritación que determinara la bilis dentro de los conductos pancreáticos siendo posible que su presencia allí determinara la aparición de citocinasas las que serían responsables de aquella transformación. Para Quénu y Duval, dicho reflujo estaría favorecido por la detención de un cálculo biliar en la ampolla de Vater, como ha sido demostrado en el curso de algunas intervenciones y experimentalmente por Cameron y Noble. También se considera que aún en la ausencia de cálculo enclavado en la ampolla se

ría posible dicho reflujo favorecido por la aparición de un espasmo del esfínter de Oddi debido a fenómenos reflejos de punto de partida vesicular o duodenal siempre que el páncreas se encuentre en plena actividad secretoria.

En resumen, pues, la teoría más aceptada actualmente es aquélla que considera que el reflujo biliar es capaz de producir una irritación dentro de los canales pancreáticos lo que daría por objeto la aparición de quinasas originales en las células, los leucocitos o bacterias ocasionalmente presentes, que serían las que irían a determinar la activación del profermento pancreático transformando el tripsinógeno en tripsina la que obrando sobre los elementos anatómicos del páncreas daría lugar a una autodigestión de esta víscera; a su vez la lipasa pancreática se encontraría así reforzada en su acción por la presencia de la bilis y esto daría lugar a la citoesteatonecrosis que dejamos anotada al hablar de la anatomía patológica de la pancreatitis hemorrágica.

La sintomatología de la pancreatitis hemorrágica podemos resumirla así: en un enfermo generalmente litiasico aparece súbitamente una crisis tremendamente dolorosa tres o cuatro horas después de una comida copiosa y entonces se cree que se trata de uno de los tantos cólicos hepáticos que el enfermo ha presentado anteriormente aunque el mismo enfermo generalmente hace notar las diferencias de la crisis dolorosa actual con las anteriores. Se deberá tener en cuenta la mayor intensidad de los dolores que se hacen tan intensos que Dieulafoy le dio el nombre de "Drama Pancreático". Se tendrán igualmente en cuenta las irradiaciones que generalmente se hacen del lado izquierdo cuando, lo habitual es que se presenten del lado derecho en el curso de los cólicos vesiculares; la presencia del shock intenso que acompaña a la pancreatitis hemorrágica lo mismo que la palidez intensa, los sudores y rarísima vez la presencia de una tumoración profundamente situada y de difícil apreciación clínicamente. Se señala en algunos casos la presencia de un derrame pleural izquierdo. Al laboratorio se hallará la amilasa sanguínea y urinaria por encima de sus cifras habituales que se consideran según el método de Winslow entre 8 y 32 para la urinaria y la tercera parte más o menos en la sangre. Así en el curso de una de estas pancreatitis hemorrágicas se podrán hallar cifras de 100 o 200 unidades en la orina.

En cuanto a la evolución de la pancreatitis hemorrágica se hace con alguna frecuencia hacia la muerte, excepcionalmente hacia la curación espontánea y con más frecuencia hacia la transformación en un pseudoquistes, evolución ésta que

siendo el origen de esta entidad ha hecho que nos hayamos detenido un poco en el estudio de esta afección aguda del páncreas como que está ligada directamente con el síndrome que entraremos ahora a describir.

En cuanto al tratamiento del accidente agudo en sí se ha de reducir en la mayoría de los casos al drenaje de urgencia complementado siempre por la exploración de las vías biliares y del duodeno como que en ellos reside el cuerpo del delito con la mayor frecuencia, pero limitándonos en este primer tiempo apenas al *mínimum* de maniobras dado el estado de gravedad en que se encuentran estos enfermos y posteriormente se podrán hacer las intervenciones complementarias del caso. La intervención por lo general dá lugar a la aparición de una fistula pancreática que puede durar bastante tiempo en cerrar.

Dado que ya nos es conocido el mecanismo de producción más frecuente del Pseudoquiste del páncreas y su etiología más aceptada entraremos a describir directamente su sintomatología, diagnósticos positivo y diferencial así como su tratamiento.

Pseudoquiste: Su Sintomatología. La iniciación de un Pseudoquiste del páncreas puede ser más o menos rápida, según el mecanismo que le haya dado origen; para los Pseudoquistes consecutivos a una litiasis biliar su iniciación se confunde con la de los quistes glandulares o quistes verdaderos siendo en general bastante lenta. En su período de estado la sintomatología es diferente según que la tumoración se haya formado a expensas de la cola, del cuerpo o de la cabeza del Páncreas.

Los Pseudoquistes de la cola, los más frecuentes, se caracterizan por la presencia de un tumor de tamaño variable entre una naranja y la cabeza de un adulto, de superficie lisa o ligeramente irregular, mate a la percusión, que no sigue los movimientos del diafragma. Presenta alguna movilidad pero siempre limitada; se continúa hacia arriba bajo las falsas costillas izquierdas y no se encuentra atravesado por banda sonora alguna; en un principio retrogástrico, generalmente desaloja después al estómago hacia arriba y se encuentra entonces a la exploración clínica una zona maciza a la percusión, colocada entre dos zonas sonoras: la superior constituida por el estómago y la inferior por el colon transverso. Esto nos explica porqué cuando el tumor no es muy grande aún, la insuflación gástrica y cólica puede hacer desaparecer la macicez que antes se encontraba entre estos dos órganos.

Al hablar de la migración que podía tomar el derrame en el curso de una pancreatitis hemorrágica, dejamos anotado que este podía ser principalmente hacia la fosa lumbar izquierda,

hacia la trascavidad de los epiplones o entre las hojillas del mesocolon transversó y del mesenterio. Pues bien, tres modalidades pueden encontrarse en la evolución ulterior de estos derrames; o bien el falso quiste resultante se coloca entre el hígado y el estómago, entre el estómago y el colon transversó o finalmente entre el último y el mesenterio. Los síntomas clínicos y los signos radiológicos son un tanto diferentes y los comentaremos luégo. Finalmente anotaremos que el Pseudoquiste o el quiste verdadero de la cola puedan dar contacto lumbar como lo dan los tumores renales.

Cuando la tumoración se encuentra localizada al cuerpo del páncreas presenta además como síntomas propios, la impulsión que sufre por parte de la aorta abdominal cuando el tumor es aún pequeño y principalmente los dolores intensos por neuralgia celiaca ya que al hablar de las relaciones del páncreas dejamos sentado que es precisamente sobre la cara posterior del órgano y a nivel de su cuerpo donde se encuentran los ganglios que forman el plejo celiaco que determinan como síntoma importante de esta localización los dolores epigástricos bastante intensos. Igualmente pueden encontrarse fenómenos del lado de la pigmentación de la piel por las relaciones que se cree, tengan estos ganglios con el pigmento cutáneo.

En cuanto a la localización cefálica de un pseudoquiste podrá sospecharse cuando encontremos fenómenos de compresión sobre el colédoco tales como la ictericia por obstrucción, o sobre el duodeno caracterizados entonces por vómitos. En este caso también es bastante difícil la distinción con los tumores de origen hepático dadas las relaciones de vecindad de estos dos órganos aunque la distinción es posible cuando se encuentra límite sonoro entre la macicez hepática y la correspondiente al páncreas debido en este caso a la interposición del colon entre ambos órganos.

Cualquiera de estas localizaciones si se deja avanzar, es susceptible de acabar con el enfermo por fenómenos de caquexia pancreática porque pronto se verán aparecer los síntomas de déficit de las secreciones externas como son la esteatorrea, los almidones etc., y todos los síntomas que dejamos anotados al hablar de la exploración.

Anatomía Patológica: Se trata en estos casos de formaciones que no tienen pared propia, generalmente uniloculares, de contenido variable en relación con las transformaciones que hayan sufrido los pigmentos hemáticos o a la presencia de fermentos pancreáticos en el contenido quístico. A diferencia de

los quistes verdaderos del páncreas, que se caracterizan por tener una pared propia; en el Pseudoquiste ésta está formada por el peritoneo unido por adherencias de las vísceras que lo delimitan lo que hace que no existiendo plano de clivaje, su extirpación sea imposible. La pared se presenta formada por tejido conjuntivo con numerosos vasos de neoformación que pueden sangrar posteriormente dando lugar a hemorragias endoquísticas. También se diferencian de los verdaderos quistes porque su pared es de carácter inflamatorio, mientras que en aquellos es endotelial, y por lo tanto no existe plano de clivaje alguno. En el interior del quiste pueden hallarse fragmentos de páncreas; desde el punto de vista del análisis químico se dividen en aquellos que tienen fermentos y los que no los tienen. También existe alguna diferencia entre los quistes que tienen su origen en un traumatismo cuyo contenido es más o menos hemático y los que tienen un origen biliar más que todo en los cuales se encuentra con más frecuencia fermentos pancreáticos y después de la marsupialización dejan con frecuencia una fístula. Los hematomas pancreáticos sólo son una forma de los llamados hematomas de la trascavidad que pueden pues tener origen en una de las vísceras cuya hemorragia pueda encontrarse allí; mientras que en los verdaderos pseudoquistes el origen se encuentra en una primitiva pancreatitis hemorrágica que haya pasado con sintomatología clínica manifiesta o más o menos larvada.

Evolución: Es algo diferente según el punto hacia donde se dirija el tumor: así, en los pseudoquistes que toman por sitio de iniciación la cola del páncreas se les ve dirigirse hacia el diafragma, mientras que la mayoría tienen una evolución anterior siendo primero retrogástricos y luego insinuándose entre el colon trasverso y el estómago y por lo tanto hallándose sólo cubiertos por el ligamento gastrocólico que se hallará más o menos distendido. Pero ya hemos anotado las diferentes relaciones que puede tener el tumor según el punto hacia donde se dirija; sólo anotamos ahora que la situación gastrocólica es la que se halla más frecuentemente. En cuanto al crecimiento es preciso saber que aunque éste por lo general es lento, puede ser más o menos rápido acompañándose entonces de enflaquecimiento, síntomas de compresión progresivos y el crecimiento de la tumoración.

En la evolución de estos pseudoquistes se consideran dos períodos: el inicial o período más que todo funcional, manifestado por la aparición de síntomas de déficit glandular que aparecen bien sea después de algún tiempo de un traumatismo

o después de los síntomas consignados atrás al hablar de la pancreatitis hemorrágica; y el período de tumor clínico, ente apreciable.

El quiste puede romperse espontáneamente y entonces la tumoración que se apreciaba en la región epigástrica desaparece y en cambio se hacen presentes todos los signos propios de los derrames abdominales. Se acompaña esta ruptura de dolor, pero no aparecen fenómenos demasiado graves puesto que el líquido derramado no posee propiedades digestivas aunque contenga los fermentos pancreáticos ya que éstos son inactivos como atrás lo dejamos anotado. La reproducción posterior del pseudoquiste es la regla después de un período más o menos largo. Como todo quiste, el del páncreas, lo mismo que el pseudoquiste es susceptible de supurarse; más raramente es capaz de producir oclusiones intestinales.

Diagnóstico positivo: Se basará en la aparición después de un "período libre" de una tumoración con los caracteres que hemos anotado ser propio de los tumores del páncreas. Tiene valor el examen de las heces para poner allí de manifiesto los signos de déficit excretor de la glándula así como también el examen de las orinas donde no es raro hallar la glicosuria; el de glicemia para anotar los datos que puedan hallarse lo mismo que se tendrá en cuenta la litiasis biliar por la frecuencia con que se le encuentra en los antecedentes de estos enfermos cuando padecen de un pseudoquiste o el antecedente traumático cuando se sospeche un hematoma traumático. En relación con el quiste glandular verdadero no hay antecedente especial que oriente el diagnóstico.

La Radiografía: Este método de laboratorio es capaz de suministrar buen número de pruebas en el diagnóstico de estos tumores. Así, en los Pseudoquistes de la cola se encontrarán desviados hacia arriba el estómago y hacia abajo y a la izquierda el colon trasverso. Sirve también enormemente para el caso de tumores localizados a la cabeza puesto que hace ver que dicha tumoración no pertenece al hígado o al píloro poniendo en evidencia en cambio la ampliación del anillo duodenal después de la ingestión de una sustancia opaca.

Diagnóstico diferencial: Consideraremos en realidad todos los tumores del páncreas en su diagnóstico diferencial con los otros tumores del abdomen porque los matices que existen entre el quiste glandular, el hematoma pancreático y el verdadero pseudoquiste ya han quedado esbozados en el curso de este trabajo.

Las tumoraciones del páncreas podrán confundirse con:

a) Los tumores del riñón: desde luego que con los del riñón izquierdo apenas y entonces el diagnóstico clínico se establecerá por la comprobación del baloteo renal recordando que todo tumor renal balota pero no todo tumor que balota es renal. Los tumores del páncreas son muy poco móviles y sólo podrían confundirse con un tumor renal acompañado de adherencias por fenómenos de perinefritis caso único éste en que un tumor renal no balota; pero no sólo por este aspecto se establecerán las diferencias, porque también sabemos que por delante de los tumores renales izquierdos se vendrá el colon trasverso y la percusión dará entonces una banda sonora por delante de la tumoración; es frecuente también la hematuria de tipo renal, es decir, total en la evolución de las neoplasias renales; no se acompañan de fenómenos de déficit funcional pancreático hallados en las heces o en el examen de la sangre; la radiografía dá enseñanzas diferentes puesto que la pielografía ascendente o descendente establecerán las diferencias bastante notables; las neoplasias renales se acompañan con la aparición de un varicocele de desarrollo rápido por compresión de los vasos espermáticos. Tales son las principales diferencias que pondrán en la vía de un diagnóstico.

b) Los tumores del bazo: Cualquiera que sea su naturaleza los tumores del bazo sólo se manifiestan por la esplenomegalia que se reconocerá por la presencia de las escotaduras que se encuentran sobre su borde anterior y los hallazgos que se encuentran en la sangre según se trate de una esplenomegalia por leucemia, paludismo crónico, una errosis avanzada en que se encontrará además el hígado afectado, una enfermedad de Banti y en general todas las esplenomegalias que tienen otros síntomas especiales y que no es del caso estudiar. Sólo hago referencia al diagnóstico de órgano que se establece pues por la movilidad respiratoria de los tumores del bazo, las escotaduras de su borde anterior la dirección diferente que siguen las esplenomegalias y los datos de la radiografía.

c) Los quistes del mesenterio que son muchísimo más móviles dentro del abdomen y en ellos no hemos de encontrar los síntomas y signos propios de las lesiones pancreáticas. La ingestión de una porción que sea capaz de llenar el estómago de gases tales como la Riviere encuentra más facilidad para mover un quiste del mesenterio que una tumoración propia del páncreas que siempre tiene más adherencias posteriores.

d) Los tumores del ángulo esplénico del colon es raro que alcancen el tamaño de un pseudoquiste avanzado sin que pre-

viamente hayan determinado fenómenos serios de obstrucción intestinal primero y luego verdaderas oclusiones. Se han manifestado antes de esto fenómenos alternos de diarrea y constipación. Se pueden presentar enterorragias y el hallazgo de sangre de una manera permanente cuando el tumor se ha ulcerado. La radiografía previo enema de sustancia opaca da las imágenes propias del cáncer del colon.

e) Los tumores de la gran curvatura del estómago, que por lo demás no son frecuentes en esta localización, cuando llegan a los tamaños en que hace posible su confusión con los pseudoquistes del páncreas, el estado general está profundamente alterado, pueden existir las adenopatías supraclaviculares, vómitos con sangre digerida etc. La radiografía aquí interviene para aclarar el diagnóstico.

Las peritonitis enquistadas y otras entidades se han de reconocer por los síntomas que les son propios y no hemos de tratar de ellos detenidamente para no alargarnos en demasía ya que nuestro objeto era más que todo insistir sobre los síntomas propios de la entidad que sobre los que no se encuentren.

Tratamiento: Es eminentemente quirúrgico. Se ha de hacer la extirpación completa cuando se trata de un quiste verdadero y esto cuando la membrana que lo delimita se puede extirpar y separar de las vísceras vecinas. En cambio en el Pseudoquiste hemos visto que la extirpación completa es imposible y un contrasentido, dado que éste no tiene membrana propia sino prestada de las vísceras vecinas. En el caso del Pseudoquiste se ha de hacer pues la Marzupialización que consiste en abocar la herida por la cual se ha vaciado el contenido a la pared abdominal sea directamente o lo que es mejor por intermedio de un dren cilíndrico que se ha fijado al contorno de la bolsa quística.

En cuanto a la técnica que de por sí es más o menos complicada sólo hemos de mencionar las diferentes vías de acceso al páncreas a saber:

La vía intergastrohepática cuando se trata de tumoraciones que se han colocado entre el estómago y el hígado y en la cual después de haber atravesado el epiplón gastrohepático o pequeño epiplón por su parte avascular se encuentra el tumor.

La vía gastrocólica en la que se penetra a la trascavidad de los epiplones después de haber atravesado el ligamento gastrocólico formado por los repliegues peritoneales que después

de haber formado el epiplón mayor se van a insertar sobre el colon trasverso para formar después el mesocolon trasverso. Al seccionar este ligamento se abocan directamente todos los tumores de la trascavidad.

La vía trasmesocólica en que después de haber levantado las hojas que forman el gran epiplón se secciona el mesocolon por una parte avascular y se llega así directamente sobre la cara anterior del páncreas en su porción supramesocólica.

La vía lumbar a través de la pared abdominal posterior no se usa casi nunca.

Después de laparotomía y de vaciamiento del contenido quístico se hará la exploración rigurosa de las vías biliares puesto que en caso de persistir los cálculos el enfermo queda en potencia para hacer otro ataque similar como tuvimos oportunidad de indicarlo anteriormente. Algunos habían indicado el abocamiento de la bolsa quística al contenido intestinal con el objeto de evitar la formación ulterior de una fístula pero esta manera de proceder no se usa actualmente.

Son estas las principales anotaciones que hemos de consignar a propósito de la patología del páncreas que hace relación con los Pseudoquistes del órgano lo mismo que con los hematomas y los quistes glandulares de esta víscera.

“LA DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO” Y DELINCUENCIA INFANTIL

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

El Profesor Araoz Alfaro, Director durante 22 años de la División de Primera Infancia en Montevideo, con la autoridad que le confiere tan dilatada experiencia, dice: “La consideración que preste el médico a lo social como origen de perturbaciones a la salud, a veces graves y mortales, y a las consecuencias sociales de las enfermedades, es legítima y necesaria. Hay una mentalidad y un espíritu sociales, una conciencia y un sentido sociales, que en el médico deberían servir de complemento a la mentalidad, espíritu, conciencia y sentido estrictamente médicos, que posee casi exclusivamente en el momento actual”.

Y por mi parte, como prometí en una de mis charlas anteriores, otra vez incurro con gusto en el pecado de salirme de los cauces psicológicos que se me han marcado, para unir mi débil voz, al coro que cada vez se hace oír con más fuerza en todas partes y también en Bogotá, en estos momentos, bajo la autorizada dirección del Dr. Bejarano, en favor de la infancia.

Y con este objeto considero un deber contribuir, ya que no con trabajo original, con la presentación a los estudiantes de Medicina, de los fines y medios de trabajo de la *Unión Internacional de Socorro a los Niños*, fundada en Ginebra el 6 de enero de 1920, es decir, el día de los Reyes Magos, que trajeron a los niños del mundo entero, el regalo de que las personas mayores crearán la preocupación mundial de su protección y amparo.

Los fines de la Unión Internacional de Socorro a los niños son:

Hacer conocer en todo el mundo los principios de “La declaración de los derechos del niño” conocida también como “Declaración de Ginebra”;

Estimular y facilitar su aplicación en los diversos países por mediación de las organizaciones nacionales de protección a la infancia;

Provocar y estimular entre los países la cooperación conducente a mejorar la suerte del niño;

Colaborar en este sentido con toda organización nacional e internacional competente;

Buscar, centralizar y utilizar fondos destinados a aliviar la desgracia que sufren los niños por circunstancias especiales.

Cumpliendo pues con lo ordenado en el fin primero de este Organismo, voy a transcribir textualmente esta Declaración, redactada y publicada en 1923 y en la que basa todas sus actividades.

Por la presente "Declaración de los derechos del niño, los hombres y las mujeres de todas las naciones reconocen que la humanidad debe dar al niño lo mejor que tenga afirmando sus deberes, aparte de toda consideración de raza, nacionalidad y de creencias.

I.-El niño debe ser puesto en condiciones de desarrollarse de manera normal, material y espiritualmente;

II.-El niño que tiene hambre debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser curado; el niño retardado debe ser estimulado; el niño extraviado debe ser llevado al buen camino; el huérfano y el abandonado deben ser recogidos y auxiliados.

III.-El niño debe ser el primero en recibir auxilios en tiempos de calamidad.

IV.-El niño debe ser puesto en condiciones de ganar su vida y debe ser protegido contra toda explotación.

V.-El niño debe ser educado en el sentimiento de que sus mejores cualidades tendrán que ser puestas al servicio de sus hermanos.

He aquí expuesto sólo en cinco puntos escuetos, todos los problemas de la niñez. Parecen sencillos, pero su aplicación exige el estudio de las situaciones de hecho, del funcionamiento de las Instituciones, de los problemas de toda clase con el fin de llevar a cabo la protección general de la infancia.

Esta labor inmensa que realiza la Unión Internacional de Socorro a los niños, según datos de 1941, mediante cuarenta organizaciones, con miembros asociados en 27 países, manteniendo relaciones en todos los continentes de la tierra, mediante misiones, de organización y viajes de estudio y de colaboración, y delegaciones permanentes, representada la de Hispano América por la señorita Majorie Duvillard, persona inteligentísima quien hace muy pocos meses visitó Bogotá y algunas dependencias de esta misma Facultad de Medicina.

La Unión Internacional de Socorro a los niños trabaja mediante el funcionamiento de sus tres secciones:

1) *La Sección Médica*, que corresponde a la Asociación Internacional de Pediatría preventiva que tiene por objeto estudiar los males que amenazan al niño en su desarrollo físico, ocupándose al mismo tiempo de la Medicina preventiva de la infancia, de la formación y perfeccionamiento técnico de los médicos pediatras y de su colaboración en lo referente a la asistencia de la infancia.

2) *La Sección de Socorro Práctica*, que se ocupa principalmente de la distribución de los alimentos, organización de cantinas etc. y

3) *La Sección Social*, presidida por el Profesor Pierre Bovet, espíritu apostólico, antiguo profesor mío en Ginebra y por mi compañera de estudios Madame Loosli - Usteri. Esta importante sección tiene por actividad la protección de la infancia en el aspecto moral, elaboración de un programa de reconstrucción después de los acontecimientos actuales, hecho a base de estudios y encuestas sobre las repercusiones que la guerra ejerce en la Institución familiar, (huérfanos, niños abandonados, hijos de prisioneros), sobre la influencia de la guerra en la delincuencia infantil, sobre el estado mental de los niños después de la guerra, influencias éstas sobre la vida escolar y profesional de niños y adolescentes etc., etc. Programa vastísimo como se ve, pero de interés excepcional para todo el que se sienta llamado a contribuir, aunque sea en mínima parte, en obtener mejores condiciones de vida para las generaciones futuras.

Aparte de esfuerzos aislados en siglos pasados precursores del ingente movimiento actual, tales como el de los llamados *Toribios* en España y otros en Bélgica, en el siglo pasado, realizados en favor de los niños moralmente abandonados, puede decirse que a partir de 1913 en que se celebra el primer Congreso Internacional de Protección a la Infancia y se crea en Bruselas el Bureau International de Protection de l'enfance es cuando realmente se organiza esta humanitaria labor. A ella se asocian con vivo interés todas las naciones europeas con instituciones propias. En España estaba centralizada esta labor en el Consejo Superior de Protección de la Infancia en el cual tuvimos el honor de colaborar durante los últimos cinco años que vivimos en nuestra patria.

Poco después de terminar la antes llamada Gran Guerra, que ahora ya ha pasado a la categoría de Primera Guerra Mundial, como iniciación de no sabemos qué serie, es decir hacia

1920, por todas partes se sintió la necesidad de ocuparse de la infancia de un modo o de otro, a consecuencia principalmente del macabro espectáculo de los niños hambrientos de Rusia, en el que tan decisiva intervención tuvo la venerable figura de Nansen, y del aumento constante de la delincuencia infantil. Por aquel entonces se observó intensificación general de todas las obras de Protección a la Infancia

También en tierras americanas es ya antigua relativamente la preocupación por estas cuestiones. El alto concepto que se concede al niño en una democracia auténtica, como dice el Dr. Julio Bauzá, presidente del Consejo del Niño del Uruguay, explica que varios presidentes de América del Norte hayan reunido en la Casa Blanca de Washington a las personas más altamente conceptuadas para discutir los problemas convenientes al mejoramiento moral y material de los niños. En 1909 tuvo lugar en Washington, la primera conferencia de la Casa Blanca, convocada por el presidente Teodoro Roosevelt en la que se decidió crear una oficina "Para realizar investigaciones acerca de *todo* asunto relacionado con el bienestar infantil". Esta oficina, creada en 1912 es el Children's Bureau, primer organismo oficial en el mundo de protección integral a la infancia. Y en 1930, en una nueva conferencia convocada en la Casa Blanca, se hace otra declaración mucho más detallada que la de Ginebra, en la que se recogen todos sus puntos y que aunque es un poco larga considero oportuno reproducir íntegramente. Dice así:

"La Conferencia convocada por el Presidente Hoover de la Casa Blanca, sobre la salud y protección del niño, reconociendo que los derechos de la infancia son los más primordiales de la ciudadanía, proclama y hace suyos los siguientes fines respecto de los niños de América:

1) Para todo niño, enseñanza espiritual y moral que lo sostenga firme en las vicisitudes de la vida.

2) Para todo niño, comprensión y respeto de su personalidad como su más precioso derecho.

3) Para todo niño, un hogar con el amor y seguridad que él procura; y para el niño huérfano de los primeros cuidados, procurarle lo que más se aproxima al propio hogar.

4) Para todo niño amplia protección para su nacimiento, recibiendo su madre asistencia prenatal y postnatal a fin de que el alumbramiento sea feliz.

5) Para todo niño, protección de su salud, desde el nacimiento hasta la adolescencia inclusive ésta; exámenes médicos periódicos, y cuando lo necesite, asistencia por especialistas y tratamiento en un hospital; exámenes dentales regulares y cu-

ración de las afecciones de los dientes; medidas protectoras y preventivas contra las enfermedades infecciosas; garantía de alimentos sanos, leche pura y agua pura.

6) Para todo niño, hasta su adolescencia, estímulo de su normal desarrollo, educación higiénica, métodos adecuados y recreaciones físicas y mentales sanas, con maestros y vigilantes bien preparados.

7) Para todo niño, morada en un lugar salubre, con condiciones de seguridad y de tranquilidad, libre de todo aquello que pueda perjudicar su desarrollo y un ambiente de hogar, hecho de armonía y de espiritual enriquecimiento.

8) Para todo niño, una escuela libre de peligros, higiénica, bien equipada con buena luz y ventilación. Para los niños pequeños, jardines infantiles y escuelas maternas que complementen los cuidados del hogar.

9) Para todo niño, un ambiente social que reconozca sus necesidades y trabajos por satisfacerlas protegiéndolos contra los accidentes físicos, los peligros morales y las enfermedades; que le proporcione seguros e higiénicos campos de recreación y juego y se esfuere por satisfacer sus necesidades culturales y sociales.

10) Para todo niño, una educación que descubriendo y desarrollando sus aptitudes lo prepare para la vida; capacitándolo así mediante esta dirección vocacional para obtener el mayor éxito posible.

11) Para todo niño, una enseñanza y educación que lo prepare para formar un hogar, para la futura paternidad y llegar a ser un buen ciudadano; y para los padres la enseñanza suplementaria que los capacite para resolver los problemas de la formación de sus hijos.

12) Para todo niño, una educación que lo proteja contra los accidentes y peligros a que la vida moderna lo expone, ya directamente o ya de manera indirecta por causar la incapacidad o invalidez de sus padres.

13) Para todo niño ciego, sordo, lisiado e inválido en cualquier otra forma y para el niño mentalmente anormal, procurar el diagnóstico precoz de la incapacidad para instituir el cuidado y tratamiento que puedan volverle un miembro útil a la sociedad, en vez de serle una carga. Los gastos para estos servicios deberán ser hechos por los municipios, cuando no puedan llenarse por la familia o la acción privada.

14) Para todo niño, que se halle en conflicto con la sociedad en vez de rechazarlo como un paria, el derecho a ser inteligentemente cuidado, a cargo del Estado, por medio del hogar, de la escuela, de la Iglesia, de los tribunales de menores o de la

institución más apropiada para reformarle devolviéndolo a la vida normal en la medida de lo posible.

15) Para todo niño, el derecho para desarrollarse en una familia con un adecuado nivel de vida y la seguridad de los recursos estables que lo protejan contra las desventajas sociales.

16) Para todo niño, protección contra los trabajos nocivos que puedan impedir su desarrollo físico y mental, que limiten su educación y que lo priven de su derecho a la camaradería, al juego y a la alegría.

17) Para todo niño, del campo, buena escuela y vigilancia de su salud al igual que para el niño de la ciudad y extensión de las felicidades de la vida social recreativa y cultural a las familias rurales.

18) Para todo niño, complementar la labor de la familia y de la escuela en la educación de la juventud devolviéndoles aquellos intereses y actividades que la vida moderna tiende a quitarles, estimulando la extensión y desarrollo de las organizaciones juveniles voluntarias.

19) Para ser efectivo en todas partes este minimum de protección al niño, deben existir en cada municipio condado o distrito, organizaciones encargadas de vigilar su salud, educación y bienestar a cargo de funcionarios que les dediquen todo su tiempo conforme a un amplio programa estatal correspondiente al servicio nacional de información estadística e investigaciones científicas. Estos organismos comprenderán: a) funcionarios de salubridad pública especializados y dedicados exclusivamente a esta actividad, enfermeras de salud pública, servicio de inspectores sanitarios y laboratorios. b) camas disponibles en los hospitales. c) permanente y amplio servicio público para auxiliar y guiar a los niños que necesiten especial ayuda, ya sea por pobreza, desgracia o dificultades de conducta y para la protección de la infancia contra los abusos, abandonos, explotaciones y peligros morales.

Estos derechos son para todos los niños, independientemente de toda consideración de razas, de color o de situación, donde quiera que vivan bajo la protección de la bandera americana".

El movimiento se extiende a toda hispano-américa especialmente a partir del año de 1930, aunque ya en 1919 se habían celebrado dos congresos americanos del niño en Montevideo y en 1927 el Ministerio de Instrucción Pública del Uruguay crea el Instituto Internacional Americano de protección a la infancia, con sede en Montevideo, al que poco a poco se van adhiriendo todos los países hispano-americanos, el último hasta

ahora según información reciente la República del Salvador en 1944.

Uno de los países más avanzados en estas materias en el continente es el Uruguay, donde como ya vimos se ha reducido notoriamente la mortalidad infantil, en donde existe desde 1934 un Consejo del Niño que trabaja intensamente y ha redactado en 1944 el código del Niño que gracias al Dr. Berro, figura prestante en estas preocupaciones, ha dado al niño uruguayo los siguientes derechos: 1) Nacer sano; 2) Ser alimentado por su madre; 3) Conocer a sus padres; 4) No ser abandonado; 5) Vivir en un hogar bien constituido; 6) Crecer y desarrollarse bajo la vigilancia médica 7) Ser bien instruido; 8) Ser educado; 9) Ser juzgado como niño; 10) Ser protegido en el trabajo.

En el Brasil desde 1927 tienen ya Código de Menores y se ocupan de los niños en la primera infancia, de los niños expósitos, de los menores abandonados, de los menores delincuentes etc., y tienen organizado un Consejo de Asistencia y protección a los menores.

En Chile desde 1929 se siente la necesidad de la asistencia al niño abandonado con la preocupación de llegar al ideal de la supresión del sistema de asilo, que "encierra al niño y lo aleja totalmente de las realidades de la vida, haciendo de él un número del gran rebaño humano que allí se cobija, destruyendo en los niños iniciativas y atrofiando la personalidad hasta extremos insospechados", como dice el profesor Luis Calvo muy acertadamente. En 1934 se funda el Consejo de Defensa del Niño y se pide que se le conceda carácter de verdadero organismo técnico de protección a la infancia, dotándole de atribuciones suficientes, no sólo para elaborar programas, sino también para llevarlos a la práctica concediéndole autonomía y autoridad, y otorgándole además los recursos necesarios, para que su obra llegue a ser efectiva cuanto antes. En 1942 se funden en un solo organismo todas las actividades del estado para la protección de la infancia.

En Costa Rica rige el Código de la Infancia desde 1932 en el que se trata de la protección a la maternidad, asistencia a los menores abandonados, protección, defensa moral y trabajo de los niños entre otras cosas.

En el Perú a partir de 1933 tienen en vigor el Código de menores con los siguientes servicios: prenatal, infancia, adolescencia y trabajo, higiene, educación. En 1943 tiene lugar en Lima el primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia en el que entre otros trabajos de gran interés, el director del Instituto Nacional del Niño, Dr. Salcedo, al tratar de la asisten-

cia social manifiesta "que el altísimo porcentaje de ilegitimidad, la frecuencia de la deserción paternal demostrada en el servicio de asistencia al recién nacido donde se ha comprobado que el 20% de las madres que van a la maternidad han sido abandonadas por el padre del niño acabado de nacer, la falta de responsabilidad de los padres etc., está indicando que es el grupo familiar al que hay que rodear de garantías para atacar la causa fundamental de la miseria y abandono de tantos niños.

En Venezuela, la verdadera preocupación por los problemas de protección a la infancia empezó en 1936 en que se crearon el Consejo Venezolano del Niño que tiene comisiones técnica prenatal, de maternidad, de primera y segunda infancia, de adolescencia y trabajo, higiene, servicio social sección jurídica, estadística y propaganda; y el Instituto Nacional de Puericultura que se ocupa de todo lo relativo a la higiene del niño desde el período prenatal hasta su entrada en la edad escolar. Según el Dr. Pedro J. Alvarez, en su muy interesante libro sobre la higiene social en Venezuela, el primer congreso venezolano del niño celebrado en 1938 dió por resultado, mayor acercamiento de los científicos venezolanos, hacia el problema del niño en forma integral. El muy reputado y conocido Dr. Vegas Sánchez presentó en él un plan de protección, relativo a la infancia abandonada, anormal y delincuente, plan que tiene por base una casa central de observación, institución de especial interés muy utilizada en Europa, donde los niños son sometidos a un detenido estudio del que se deduce el tratamiento ulterior que les corresponde.

El Ecuador promulga su Código de menores en 1938 y su asistencia se dirige principalmente a la primera infancia.

Y así poco a poco todos los países van organizando sus servicios y evolucionando cada vez más hacia lo que el Dr. Berro del Uruguay llama, Organización Estatal de Protección a la Infancia y que opina, con su gran experiencia, que debe estar cimentada entre otras sobre las siguientes bases: ser integral, es decir que abarque todos los problemas del niño, higiénicos, jurídicos, educativos, sociales etc.; que abarque todo el período de la vida de los menores desde su gestación hasta la mayor edad, es decir, la vida intrauterina, el lactante, el preescolar, el escolar, la pubertad, la adolescencia, la iniciación del trabajo, etc; conceder importancia a la cooperación privada, debiendo todas las obras particulares, ser orientadas, estimuladas y controladas por el organismo oficial único; colocar al niño en capítulo destacado en la nueva legislación social y organizar ampliamente el servicio social. En el Uruguay buscan como solución la unidad de estudio, la unidad en la legis-

lación y unidad en la acción para conseguir la organización integral de protección a la infancia también con unidad de dirección, forma en que ya existen organismos como Children's Bureau en los Estados Unidos, la Opera Maternità e Infanzia en Italia, el Consejo del niño en el Uruguay, la Dirección de Maternidad e infancia en la Argentina etc., etc.

De Colombia preferimos no ocuparnos en este momento por estar preparando en colaboración con mis alumnas de la Escuela Superior de Enfermeras, un trabajo como síntesis del año, sobre este tema y además porque mis conocimientos actuales sobre protección de la infancia en este país, seguramente son mucho más incompletos que los de las personas aquí presentes. Sabemos que ya hay mucho trabajo realizado y bueno, pero que todavía queda mucho por hacer. Que el Patronato Bogotano por ejemplo se encarga de los niños desde el nacimiento hasta que cumplen 16 años, que existen salas cunas, salas de lactancia, jardines infantiles, granjas infantiles, instituciones tan cuidadas como el "Amparo de Niños" etc. Pero lo más importante de todo es que sabemos de fuentes fidedignas que Colombia se está incorporando al intenso movimiento mundial en favor de la protección de la infancia, no tan solo en su aspecto humanitario, sino también en los aspectos social y científico.

Prueba fehaciente de que el problema de la protección a la infancia, continúa ocupando el primer plano de las preocupaciones del momento, es el hecho de que el nuevo Organismo Internacional, es decir la Organización de las Naciones Unidas (ONU) también lo incluye entre sus tareas, como tan documentadamente lo indicó el Rector Gerardo Molina en reciente conferencia.

* * *

"El niño extraviado debe ser llevado al buen camino", dice como hemos visto, la "Declaración de los Derechos del Niño". "Para todo niño que se halle en conflicto con la sociedad, en vez de rechazarlo como un paria, el derecho a ser inteligentemente cuidado", se dice en la declaración de la Casa Blanca de 1930. La delincuencia infantil constituye pues uno de los problemas que entran de lleno en las actividades de la protección a la infancia. Y aunque siempre se le ha considerado como problema de importancia, en los momentos actuales se presenta con caracteres angustiosos, principalmente en los países que han sufrido la guerra. En la prensa diaria encontramos hace un mes aproximadamente el siguiente comentario: "El Director de la

Oficina de Investigación Federal de los Estados Unidos, ha dirigido a los padres de familia una circular alarmante para pedirles su cooperación en la lucha contra la criminalidad juvenil, que amenaza la sociedad con un porvenir siniestro. Actualmente hay seis millones de criminales de todas las categorías en aquel país. Cada medio minuto se comete una violación de la ley y cada seis minutos un asesinato. El Director cree, que en el hogar es donde principia esta cadena del crimen, considerando como causas principales, la falta de vigilancia, y la indiferencia hacia los hijos".

El ilustre criminalista español don Mariano Ruiz-Funes publica en Méjico en este año de 1946 un documentadísimo y profundo trabajo sobre "La guerra y la delincuencia de los menores" en que se demuestra que en los Estados Unidos el aumento actual de la criminalidad infantil ha aumentado hasta el extremo de producir alarma entre las autoridades, puesto que llegó a crecer en un 50% en 1944, en relación con la cifra de 1943. En Inglaterra, durante el primer año de guerra aumentó sensiblemente la delincuencia de los menores de edad más precoz. En ese primer año de guerra, el número de niños de edad inferior a 14 años delincuentes, subió en un 41% en relación con la cifra en anterior anualidad; la delincuencia entre muchachos mayores de 14 y menores de 17 aumentó en un 22% y sólo en un 5% la de los comprendidos entre los 18 y los 20 años. En los países invadidos por Alemania, también ha experimentado aumentos importantes la delincuencia de los menores; para Bélgica por ejemplo se dan las siguientes cifras: menores de 10 años, aumento de la criminalidad de 135%; menores de 10 a 13 años, aumento del 157%; menores de 13 a 16 años aumento de un 103% y menores de 16 a 18 años aumento del 56%. De estas cifras se deduce que el aumento es mayor en razón opuesta a la edad. Generalmente se piensa que la delincuencia es un problema de la adolescencia porque realmente muchos delincuentes están en esas edades, pero también se encuentran conductas antisociales en los años de la infancia, como lo han demostrado en un estudio publicado en 1936 el Dr. Healy y Augusta Bronner, especialistas muy conocidos en América sobre problemas de delincuencia infantil, en el que se ha encontrado que el 48% de los casos, ocurren a los 8 años o antes y sólo el 22% entra en la actividad delincuente después de los 12 años incluso en tiempo normal.

Y de todas estas cifras se deduce también que si el problema de la delincuencia infantil siempre ha sido importante, en estos años de crisis moral universal, su importancia se ha acrecentado en progresión geométrica.

Sus causas son varias. Antes se creía que la depravación era innata, que existía el tipo de criminal nato de Lombroso. Hay quien sostiene que en cierto grado no es del todo falsa esa teoría y se habla de niños que han tenido que nacer con lo que se ha llamado imbecilidad moral y que por lo menos la posibilidad de elegir, implica tendencias nativas a inclinarse hacia la moralidad o a la inmoralidad, y además es cierto que existen personas más predispuestas que otras a la delincuencia o al crimen, incluso entre miembros de una misma familia que tienen la misma herencia y viven en el mismo medio. Pero ante la derrota general de la doctrina de las tendencias criminales innatas, hay que pensar, que existen otros muchos factores que condicionan la conducta humana y así lo que es buen ambiente para una constitución y temperamento, puede no ser provechoso para otra y depender de alteraciones glandulares, aunque todavía no se sepa de modo cierto qué glándulas o glándula son directamente responsables de la conducta antisocial.

También se ha dicho comúnmente que la conducta delincuente se debe a mentalidad inferior, pero este factor se ha considerado como mucho menos significativo que lo que se había pensado en un principio. Mientras algunos psicólogos mantenían que del 30% al 90% de los criminales son deficientes mentales, los porcentajes que se encuentran más frecuentes están alrededor del 15%. En un estudio de cuatro mil delincuentes infantiles, reincidentes todos ellos, no se encontraron deficientes más que el 13%. El Dr. Healy ha llegado incluso a decir, que si se encuentran más anormales mentales entre los delincuentes, es porque es más fácil descubrirlos y detenerlos.

Entre otros factores se citan la locura, las personalidades epilépticas, psicópatas, las drogas, el alcoholismo etc.

Los delincuentes no constituyen peculiar sección en la naturaleza humana. Difieren entre sí mismos como con los que no son delincuentes; pero según otro estudio muy importante de Healy y Bronner sobre la historia personal de los niños delincuentes y no delincuentes, existe como característica común encontrada en el 92% de los menores de conducta antisocial, el que todos presentan profundas alteraciones emocionales. En el mismo trabajo se citan como rasgos más acentuados en los delincuentes, hiperactividad, inestabilidad; muy marcadas tendencias dominantes, sentimiento de inferioridad. Los no delincuentes en cambio, presentan mayor tendencia a la sumisión y control emotivo normal. En el mismo trabajo se encuentra que la escolaridad, es tal vez el rasgo que más deficiencias acusa, expresado principalmente por fallas exce-

sivas, marcada aversión a la escuela, bajo rendimiento, e incluso autocomprensión de resultar persona poco grata a maestros y compañeros.

Entre los factores que contribuyen a la delincuencia infantil cada día se concede mayor importancia al ambiente y está comprobado que en muchos casos las causas son exclusivamente ambientales.

Una de las causas, la pobreza, aunque no de las más importantes, ni única puesto que no todos los hijos de los pobres son delincuentes, ni todos los delincuentes son hijos de pobres, puede coadyuvar sin embargo en la conducta antisocial. Desde luego es un hecho que los niños que viven en ambiente muy pobre, a causa de la tristeza habitual del hogar, sufren consecuencias a veces funestas para toda su vida.

Privados de todo placer, generalmente estos niños tienen ansia de dinero y las niñas de lujo. En las grandes ciudades los hijos de las clases más pobres viven abandonados a sí mismos, no tienen sitio donde jugar, y hacen la vida en plena calle expuestos a toda clase de peligros entre otros el de las malas compañías. Esto está dicho de manera muy expresiva en una contestación de un niño a una encuesta hecha por Alice Descoeur sobre "lo que piensan los niños de la riqueza y la pobreza". Un niño de 13 años dice así: "es malo ser pobre, porque al volver de la escuela los niños piden pan, la madre dice que no tiene y los niños se van a la calle para olvidar el hambre". Otro niño habla de los sufrimientos en el hogar pobre en esta forma: "La madre tiene el genio agriado por la desgracia y la pobreza; siempre está cansada y enfadada y pega a sus hijos por cualquier cosa; los niños siempre tienen miedo; a veces falta la comida y por la noche no hay luz".

La desintegración de los hogares, como la pobreza, puede considerarse como causa coadyuvante de la conducta antisocial. En un estudio de 88 muchachos delincuentes sólo una tercera parte vivía con sus padres, y según otros estudios más extensos sobre las relaciones familiares de estos niños, parece ser que más del 50% tienen hogares irregulares y frecuentemente la conducta antisocial está inspirada por los propios padres. Recuerdo a este respecto el caso de un niño de 12 años, que después de haber sido examinado en la Clínica de Conducta del Tribunal Tutelar de Menores de Madrid vino un día llorando a pedirme que lo internara en algún sitio porque "señorita, me dijo, yo quiero ser honrado y en mi casa no puedo".

El hecho del abandono familiar o de los padres, claramente revelado en los estudios estadísticos de Healy y Bronner, se ha comprobado en numerosos trabajos hechos por psi-

coanalistas y psicólogos clínicos. Pero sin embargo, hasta muy recientemente no se le ha concedido a este factor, la importancia que realmente tiene en la producción de la delincuencia infantil y posiblemente de la conducta criminal ulterior.

Otro hecho que parece evidente, es que las malas compañías pueden servir como agente inductor, como puede serlo también, el cine, la prensa que adorna los relatos novelescos de la conducta antisocial, haciendo héroes de criminales comunes y actuando de estimulante, en criaturas predispuestas. Esta acción desmoralizadora de la prensa constituye objeto de interés especial en toda campaña de higiene mental y cada vez se hace sentir más la necesidad de intensificar estas luchas preventivas.

En la delincuencia infantil, prevenir es mejor que curar; la prevención se debe hacer desde la primera infancia sin esperar a que la conducta delincuente se manifieste ya por vía de hechos. Desgraciadamente se ha comprobado que los métodos reeducativos no siempre son efectivos; se ha visto por ejemplo que entre 675 casos de delincuencia infantil sólo el 45% respondieron al tratamiento. Por eso, cada vez adquiere más importancia la opinión de que muchas delincuencias son el resultado de modalidades de la conducta demasiado profundamente arraigadas para que puedan ser rápida y fácilmente arrancadas. Como ya tantas veces hemos repetido, los tres o cuatro primeros años de la vida son los más plásticos y gran cantidad de estudios, sugieren que los hábitos adquiridos durante esos primeros años son mucho más difíciles de cambiar, que los que se adquieren en períodos posteriores del desarrollo. La reeducación pues, tiene que ser profunda, comprensiva y prolongada para poder intentar desarraigar esos hábitos.

Pero además, existe otro inconveniente mucho mayor, que consiste en que los sistemas de reeducación al uso, no son siempre eficaces porque el sistema de asilos y reformatorios es francamente inconveniente para decirlo con suavidad. Mirabeau decía que "el amontonamiento de los hombres, como el de las manzanas engendra la podredumbre". Imagínese el que pueda lo que significa para un pobre niño vencido por azares de la vida, entrar en una institución donde todo es hosco y repelente, y el atentado que supone para la dignidad humana, una cabeza rapada.

Mi experiencia personal en un asilo la describí en un artículo sobre "Los niños españoles en tiempo de guerra". Como no es muy largo lo escrito, prefiero transcribirlo:

"Por mi calidad de Psicólogo de la Clínica de Conducta del Tribunal Tutelar de Menores de Madrid, desde el princi-

pio de la guerra estuve en todo momento en estrecha relación con el Consejo Nacional de Protección a la Infancia, siendo esta la causa de mi primera intervención cerca de los niños. Un gran asilo, situado precisamente al extremo de un barrio de Madrid que bien pronto se convirtió en campo de batalla, quedó sin elementos directivos en los últimos días de julio de 1936. Allí fuimos para hacernos cargo de 600 niños y niñas y 400 ancianos de ambos sexos. Gracias a la infatigable colaboración de personal improvisado, pero lleno de espíritu y entusiasmo pudimos hacer frente a los problemas de toda índole que a cada instante se planteaban. Y aún tuvimos tiempo para ir observando las diferentes reacciones de todo aquel "pequeño mundo". Al principio fué sorpresa y desconfianza lo que encontrábamos por todas partes; después, al ver que no éramos tan malos y que el castigo no llegaba, pasaron al extremo contrario y se declararon en franca rebeldía y atrevimiento. Por lo visto, no había nada que temer. Tanto en una como en otra fase, nuestra "política" se limitaba a resolver con el mayor cuidado todas las cuestiones de índole material, reglamentación de comidas, horas de sueño y trabajo, participación directa y equitativa de las frutas de la huerta etc., y procurar crear por todos los medios una atmósfera de autoridad y confianza. Por fortuna se obtuvo plenamente. Quizás por deformación profesional caímos en la manía de considerar que los niños son todos unidades independientes diferentes entre sí, con sus peculiaridades y complejidades propias debidas a muchas causas, y a pesar de las dificultades del momento, nos entregamos infatigablemente a la tarea de hablar con cada uno de ellos individualmente, anotando en fichas sus características. Así nos enteramos de que había niños atacados de tracoma que fué necesario aislar en pabellones independientes; así encontramos a los "cabecillas" de la insubordinación y los convertimos en colaboradores nuestros, invistiéndoles de autoridad ante sus compañeros, con sendos brazaletes de diversos colores, según los cargos, que ostentaban dignamente y tenían además la virtud de actuar de vigilantes de su propia conducta y así también sufrimos intensa emoción cuando al hacer sentar, como a todos, junto a nuestra mesa a uno de los niños para hablar con él, le vimos ponerse intensamente pálido y desmayarse. Convenientemente cuidado en la enfermería, dos días después, en una de nuestras numerosas visitas, el niño en cuestión, nos abrazó súbitamente y con los ojos arrasados en lágrimas nos dijo las siguientes palabras difíciles de olvidar: "Señorita tengo doce años y Ud. es la primera persona en mi vida que me ha hablado con cariño". . . . Medi-

ten sobre ellas los encargados de inclusas, asilos e instituciones que tienen como misión cuidar, proteger y "comprender" a los niños abandonados". . . .

La escuela es un sitio estratégico para atacar el problema de la delincuencia. Un sistema escolar que pueda utilizar las aptitudes de todos los niños, puede ser un buen preventivo de la delincuencia. Entre otras medidas preventivas pueden ser útiles la vigilancia sanitaria, la orientación profesional, la organización de campos de juego, clubs para muchachos, las actividades de los exploradores, el estudio del empleo de las horas libres para procurar su mejor utilización, teniendo en cuenta, que la recreación constituye elemento esencial en la vida del niño y del adolescente, que permite hacer un ajuste entre el tipo de vida que la gente está forzada a vivir y el que realmente quisiera, y por ello puede producir la satisfacción de los más hondos deseos humanos.

El Tribunal de Menores, llamado en España Tribunal Tutelar de Menores, para suavizar desde el nombre su actuación, tiene su origen en Chicago en 1899, y en 1912 se instituye en Bélgica el primero en Europa. Según Miss Julia C. Lathrop, primera directora de la Oficina del Niño de Washington, la contribución más importante del Tribunal de Menores es "hacer visible al niño". En el Tribunal de menores la actitud del juez no puede ser de castigo, sino de comprensión y reforma. Y se ha visto que da buenos resultados, el considerar que la primera infracción debe conceptuarse como una especie de accidente, debido a la combinación de circunstancias que se puede confiar en que no se repetirán, dando un margen de confianza al niño. En Madrid después de una conversación amistosa con el juez, el menor pasaba a la llamada Clínica de Conducta que funcionaba como primer organismo de este tipo en España en el propio edificio del Tribunal. En la Clínica trabajábamos por separado dos médicos, uno psiquiatra, otro endocrinólogo, una enfermera social y quien os habla en este momento en funciones de psicólogo. Recogidos los datos necesarios diariamente celebrábamos reuniones en las que se estudiaba cada caso y se proponía al juez el tratamiento más indicado.

Estas Clínicas de Conducta desde la acertada fundación por Witmer, en 1896 de la primera Clínica se han extendido actualmente por el mundo entero. Las principales investigaciones del Dr. Healy y la Doctora Bronner se han llevado a cabo en la Child Guidance Clinic aneja al Juvenile Court of Chicago (1909). En Europa la más antigua es la de Ginebra fundada por Claparede como Consultation Medico-Pedagógica.

que, en 1912 que sigue funcionando en la actualidad, examinando niños enviados por la familia, la escuela, a causa de retraso mental, alteraciones del carácter, de la conducta, mentiras, robos, fugas, etc. En Viena el Dr. Adler crea en 1920 este tipo de consultas que obtienen enorme éxito.

Estas Clínicas de Conducta, Médico-Pedagógicas, de orientación, o con otro nombre cualquiera, han obtenido grandes resultados en todas partes. La forma actual más extendida es la que comprende tres secciones: psiquiátrica, psicológica y la de servicio social. En Madrid, como hemos dicho, colaboraba también un médico endocrinólogo y pudimos comprobar, que sus informaciones resultaban siempre de excepcional interés para la explicación de casos de difícil interpretación en su conducta antisocial. Por todas partes se ha encontrado y reconocido cada vez más que el mejor sistema para prevenir los problemas del crimen y conductas antisociales, era acercarse al criminal en potencia en las primeras etapas de su desarrollo y tratarle mediante nuevos métodos de comprensión psicológica y adaptación social. Y además está perfectamente demostrado que desde que los Tribunales de Menores utilizan los servicios de estas Clínicas, se han logrado métodos mejores de rehabilitación de los jóvenes delincuentes.

Claro que nos referimos a tiempos normales. En el futuro habrá que intensificar cada vez más su actuación para poder hacer frente al sombrío panorama que nos profetiza la autorizada voz del profesor Ruiz-Funes cuando dice: "La moral política de los regímenes totalitarios ha creado sujetos inadaptados a un medio social normal, proyectando sobre ellos un destino criminológico que pesará como una carga dramática sobre varias generaciones". También da como argumento de gran importancia "que en la etiología de la delincuencia hay actualmente un factor nuevo de excepcional gravedad, que no dejó sentir su peso en la lucha pasada y que ahora habrá de gravitar sobre el futuro criminal del mundo de manera abrumadora. Nos referimos a la educación recibida por los niños en los países totalitarios. Ziemer la ha llamado con acierto, la educación para la muerte, para matar y para morir, fundada en un desprecio por la propia vida, que se proyecta lógicamente sobre las vidas ajenas". Y como final de su trágica profesía añade: "La corrupción moral de la infancia en esos países dará amargos frutos. El futuro frente criminal será terrible. El menor y el adolescente del porvenir sufrirán el contagio de los de esos países aun cuando se hayan formado en climas libres".

Tanta importancia se ha concedido en estos últimos tiempos al estudio de la delincuencia infantil, que los psiquiatras decidieron tratar en su Primer Congreso Internacional de Psiquiatría, celebrado en París en 1937, ~~de~~ temas relacionados con estos problemas, llegando a aprobar las siguientes conclusiones:

- 1) Fundación de una Sociedad Internacional de Neuropsicopatología Infantil;
- 2) Obligación de hacer un examen médico-psicológico sistemático de todos los niños delincuentes en un Centro especializado;
- 3) Colaboración médico-pedagógica en todos los centros de reeducación y perfeccionamiento que se dediquen a los niños deficientes y psicopatas;
- 4) Creación de una comisión consagrada al establecimiento de instrumentos de medidas internacionales, y
- 5) Estudio riguroso y científico de las condiciones sociales de la delincuencia.

Pero todos estos estudios y preocupaciones científicas pierden su valor mientras no se llegue a la transformación completa del sistema de reformatorios, asilos e instituciones, que por falta de medios económicos y estímulo ciudadano, no pueden cumplir con su misión de tan elevado valor social.

Todavía puedo exponerles un ejemplo de experiencia personal pequeña demostración por lo limitado del ensayo, de las enormes ventajas que ofrece una pedagogía de confianza con estos pobres seres descarriados de la vía normal de la conducta.

Es otra experiencia de guerra. "Los acontecimientos se precipitaban en Madrid con ritmo acelerado. La vida escolar estaba prácticamente en suspenso, las familias se disgregaban; los hombres abandonaban los hogares para defender su pueblo y las mujeres para hacer colas interminables en busca de alimentos. Y los niños;... en su gran mayoría se sentían en completa libertad que podía en muchos casos convertirse en libertinaje. Era pues urgente, evitar en lo posible la formación de aquellas bandas de Enfants Terribles que tanto dieron que hacer en la Rusia de la gran guerra del catorce y de las que ya se ha hablado en la Francia actual.

Con ese fin se organizó rápidamente una Casa-Escuela de Reeducción en un hotelito de un barrio madrileño tranquilo y apartado. Deliberadamente se huyó del nombre poco piadoso de *Reformatorio*. Y sin embargo tenemos la orgullosa convicción de haber obtenido la "reforma" de aquellos niños de conducta irregular y a veces francamente peligrosa. Pero también tenemos, es preciso confesarlo, profundo remordimiento por no llevar hasta el fin la obra con tanta ilusión empezada. Aquellos pobres adolescentes creyeron en nosotros y los hemos abandonado. Dónde estarán ahora? Qué pensarán de las promesas del sonriente porvenir que les ofrecíamos a cambio de su confianza en nosotros? . . . Quizá sea esta la cadena que más nos pesa en el destierro.

Pedagógicamente hablando el éxito se prometía rotundo. Se buscaron los peores casos de cada barrio. Niños difíciles, ya delincuentes algunos, reincidentes varios. Tras una larga charla amistosa sostenida con cada uno de ellos en la que se les probaba que estábamos al tanto de sus pasadas fechorías, se les llegaba a convencer de que nadie más en la Casa las conocía. Era pues absolutamente necesario portarse bien en todo momento y no despertar la menor sospecha. Las puertas de la casa y jardín, permanecían día y noche abiertas, así pues podían salir cuando se cansaran de estar allí. Ahora bien, una vez abandonada la Casa-Escuela por su propia voluntad nunca más podían volver a ella. De este modo se les ofrecía amplio margen de confianza y libertad. Se les creía capaces de ser "buenos"; era posible para ellos una rehabilitación sin tener que pasar por la humillación del perdón. Al mismo tiempo se les ofrecían variadas formas de actividad en las que podían tomar parte libremente, pero como era natural recomendándoles la continuidad en el esfuerzo: organizando su vida, despertando en ellos intereses nuevos, creando afectos, espíritu de solidaridad, haciéndoles sentir las ventajas colectivas del buen comportamiento individual.

Los resultados no se hicieron esperar; nadie se escapaba, no faltaba un céntimo, aunque intencionadamente siempre hubiera algunas monedas al alcance de cualquiera; existía compañerismo perfecto entre profesores y alumnos".

Día tras día vemos en la prensa de Bogotá el llamamiento angustioso y la demostración de los esfuerzos inteligentes y continuados de las personas abnegadas, que dedican sus afa- nes a los problemas de tristes niños, desamparados y de con-

ducta difícil. El momento es crítico; la delincuencia infantil ha aumentado en todo el mundo; la edad de la población criminal es más baja; la guerra ha agregado nuevos factores en la delincuencia infantil, por eso es necesario intensificar el interés por la corrección acertada y principalmente por las medidas de prevención. Pensemos que del niño feliz sale el ciudadano libre y el ejemplo más ilustre lo tenemos muy cercano. Un historiador de la familia de Roosevelt escribe: "En una larga serie de biografías de los presidentes americanos se busca en vano la historia de una infancia tan serena y segura como la que gozó Franklin Delano Roosevelt. Acaso ese secreto de su ininterrumpida batalla por el bienestar social de todos americanos, podría encontrarse en la comodidad y holgura de su amparada juventud".

Y para terminar copiamos para que quede como meditación, las palabras de Jacques Maritain: "Mientras las sociedades modernas segreguen la miseria como producto normal de su funcionamiento, no habrá reposo para un cristiano...."

CONCLUSIONES, MOCIONES Y OPINIONES APROBADAS
POR EL PRIMER CONGRESO INTERAMERICANO DE MEDICINA
REUNIDO EN RIO DE JANEIRO EN SEPTIEMBRE
DE 1946.

1ª SECCION — ASISTENCIA Y ORGANIZACION
HOSPITALARIAS

(Conclusiones leídas por el señor Teófilo de Almeida):

1) Que todos los esfuerzos sean hechos con el fin de promover la buena voluntad, el entendimiento y la cooperación entre todos los hospitales de las Américas por medio de contacto estrecho, tal como congresos, cursos y viajes de estudio, llegando así a un mayor intercambio de informaciones en beneficio de la administración hospitalaria.

2) Que se le dé especial importancia al Patronato de los Hospitales de todo el país, en otras palabras, mayor uniformidad de planificación y construcción, de equipos, de organización y métodos de acuerdo con las normas establecidas por el Patronato Hospitalario de los Estados Unidos y del Canadá. El progreso de los Hospitales de cualquier país reposa en éstos principios.

3) Que, en cuanto sea posible y practicable, todos los países de las Américas adopten la nomenclatura de las Enfermedades y de las Operaciones usada en los Estados Unidos, con las adaptaciones necesarias en cada país.

4) Que, hasta donde sea posible y practicable, se establezca uniformidad en las fichas médicas de tal manera que se puedan tener estadísticas valiosas y para fines comparativos. Esta medida con la terminología uniforme de las enfermedades será del mayor auxilio para el progreso de la Medicina científica.

5) Que sean creados anexos a los Ministerios o Departamentos de Salud Pública Federal o Estatal, el Servicio Asistencial y Hospitalario en los países americanos que no los tengan.

6) Que los Directores o Jefes del Servicio Asistencial y de Organización Hospitalaria, y que los Directores de los Hospita-

les Civiles y Gubernamentales sean especialistas reconocidos en Organización y Administración Hospitalarias, y que siempre que sea posible tengan el certificado de un curso autorizado.

7) Que todos los terrenos o edificios que se destinen para la construcción de Hospitales, no puedan iniciar sus obras sin la autorización del Servicio de Asistencia y de la Organización Hospitalaria o Estatal, quienes deben aprobar los planos del proyecto definitivo del Hospital que se pretenda construir.

8) Que ninguna obra de reforma o ampliación de establecimientos hospitalarios o entidades similares pueda ser ejecutada sin que sus planos sean aprobados por el Servicio de Asistencia y Organización Hospitalarias.

9) Que para establecer las mejores normas de edificaciones hospitalarias modernas, conviene que estén de acuerdo con las disposiciones de Hospitales.

10) El Congreso recomienda la instalación, siempre que sea posible, de habitaciones particulares preferentemente a habitaciones colectivas.

11) Que sean creados cursos oficiales y particulares, nacionales o regionales, de organización y administración hospitalarias, del tipo de los ya existentes en los Estados Unidos y en el Brasil.

12) Es necesario adoptar una clasificación general sobre instituciones hospitalarias así como una terminología hospitalaria y para-hospitalaria uniformes a fin de que la legislación y la terminología empleadas sean comprensibles para todos.

12) El Congreso reconoce que no debe existir en el Hospital Moderno una medicina y una cirugía diferentes para el rico y para el pobre.

13) El Hospital moderno debe ser un centro de salud, de medicina preventiva y curativa y centro de estudios médicos y para-médicos.

14) Propone dentro de las posibilidades económicas, el trabajo "full time" de los médicos y de los demás empleados del Hospital.

15) Que sea creado un órgano central para escoger los necesitados de Asistencia Social para-hospitalaria y un fichero central correspondiente.

16) Recomienda que sin limitar los beneficios oficiales de Asistencia Social a favor de las clases indigentes, los Gobiernos, estimulando la iniciativa privada y voluntaria, fomenten y cooperen, técnica y económicamente, con las instituciones particulares reconocidas de carácter filantrópico y no lucrativas, constituidas con fines de Asistencia Social Hospitalaria.

17) El Congreso reconoce y aprecia debidamente la Organización y Administración Hospitalarias como especialidad de finida, que dispone ya hoy en día de numerosa bibliografía y de profesiones hábiles.

2ª SECCION — POLITICA INMIGRATORIA, BAJO EL ASPECTO MEDICO RACIAL

En el carácter de delegado al Congreso hago la siguiente propuesta para que sea presentada en la sesión plenaria (Camillo Fabini):

1) Examen médico de los inmigrantes en el puerto de embarque.

2) El examen comprenderá: Examen clínico, examen roentgenográfico y serológico.

3) El examen será realizado por Laboratorios y Equipos de Médicos Panamericanos, con el fin de centralizar los Laboratorios, los aparatos, etc.

4) Examen médico en los puertos de llegada por la Sanidad Marítima de cada país, como actualmente.

El Primer Congreso Interamericano de Medicina, sin atenerse a ninguna consideración de orden racial, y, solamente, teniendo en cuenta el estado actual de las respectivas educación, cultura y civilización del inmigrante, aconseja a los Gobiernos Americanos dar la preferencia a la inmigración de origen europeo de acuerdo con las conveniencias de cada país.

El Primer Congreso Interamericano de Medicina considerando la importancia de los trabajos científicos desarrollados por los antiguos maestros de todos los países de América, incluye en el acta de sus trabajos un voto de homenaje y agradecimiento a todo cuanto ellos hicieron por el progreso de la medicina continental.

El Primer Congreso Interamericano de Medicina aprueba la insinuación del Presidente de la Delegación de la Argentina, señor Profesor Honorario Doctor David Speroni en el sentido de que sea convocado un Congreso Interamericano de Inmigración, y, de acuerdo con la citada Delegación y con su Gobierno, señala la ciudad de Buenos Aires como sede del Congreso en referencia.

3ª SECCION — MEDICINA Y CIRUGIA DE GUERRA

Organización y funcionamiento de un Servicio de Transfusión de Sangre en la Guerra.

(Tesis oficial presentada por el Dr. Marques Porto, Coronel del Ejército Brasileiro).

CONCLUSIONES

1) Los Servicios de Sanidad Militar deben disponer, en la guerra, de cantidades suficientes de plasma y sangre total para atender a todas las indicaciones en el tratamiento de los heridos.

2) La obtención de plasma seco constituye una conquista singular de las técnicas médicas dentro de todos los progresos realizados en el curso de la guerra de 39-45. Su empleo en la guerra, posible desde los puestos más avanzados, constituye un gran paso en la prevención y en la terapéutica de los estados de shock.

3) De la misma manera, los adelantos alcanzados en las técnicas de recolección y conservación de sangre hacen considerar la transfusión de sangre total conservada como el método de preferencia en la guerra.

4) Las dificultades para disponer de cantidades adecuadas de sangre de los diversos grupos, hace que el grupo O sea de uso general en la guerra.

5) Los nuevos conocimientos adquiridos en la terapéutica de los estados de shock, condujeron a un mejor conocimiento de las cantidades de sangre y de plasma que deben emplearse para reponer el volumen sanguíneo y para restablecer los valores normales de hemoglobina, del hematocrito y de las proteínas plasmáticas y a un conocimiento más exacto acerca de las cantidades de sangre y de plasma de que se debe disponer para transfusiones y, por consiguiente, a una mejor orientación práctica para la organización de los Servicios de Transfusión.

6) Los Bancos de Sangre en los Hospitales de Campañas prestaron valiosos servicios en la última guerra, pero los métodos precarios que se emplearon y el rendimiento limitado enseñan que aquella organización no puede considerarse sino como una solución de emergencia.

7) La organización de Unidades-Base de Transfusión, instaladas en las Secciones de Base de los teatros de operaciones, utilizando los recursos de los Laboratorios Médicos existentes en ellas, representa un tipo de organización eficiente, capaz de asegurar el aprovisionamiento de sangre dentro de los límites de bajas proporcionales a los cuadros de dadores de que pueden disponer.

8) Sin embargo, cuando las operaciones militares activas conducidas con grandes efectivos experimenten grandes bajas,

las necesidades de sangre pueden exceder a aquellas posibilidades y se hace necesario recurrir a Servicios de Transfusión organizados dentro del Ejército Nacional, en la zona del interior, en donde es mayor la afluencia de dadores.

9) El British Army Blood Transfusion Service realiza un tipo de organización de esa naturaleza, que, durante la última guerra, suministra continuamente plasma y solución de cristaloideos a los teatros de operaciones distantes y sangre conservada a las fuerzas inglesas que operaban en el territorio continental próximo.

10) La necesidad de coleccionar, conservar y expedir grandes cantidades de sangre total a los teatros de operaciones distantes representó, en la última guerra, un problema nuevo, que fué resuelto originalmente por el Servicio de Sanidad Norteamericano.

11) Los métodos de conservar empleados con tales finalidades aseguraron un auxilio satisfactorio y buenos resultados finales, pero continúan constituyendo un problema sin resolver y pueden ser susceptibles de perfeccionamiento.

IMPORTANCIA MEDICO-MILITAR DE LA HEPATITIS INFECCIOSA

(Tesis oficial presentada por el Dr. Charles O. Bruce, Coronel Médico del Ejército de los EE. UU.)

1) La hepatitis infecciosa ha sido una enfermedad de importancia médico-militar, y continúa siendo considerada como una causa primordial de indisponibilidad durante la segunda guerra mundial.

2) Aunque se hayan presentado focos aislados en las diferentes estaciones del año, las epidemias militares que aparecieron en climas templados al norte del Ecuador, se desarrollaron al fin del verano y se atenuaron a principios del invierno.

3) Los hombres en edad militar son altamente susceptibles al agente causal de la hepatitis infecciosa, que se considera ser provocada por un virus. La incidencia más alta fué hallada entre el personal militar joven.

4) Las observaciones practicadas entre seis grupos raciales no revelaron afinidad entre susceptibilidades y raza.

5) La intensidad de una hepatitis infecciosa está relacionada directamente con la menor adaptación de los soldados a la vida militar, es decir, con los que no han estado grandemente expuestos a la enfermedad. La incidencia más baja en-

tre la tropa adaptada indica que quienes la integran adquieren cierto grado de inmunidad, proveniente probablemente de formas mudas de la infección.

6) En un ejército en campaña la hepatitis infecciosa ataca más gravemente a los soldados de las divisiones combatientes. Una de las razones de este hecho es que las unidades combatientes presentando proporciones de pérdidas más altas, reciben mayor número de reemplazos que no están bien adaptados o que son susceptibles a la enfermedad.

7) La transmisión del agente infeccioso por el agua bebida está probada. La vía respiratoria, las moscas e insectos hematófagos, son mencionados como medios posibles de transmisión de la enfermedad.

8) Bajo algunas condiciones la administración por vía intramuscular de globulina gama en dosis de 10 c.c., es un medio valioso para producir inmunidad pasiva contra la hepatitis infecciosa. Esta inmunidad puede durar de seis a ocho semanas.

9) La cifra de mortalidad por hepatitis infecciosa es baja, pero la importancia de la enfermedad está ligada al largo período de hospitalización que ella exige — por término medio 62 días — y a la pérdida de hombres para el Servicio corriente.

10) El diagnóstico y el tratamiento precoces acortan el período de indisponibilidad. No se halló ninguna droga específica para el tratamiento de la infección, pero la experiencia de la última guerra demostró que el reposo absoluto en cama con el suministro de drogas nutritivas y manteniendo el balance de los líquidos durante la fase aguda y, después de ésta, vigilando estrictamente las actividades del paciente, se obtienen los mejores resultados.

11) Nuestro conocimiento actual de la hepatitis infecciosa, aunque deficiente bajo muchos aspectos, es suficiente para construir la base de un programa de prevención en las Fuerzas Armadas. Los elementos importantes de ese programa son. Vigilancia y preparación por parte de los médicos militares; cuidadosa aplicación de los principios de higiene de campaña; esterilización apropiada de los instrumentos usados en punciones venosas, y uso adecuado de globulina gama.

4ª SECCION — PREVENCIÓN Y TERAPEUTICA DEL CANCER

“Se recomienda a los Gobiernos la fundación de un Organismo Interamericano que tenga como finalidad: 1) Preparar publicaciones en inglés, portugués, y español, resumiendo los

datos referentes al diagnóstico oportuno, a la prevención y a las posibilidades de curación del cáncer, para que sean distribuidas por las Sociedades Científicas y populares de cada país; 2) Preparar un fichero bibliográfico sobre el cáncer y enfermedades relacionadas para ponerlo a disposición de los médicos de todos los países que forman parte de la Organización; 3) Divulgar todos los procesos de tratamiento, que hayan sido comprobados científicamente, evitando la explotación de los incautos por procesos terapéuticos inadecuados, y haciendo resaltar que hasta el presente las únicas armas eficientes contra el cáncer son; La Cirugía, la Curieterapia y la Roentgenterapia aunque se reconozca el esfuerzo de muchos investigadores en el sentido de hallar otras formas de tratamiento". (Propuesta de los Prof. Pedro A. Barcía, Roberto Duque Estrada, Ugo Pinheiro Guimaraes y A. P. da Costa Junior).

"La Sección de Prevención y Tratamiento del Cáncer aprobó un voto de felicitaciones y agradecimiento a los representantes de los países amigos, que, con grande y brillantísima eficiencia colaboraron en el Congreso así como por los trabajos presentados y su participación en los debates (Propuesta del Prof. Rolando Monteiro).

La Sección de Prevención y Tratamiento del Cáncer aprobó un voto de aplauso para la dirección de los trabajos de la sección (Propuesta del Prof. Rolando Monteiro).

Se recomienda a los Gobiernos la necesidad de establecer la enseñanza oficial de Radiología Clínica y de Cancerología, como elementos indispensables para que los médicos puedan colaborar eficazmente en la campaña contra el Cáncer (Proposición de los Prof. Pedro A. Barcía y A. F. da Costa Junior).

5ª SECCION — GRANDES ENDEMIAS ENFERMEDAD DE CHAGAS

1) Los relatores oficiales consideran que los estudios realizados sobre la enfermedad de Chagas en casi todos los países americanos, permiten considerarla como una endemia rural continental grave, difundida y frecuente, de importancia higiénica y social ampliamente demostrada y que por lo tanto merece ser incluida entre los grandes problemas cuya urgente solución compete a las altas autoridades sanitarias de cada país.

2) Los relatores oficiales consideran necesario un pronto acuerdo entre los especialistas con el fin de informar sobre las técnicas de estudio epidemiológico, de diagnóstico (especialmente por los métodos biológicos), de tratamiento y de profilaxia.

En ese sentido aconsejan la creación de una Fundación o Centro para coordinar todas las investigaciones, o publicaciones correspondientes, con sede central en el Instituto Oswaldo Cruz y manteniendo relaciones estables entre todos los países y ciudades mediante personas responsables y competentes (Proyectos de Talice y Packchanian).

3) Los relatores oficiales están de acuerdo en que la lucha contra la enfermedad de Chagas debe ser abordada cuanto antes por las autoridades oficiales de Salubridad Pública de cada país de acuerdo con estudios epidemiológicos previos correspondientes y teniendo en cuenta que la medida principal es la cuestión de la vivienda rural y que todas las demás medidas útiles son solamente medidas auxiliares. Debe evitarse la adopción de medidas punitivas para conducir a la población a la modificación de sus viviendas, la persuasión debe ser la regla y la educación en las escuelas.

BOLSA DE ESTUDIOS CARLOS CHAGAS

1) El establecimiento anualmente, de una bolsa de estudios, con el nombre "Bolsa de estudios Carlos Chagas" para investigar sobre la enfermedad de Chagas.

2) El individuo favorecido con la Bolsa podrá ir a cualquier país de la América del Sur, del Norte o Central o a cualquier otro país en donde las autoridades locales puedan ofrecer facilidades y orientación técnica libre de cualquier dificultad para el poseedor de la Bolsa.

3) El individuo favorecido con la Bolsa tendrá de tres a cuatro mil dólares anuales libres de gastos de transporte.

4) Ninguna persona podrá retener la Bolsa por más de dos años. Cada dos años el candidato será escogido de un país diferente de América del Norte, Central o del Sur o de cualquier otro país. Pasados los dos años durante los cuales la Bolsa favoreció a un individuo de otro país, tendrá preferencia en la escogencia el candidato de un país que hasta entonces no haya sido favorecido con la Bolsa.

5) La Comisión encargada de la escogencia de los individuos para disponer de la Bolsa será constituida por los siguientes miembros:

a) Dr. H. C. de Souza Araujo, Presidente de la Sección de Grandes Endemias del Primer Congreso Interamericano de Medicina;

b) Dr. César Pinto, Secretario de la Sección de Grandes Endemias del Primer Congreso Interamericano de Medicina;

c) Los relatores del Tema Oficial Enfermedad de Chagas en la Sección de Grandes Endemias del Primer Congreso Interamericano de Medicina, a saber:

Prof. Salvador Mazza (R. Argentina);

Prof. A. Packchanian (EE. UU.);

Prof. R. V. Talice (Uruguay);

Prof. Eurico Vilela (Brasil);

d) El Director del Instituto Oswaldo Cruz;

e) El Presidente del Primer Congreso Interamericano de Medicina. Prof. A. Austregesilo, será el Presidente Honorario de esa Comisión.

Esta comisión durará hasta la reunión del próximo Congreso Interamericano de Medicina.

6) Los Presidentes de los Congresos Interamericanos de Medicina elegirán los substitutes para cualquier miembros de esa Comisión que renuncie a su cargo.

7) La Comisión mencionada escogerá entre sus miembros un secretario al cual deberán dirigirse todos los candidatos a las Bolsas. Este Secretario presentará a los demás miembros las aspiraciones de todos los miembros para la resolución final.

La Sección de Grandes Endemias aprobó la siguiente proposición presentada por el Dr. Flavio de Fonseca, delegado de San Pablo.

“Que sea enviado al Gobierno del Brasil un voto de felicitaciones por la reciente fundación del Instituto de Malariología, anexo al Servicio Nacional de Malaria, recomendando con insistencia dada la la importancia primordial del paludismo entre las endemias que asolan las Américas, que sean multiplicadas las entidades dedicadas a la investigación de los plasmodios.

“Considerando que la salud es derecho de todos, y debe ser proporcionada a todos los individuos de todas las clases, de modo que facilite los factores eficientes de la vida económica, social y moral de las naciones, y desarrolle en el espíritu del pueblo la conciencia humanitaria y la solidaridad humana, constituye la Asistencia y el Amparo Social, uno de los más importantes deberes del Estado; considerando que las grandes endemias (Anquilostomiasis, Malaria, Enfermedad de Chagas, Amibiasis, Schistosomiasis, Leishmaniosis, Peste, Filariasis, Tifo Exantemático, Bubón), son generalizadas en las Américas y con índices elevados, es preciso que sean estudiadas y combatidas con ímpetu y firmeza;

considerando que el hombre rural, aquél que trabaja y produce para alimentar las ciudades y para proveer la materia prima necesaria para las industrias se encuentra aún carente

de los recursos de la ciencia contra la enfermedad y carente de asistencia y del derecho a la salud;

considerando que nadie pone en duda que la redención sanitaria del hombre del campo debe constituir el objeto de las más amplias y firmes decisiones de los gobiernos para proteger la salud del trabajador rural, propongo:

El Primer Congreso Interamericano de Medicina encarece a los gobiernos americanos la necesidad urgente de ser fundado en todos los departamentos de Salubridad Pública, un servicio especializado de saneamiento y Profilaxia rural, extendido a todo el territorio de cada país. (Dr. Antonio Golcalvez Peryassú, Médico de Sanidad).

Proponemos que, en el Segundo Congreso Interamericano de Medicina, que se reunirá próximamente, el tema "Amibiasis," sea considerado como tema oficial (César Pinto, Octavio de Magalhaes, A. Pakchanian).

Propongo que el Primer Congreso Interamericano de Medicina sugiera a los Gobiernos Americanos medidas de conjunto, para los países referidos, en la lucha contra la Malaria. (César Pinto).

Propongo que se amplifique la proposición del Dr. César Pinto encareciendo a los Gobiernos Suramericanos la necesidad de crear un órgano especializado para el estudio y la lucha contra la Malaria en América del Sur (Dr. Antonio Goncalves Paryassú).

6ª SECCION — NUTRICION Y VITAMINOLOGIA

Presidente Prof. Dr. W. Berardinello. Secretario, Dr. Figueiredo Mendes; Dr. George Cowgill; Carlo Foá, Dr. Dante Costa, Dr. Halino Botelho, Dr. Moacyr de Cunto:

1) Urge realizar en cada país reformas agrarias adecuadas a cada uno de ellos en tal forma que permita el aumento de la producción agrícola y vacuna, lo que solamente será posible combatiendo el monocultivo, mecanizando las técnicas y reduciendo los impuestos sobre las tierras destinadas a la producción de alimentos.

2) Proteger las industrias alimenticias.

3) Incrementar la educación del pueblo en Higiene alimenticia.

4) Promover el desarrollo de los estudios referentes al problema alimenticio de cada pueblo y la organización de tablas regionales de la composición de los alimentos.

5) Aclarar la cuestión tan debatida de las variaciones regionales del metabolismo basal.

6) Intensificar el cultivo de soja en los países en donde el consumo de las proteínas animales es insuficiente, y facilitar su industrialización.

7) Conociendo las relaciones entre la presencia de flúor en las aguas y la incidencia de caries dentarias, debe encarecerse la conveniencia de que se hagan estudios sobre el tenor de flúor de las aguas de las diferentes regiones.

8) Establecer realmente una verdadera política alimenticia, base principal del bienestar físico y social de las naciones.

7ª SECCION — ENDOCRINOLOGIA

La sección de Endocrinología del Primer Congreso Interamericano de Medicina considerando los problemas que se discuten entre los especialistas, sugieren para solucionar estos problemas lo siguiente:

1 - La creación de un Instituto de Endocrinología y Nutrición, debidamente dotado en tal forma que puedan llevarse a cabo investigaciones científicas y que puedan ser atendidos los enfermos de todas las edades portadores de endocrinopatías o de disturbios de nutrición.

2 - Asistencia Social efectiva a los diabéticos que viven en estado de abandono lo que ha sido comprobado por la corta sobrevivencia de tales enfermos en nuestro medio; por el estado de desnutrición con intensa hipovitaminosis en que llegan al único servicio especializado existente en Río de Janeiro; por la frecuencia con que regresan los enfermos en condiciones extremadamente precarias poco tiempo después de haber sido dados de alta, por no disponer de los recursos necesarios para la adquisición de insulina, que debería ser vendida a los diabéticos directamente por los productores.

3 - Facilidad en el suministro gratuito por parte de los frigoríficos a los servicios especializados en Endocrinología de las glándulas frescas de los animales sacrificados, para la confección de extractos activos que han de ser administrados a los pacientes.

8ª SECCION — TUBERCULOSIS

De los relatos presentados como tema oficial del Primer Congreso Interamericano de Medicina - Sección de Tuberculosis - "Tuberculosis de Primo y de Reinfección del adulto, su sig-

nificado clínico, epidemiológico y social", la Comisión encargada de elaborar las conclusiones finales propone para la aprobación de la Asamblea plenaria:

1 - Que es de interés clínico, epidemiológico y social el distinguir la forma ganglio-pulmonar, considerada como tuberculosis primaria del adulto, de las formas de reinfección.

Que los nuevos estudios e investigaciones aparecidos en estos últimos años demuestran la necesidad de profundizar el sentido tisiogenético de la forma ganglio-pulmonar de la tuberculosis del adulto, por lo cual este Congreso recomienda el estudio de este tema para la próxima reunión.

9ª SECCION — NEURO-PSIQUIATRIA

Tema oficial: Neurodisplasias.

Neurodisplasias, designación genérica de las displasias aisladas o asociadas del encéfalo, de la medula o de los nervios periféricos, resultan de la alteración primitiva de la embriogénesis del ectodermo.

Se caracterizan clínicamente por modificaciones morfológicas de la piel, de los músculos, de los huesos, etc. La expresión clínica más evidente de las neurodisplasias se encuentra en el estado disráfico.

Quien dice neurodisplasia admite que el sistema nervioso ha sido asiento de alteraciones embriogénicas, con más de una localización.

Se aconseja el uso de la palabra neurodisplasia para el conjunto anatomo-clínico descrito por el relator del Tema especial.

Sobre el Tema Medicina Psicosomática discutido en este Congreso los suscritos proponen:

1 - Que se recomiende la creación de cursos de Psicología médica en las Escuelas de Medicina.

2 - Que en el próximo Congreso Interamericano de Medicina se separen las secciones de Neurología y de Psiquiatría y se cree una sección dedicada a los estudios de Psicoanálisis.

Los relatos sobre hiperquinesias presentados por los Profesores Tracy, Putman y Deolindo Couto llegaron a la conclusión de que el tratamiento quirúrgico está frecuentemente indicado, y representa un importante progreso de Neurología.

10ª SECCION — HIGIENE Y SALUBRIDAD PUBLICA

Conclusiones del Tema Oficial.

"Intensificación, sobre bases económicas, de la Lucha contra la Tuberculosis".

1 - Pueden compendiarse en cuatro puntos los principales objetivos de la Campaña Antituberculosa:

a) Hallazgo, lo más precozmente posible, de todos los enfermos.

b) Control de todos ellos, comprendiendo el tratamiento de los casos activos, el examen periódico de los inactivos, el aislamiento de los bacilíferos, el auxilio financiero a los necesitados, la rehabilitación de los recuperables.

c) Vacunación de los que no han sido atacados por la tuberculosis.

d) Educación Sanitaria.

2 - En la realización de ese programa de gran envergadura y alto costo, es conveniente usar métodos prácticos que permitan economizar tiempo y gastos. La intensificación, así sobre bases económicas, de la lucha contra la Tuberculosis permitirá alcanzar con mayor rapidez el propósito final de vencer la enfermedad.

3 - La abreugrafía, ya de valor consagrado, debe ser empleada reiteradamente con toda la plenitud de su capacidad de producción para alcanzar el mayor rendimiento de cada unidad del catastro.

4 - Los centros del catastro estarán en estrecha articulación con los dispensarios, con los elementos componentes de las unidades sanitarias, que podrán tener servicios ambulantes.

5 - Todas las unidades sanitarias existentes y las que se forman, deben ser movilizadas en la lucha contra la Tuberculosis.

6 - No es solamente en su función como Dispensarios que los Hospitales generales pueden cooperar en la campaña, sino también en el suministro de camas necesarias para la Hospitalización de enfermos.

7 - La Hospitalización de los tuberculosos necesita ser emprendida sobre bases económicas para lo que también deberán servir, tanto los hospitales para incurables como los sanatorios modestos y pabellones especiales que se harán satélites de los grandes sanatorios o serán anexados a éstos.

8 - Debe colocarse en el programa de la lucha el empleo del BCG en escala mucho más amplia, aplicándolo a los sanos sin límite de edad, sobre todo, en el interior del país menos tuberculizado. Conviene simplificar las técnicas: Tanto la preliminar para la selección de los vacunados como también la de la propia administración de la vacuna.

9 - Toda Institución autárquica necesita cooperar activamente en la campaña, y así también la iniciativa particular, pudiendo recaer sobre ésta entre otros cargos, el del amparo de

las familias de los tuberculosos pobres y el de la colaboración en todo lo que atañe a los factores económicos y sociales de importancia en la epidemiología de la tuberculosis; todo esto siempre de acuerdo con las normas fijadas por el órgano federal competente.

10 - Se considera como indispensable, también para la intensificación sobre bases económicas de la lucha contra la tuberculosis, la institución del seguro social obligatorio.

11 - Es preciso preparar ampliamente, en cursos intensivos realizados en varios puntos del país, los técnicos y sus auxiliares necesarios para la campaña, también de acuerdo con una orientación de los órganos federales competentes.

Conclusión del trabajo: "La necesidad de cooperación interamericana". para el éxito de la lucha antivenérea en el continente americano por el Profesor Luis Campos Mello.

Proponemos: que el Primer Congreso Interamericano de Medicina considerando la gran utilidad y oportunidad de las recomendaciones de la Conferencia sobre el control de las enfermedades venéreas en la post-guerra, concernientes a la necesidad de adoptar una política general uniforme para la lucha antivenérea en los diversos países, con el mutuo cambio de informaciones epidemiológicas, dé a ellas el más amplio apoyo.

El Primer Congreso Interamericano de Medicina recomienda, por su valor eugénico, a las organizaciones sanitarias la necesidad de instituir y facilitar el examen médico prenupcial, que será apoyado por intensa propaganda educativa.

El Primer Congreso Interamericano de Medicina recomienda incluir la educación sexual en los programas de segunda enseñanza para jóvenes mayores de 14 años.

El derecho a la salud que tienen todos los integrantes de la sociedad debe ser reconocido por los gobiernos de los países de América como un derecho primario y esencial.

Para hacer efectivo este derecho, el Primer Congreso Interamericano de Medicina recomienda que se le dé la mayor atención por medio de un Ministerio especial, a la Higiene Pública, al saneamiento, a la medicina preventiva, a la educación sanitaria y al seguro social obligatorio.

El Primer Congreso Interamericano de Medicina considera de gran interés social la obra de prevención de la ceguera en América, ya que la ciencia demuestra que es posible evitar cerca del 70% de los casos de ceguera, por medio de la aplicación de medidas profilácticas adecuadas. Y, por esta razón, apoya con su voto las conclusiones del Segundo Congreso Panamericano de Oftalmología, reunido en Montevideo, en noviembre de

1945, recomendando a los gobiernos de América la promulgación de leyes y de reglamentos sanitarios tendientes a alcanzar tan noble finalidad.

11ª SECCION — TEMAS DE CIRUGIA

Conclusiones:

- 1) La imposibilidad de ejecución de los métodos cerrados, modificó la orientación de la Cirugía del tubo gastro-intestinal. La adopción de las técnicas asépticas fué una consecuencia de la impracticabilidad de un concepto ideal.
- 2) El valor de la asepsia extrínseca debe ser igual al de la asepsia intrínseca, en la Cirugía gastro-intestinal. Las técnicas asépticas en medio aséptico respetan los preceptos quirúrgicos básicos.
- 3) La electrocoagulación constituye el mejor elemento de hemostasis en la Cirugía gastro-intestinal aséptica. Su buen éxito depende de la experiencia personal en el dosage de la corriente de acuerdo con el aparato.
- 4) La incisión con bisturí diatérmico, seguida de electrocoagulación, confiere esterilización perfecta a las superficies seccionadas.
- 5) La cavidad séptica cerrada, formada entre la sutura total y la invaginate, es una realidad, principalmente cuando se trata del saco apendicular. Evitarla es realizar profilaxia de las complicaciones cicatriciales, abscesos y peritonitis.
- 6) La sutura única, que no alcanza la mucosa y une las superficies serosas, es perfectamente suficiente para garantizar el proceso de cicatrización, sin peligro de dehiscencia o contaminación de la cavidad.
- 7) A pesar de los buenos resultados obtenidos con la cirugía aséptica en el tubo gastro-intestinal, es necesario esperar los resultados de estadísticas más amplias y de estudios experimentales, para evidenciar en forma categórica su superioridad y poder aceptarla en forma general.

El Profesor Jaime Damianovitch, de la delegación argentina, propone el siguiente voto, que fué aprobado:

“Aconsejar a los pediatras, a los cirujanos generales y especiales así como a los clínicos, que investiguen con atención la existencia de la apendicitis aguda en el lactante y en el niño, separándolo de los cuadros de indigestiones, dispepsias agudas, enterocolitis etc. etc.

Proceder con criterio quirúrgico y sin demora ante el cuadro apendicular agudo, aunque presente tan sólo el síndrome

mínimo de dolor espontáneo y provocado, y aunque esté acompañado de afecciones gripales o eruptivas”.

12ª SECCION — TEMAS DE MEDICINA

La Sección de Medicina del Primer Congreso Interamericano de Medicina aprobó la moción sobre el control biológico de las anemias, presentado por el profesor Kálmá Mesey, quien propone:

1) No aceptar el valor que se les da a las titulaciones actuales de los extractos de hígado, porque no informan sobre la intensidad del efecto antianémico global.

2) Aceptar como control biológico del efecto antianémico global de los extractos de hígado, el método presentado por el delegado de Colombia.

3) Recomendar a los médicos americanos continuar las investigaciones iniciadas por el delegado colombiano con el fin de poder establecer definitivamente la nueva “Unidad Colombia”, determinada sobre la base de la intensidad del efecto antianémico global de los extractos de hígado en conejos anemizados con plomo.

La sección de Medicina aprobó la siguiente moción presentada por el Dr. Bolívar Delgado Correa (Uruguay).

“Dada la importancia que tiene en América la “Enfermedad Reumática”, en los niños, por su cifra elevada de mortalidad, se aconseja recomendar a todos los países de América que hagan obligatorio el denuncia de dicha enfermedad.

Al señor Prof. A. Austregesilo, Presidente del Primer Congreso Interamericano de Medicina, fué hecha la siguiente propuesta por los señores Profesores I. González Guzmán y R. Velasco Lombardini, propuesta que fué aprobada en la sesión plenaria:

“Los suscritos, Drs. I. González Guzmán y R. Velasco Lombardini, delegados oficiales de México y del Uruguay respectivamente solicitan la inclusión, dentro de las conclusiones, de la propuesta del delegado uruguayo Dr. R. Velasco Lombardini sobre “El Código del Cardíaco”, con el fin de recomendar su estudio a todos los países de América.

El Código consistirá en un conjunto de disposiciones que deberán tomarse para la protección médico-social de los enfermos del corazón.

Por el momento, como núcleo central al cual se irán adicionando otras disposiciones, llámese la atención sobre tres problemas que pueden considerarse como fundamentales:

1 - Responsabilidad del patrón para con el empleado cardíaco.

2 - Reserva de puestos compatibles con una capacidad restringida, para que sean desempeñados por cardíacos.

3 - Derecho de hospitalización complementaria o parcial para aquellos cardíacos que, aún pudiendo trabajar un porcentaje apreciable del horario total, no lo puedan cumplir en su totalidad.

Agrégase a esta solicitud el proyecto de ley presentado al Parlamento del Uruguay con informe favorable del Poder Ejecutivo”.

13ª SECCION — TEMAS LIBRES

El Primer Congreso Interamericano de Medicina, por aprobación de la sección de temas libres, propone que, en vista de los resultados presentados en el trabajo: “Accidentes ferroviarios y su repercusión médico-social”, las altas autoridades del país obliguen a la Compañía explotadora de ese servicio, al renovar su contrato, a mejorar sus medios de transporte.

Actividades de la sección de Tuberculosis.

La sección de Tuberculosis del Primer Congreso Interamericano de Medicina, tuvo un desarrollo completo, habiendo sido una de las que desplegó mayor actividad durante las reuniones que hoy se concluyen con tanto brillo y repercusión.

Además del tema oficial, fueron presentados a la discusión cerca de cincuenta trabajos, los cuales despertaron todos gran interés entre los participantes al Congreso.

El tema oficial versó sobre uno de los asuntos de mayor actualidad en la fisiología: Tuberculosis de prima y de reinfección del adulto; su significado clínico, epidemiológico y social”. Fueron relatores de este tema los profesores A. Mac Dwel y Olimpio Gómez del Brasil; los profesores Fernando D. Gómez del Uruguay y el Profesor Oscar Aguilar de la Argentina. El tema fué discutido, agregándole consideraciones del mayor interés por los señores profesores Roque Izzo (Argentina), Alfredo Nario (Uruguay), Antezana Estrada (Bolivia), Reginaldo Fernández, A. Ibiapia y otros congresistas nacionales y extranjeros. El Prof. Manoel de Abreu discurió sobre el tema “Diagnóstico colectivo e individual de la tuberculosis pulmoner”.

El Profesor Rafael Paula Souza con los Drs. Rodríguez de Alburquerque y Alferez Galdino, discurren sobre asuntos de capital importancia referentes a la gran campaña nacional contra la tuberculosis, que se ejecuta en la actualidad de acuer-

do con reciente decreto del Gobierno. En esos trabajos los autores hicieron referencia a las cifras de mortalidad por tuberculosis, las cuales constituyen la base de los estudios epidemiológicos sobre esa enfermedad, bases sobre las cuales se han de fundar los planos de acción combatible.

Todos los demás asuntos despertaron la atención general, visto que cada uno de ellos enfocaba un problema nuevo o viejo, pero siempre de interés para el especialista.

Concurrieron a las sesiones de tuberculosis personas de grande nombre continental, como los Profesores Fernando D. Gómez, catedrático uruguayo y Director del Instituto Morelli, Roque Izzo, Director del Instituto de Investigaciones Tisiológicas de Buenos Aires; Oscar Aguiar, Director de la lucha contra la tuberculosis del Municipio de Buenos Aires, y los señores Alfredo Nario y Ricardo Yannicelli, del Uruguay, Camilo Fabrin, N. Noyer, Lemos García Miguel Lascalés y otros tisiólogos argentinos, Doctor José Artezana, Estrada, de Bolivia y muchos otros.

El Profesor Moreira Da Fonseca catedrático de la Facultad Nacional de Medicina, presentó un trabajo sobre glándulas de secreción interna y tuberculosis en el cual trató ampliamente el problema haciendo resaltar la importancia práctica de sus relaciones.

Finalmente en la sesión que se realizó en la mañana de ayer, en la Academia Nacional de Medicina, fueron discutidas y aprobadas las discusiones del Tema Oficial, que quedaron redactadas en la forma siguiente: 1ª. "Que es de interés clínico, epidemiológico y social el distinguir la forma ganglio-pulmonar, considerada, como tuberculosis primaria del adulto, de las formas de reinfección"; 2ª "Que los nuevos estudios e investigaciones aparecidas en los últimos años, muestran la necesidad de profundizar el estudio de la forma ganglio-pulmonar de la tuberculosis del adulto, por lo cual este Congreso recomienda el estudio de este tema para la próxima reunión".

La Sesión de tuberculosis estuvo bajo la presidencia del Profesor A. Mac Dowell, y fueron Secretarios los Dres. Olimpio Gómez y Carvalho Ferreira.

ESTUDIOS DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Las siguientes conclusiones fueron presentadas por el Sr. Dr. Ivolino de Vasconcelos, derivados de su trabajo "La organización de los estudios de la Historia de la Medicina en el Brasil y en América".

"El Primer Congreso Interamericano de Medicina teniendo en consideración la gran importancia de los estudios de la

Historia de la Medicina, para la formación moral y profesional de los Médicos y para la orientación y sistematización de los estudios médicos, comprendiendo que estos estudios se relacionan con cuestiones referentes a la Filosofía, al humanismo, a la ética, y a la legislación en sus aplicaciones médicas, y reconociendo que los estudios históricos constituyen una necesidad para el desarrollo y el progreso de las ciencias médicas, resuelve:

1) Recomendar a todos los médicos americanos, a sus asociaciones científicas y a sus organizaciones culturales, que se interesen por estos estudios, dada su extraordinaria importancia y de los grandes beneficios que traen estos estudios a todos los profesionales.

2) Proponerles que se reúnan en Institutos capaces de congrega a todos los médicos que deseen dedicarse a este tema, para que de esta manera las cuestiones que interesan a la historia de la Medicina puedan alcanzar su esplendor cultural proporcionando a la profesión médica los beneficios que en corto tiempo le podrá ofrecer.

3) Con el fin de darle unidad y fuerza a estos estudios en todo el continente americano, una vez formados los Institutos en cada una de sus Naciones, habrá de pensarse en la fundación de una gran Entidad de carácter hemisférico, o "Instituto Panamericano de la Historia de la Medicina", con sesiones en cada uno de los países y cooperando todas para alcanzar cada día un mayor desarrollo de estos estudios y un mayor acercamiento entre todos sus miembros.

4) En relación con la enseñanza de la Historia de la Medicina, se recomienda a todas las Universidades Americanas y a sus Facultades de Medicina, que incluyan en sus programas una cátedra especial para esta materia, con todas las prerrogativas de las demás cátedras de la enseñanza médica, ya que esta cátedra será la formadora por excelencia de la cultura general y de la moral de los futuros profesionales, ya sea como inspiradora y sistematizadora de los principios de filosofía, ética y legislación que deben regir la práctica de la medicina.

5) Recomendar a todas las Instituciones médicas americanas. — Facultades, asociaciones científicas, organizaciones hospitalarias, centros de estudios médicos, etc. — que organicen sus museos de Historia de la Medicina, con archivos respectivos que registren, ordenen y sistematicen todas sus actividades con fin de que en la posteridad se puedan conocer siempre los altos ejemplos de trabajo y de dignidad humana en el Sector de las Ciencias Médicas.

THE LANCET

Londres, Abril 6 de 1946.

Artículos originales:

Laboratorio clínico.

Lesión neuronal debida a detención temporal cardíaca.

Necrosis aguda del hígado tratada con hidrolisados de proteínas.

Toxicidad del Marfanil y del V-187 frente a las células, in vitro.

Neumonía lobar TBC tratada por neumoperitoneo y aplastamiento del frénico.

Úlcera péptica del esófago; perforación no fatal.

Osteomielitis que remeda radiográficamente un sarcoma.

Radiografías de tórax con doble exposición.

Cisticercosis cerebral sin epilepsia.

**NECROSIS AGUDA DEL HIGADO, TRATADA CON
HIDROLISADOS DE PROTEINAS**

D. J. Simon y Donald Brows-Park prewet E. M. S. Hospital.

En las experiencias de Weichselbaum sobre ratas albinas, sometidas a una dieta carente de cistina y metionina, se observó que a la sexta semana un buen número de animales presentaba anorexia e ictericia, y moría en el plazo de 3 días, con acen-
tuación de los síntomas, si no se les administraba cistina. Whipple demostró que la administración de metionina a animales carentes en proteínas, protegía de manera completa contra la lesión hepática, cuando se administraba la droga antes de hacer anestesia clorofórmica.

La ausencia de ciertos aminoácidos en la dieta de los animales, sostenido durante cierto tiempo, conduce a la lesión he-

pática y aumenta la sensibilidad del hígado a los tóxicos. Se ha encontrado que la lesión hepática producida por el tetracloruro de carbono es peor en animales que han estado sometidos a una dieta que consiste únicamente en carne flaca.

Mueller y otros han estudiado el balance nitrogenado de 4 sujetos que recibían per os hidrolizado enzimático de caseína y encuentran que el *mínimum* suficiente para el mantenimiento del balance azoadado es de 0.4-0.7 gr./kg.; estos autores hallaron también que sus pacientes (sujetos sanos) se quejaban de *lasitud* y *astenia* 48 horas después de estar sometidos a una dieta deficiente en proteínas, y que estos síntomas desaparecían rápidamente después del segundo día de recibir los hidrolizados de caseína como suplemento de su dieta experimental hipoproteica; debe advertirse que los hidrolizados de caseína contienen *cistina* y *metionina*. Cuando se emplean los hidrolizados en cuestión como arma terapéutica, es fundamental suministrar cantidades adecuadas de glucosa, que a más del valor intrínseco que poseen, permiten realizar un ahorro de proteínas.

Himsworth y Glynn son de opinión de que la necrosis hepática aguda y su secuela, la hiperplasia nodular, pueden atribuirse a una hepatitis trofopática; un agente toxipático determina la hinchazón de las células hepáticas, lo que restringe la circulación intrahepática y disminuye en consecuencia el aflujo nutritivo protector con que pudiera contar la célula hepática; si en estas condiciones, la cantidad de factores protectores presentes en la circulación es baja, se produce la necrosis masiva del hígado. En el paciente a quien se refiere el artículo, la *anorexia* y los vómitos disminuyeron progresivamente la cantidad de materiales nutritivos protectores disponibles por parte de la célula hepática y cuando sobrevino el coma, el aporte exógeno de tales materiales se suspendió por completo. Se sugiere que la inyección endovenosa de los aminoácidos esenciales y de glucosa elevó los materiales nutritivos protectores en la circulación hepática hasta un nivel que les permitió regenerarse.

El caso en referencia es el siguiente: un hombre de 39 años fué arrollado por un carro, a consecuencia de lo cual sufrió varias fracturas y cayó en estado de shock; se hicieron transfusiones de sangre y plasma y se administró penicilina; en julio 9, bronconeumonía que cedió a las sulfamidas y recayó en agosto 27, cediendo rápidamente a la misma droga. Poco después de que un asiduo visitante del enfermo cayó a cama a consecuencia de una ictericia, el sujeto de la historia presentó manifestaciones de una enfermedad infecciosa incipiente, y el 14 de septiembre había fiebre e ictericia, no existía hepatomegalia pero sí signo de Murphy, ele-

mentos biliares en la orina y heces hipocólicas; el estado general se fué agravando, la ictericia se acentuaba ligeramente, aparecieron vómitos que condujeron pronto a la intolerancia gástrica absoluta; aparecieron cristales de leucina en la orina y luego alternaron momentos de somnolencia con otros de inquietud y desorientación. La somnolencia se acentuó y el vómito se hizo hemorrágico oscuro; se aplicó solución glucosada intrarrectal. El 18 de septiembre en la noche cayó en coma hepático franco; se inició la administración I. V. de solución salina glucosada. El 19 se inició la penicilina (como profiláctico contra otra posible bronconeumonía), así como la administración de hidrolisados de caseína I. V., a la velocidad de 40 gts/min., alternando cada 500 cc. de hidrolizado con 500 de glucosa en agua destilada o en solución salina, de acuerdo con la eliminación urinaria de cloruros. El día 21 se produjo una tromboflebitis en la vena que daba entrada a los líquidos administrados, por lo cual se hizo venocclisis en la otra pierna; el coma se fué aligerando, y el 22 en la noche el paciente reasumió el estado consciente; el coma había durado 97 horas y el enfermo había parecido desesperadamente grave; al día siguiente se inició la administración oral de glucosa, continuando con la alimentación por vía venosa; el día 24 había desaparecido la sensibilidad dolorosa subcostal, pero se iniciaba otra tromboflebitis en el sitio de la inyección, por lo cual se prescindió de la vía endovenosa. En octubre 4 la ictericia era mínima, la bilirrubina sérica —que al principio de la enfermedad había sido de 10 mgr. por 100 cc., y durante el coma de 20 mgr./100 cc.— había caído a 5 mgr./100 cc.; la orina volvió a quedar libre de bilis y el estado general —objetiva y subjetivamente— era mejor. En septiembre 26 se hizo una prueba de tolerancia con levulosa, y se obtuvieron resultados comprendidos dentro de los límites normales.

Al comentar el caso, los autores recuerdan la *etiología* de la hepatonecrosis, que en el campo experimental puede ser producida por ciertos venenos químicos o biológicos, o por carencia de factores protectores contenidos en la fracción proteica de la dieta; la primera hepatitis sería del tipo "toxipático"; la segunda de "trofopático"; la incidencia conjunta de dos o más agentes toxicopáticos débiles produce en alto porcentaje de los casos una severa hepatitis. En el caso presente había dos factores toxipáticos: la trasfusión y el contacto con un caso de hepatitis infecciosa. Como factores trofopáticos, existían la anorexia del paciente desde el comienzo de su estada en el hospital y sus fracturas: Cuthbertson afirma que en los primeros 10 días de producida una fractura, los fenómenos reconstructivos tisulares producen un balance proteico negativo que asciende (en fracturas de la pierna) a 860 gr. de proteínas, o sea 8% de los prótidos totales del cuerpo; la acentuación de los procesos catabólicos sería una consecuencia del requerimiento de aminoácidos debido a la reconstrucción del tejido, que ocurre a base de las reservas protídicas del sujeto.

La tromboflebitis era de ocurrencia frecuente con los primeros hidrolisados de proteínas empleados en Norteamérica.

pero hoy es rara; el producto inglés la produciría —en cambio— con frecuencia.

Aún cuando el caso semejó clínicamente una necrosis hepática aguda, falta la confirmación biopsica; se ha demostrado que sólo existe una ligera línea divisoria entre la hepatitis difusa severa y la necrosis aguda; el curso alargado y menos intenso de la enfermedad conduce a transformaciones fibróticas que terminan en una cirrosis clásica: en el caso presente, es posible la evolución hacia resolución de las "cicatrices" hepáticas, o hacia la cirrosis, cosa que ocurriría en 2-3 años y se marcaría inicialmente, tal vez por una esplenomegalia. Han pasado tres meses desde la salida de este enfermo del hospital y su estado general es bueno.

OSTEOMIELITIS QUE SEMEJA RADIOGRAFICAMENTE UN SARCOMA

J. B. Brailsford-Royal Cripples Hosp. - Birmingham.

La osteomielitis aguda puede producir manifestaciones radiográficas francas, pero es capaz de remedar muy de cerca un sarcoma:

1) Puede haber formación de imagen en bulbo de cebolla en la superficie de la diáfisis en casos en que el foco es mal definido y aparece solamente como una pequeña área de osteoporosis.

2) Puede reabsorberse luego el hueso perifocal, quedando un soplamiento diafisario.

3) Un aumento de densidad local, que remeda un proceso osteoplástico.

4) Depósitos calcáreos en la vecindad del hueso, que pueden semejar también a los del sarcoma.

Tan alarmantes pueden ser estos signos, que se llega a indicar precipitadamente la cirugía, para hacer amputaciones que en realidad habrían podido evitarse. Las biopsias, dice el autor, pueden complicar más aún la situación, sobre todo si no son adecuadamente interpretadas.

El autor se confiesa impresionado "por esas apariencias radiográficas alarmantes, la excelencia de algunos de los resultados obtenidos por no intervención e inmovilización, la engañosa histología de la biopsia y los descorazonadores resultados de la cirugía y la irradiación del sarcoma", que considera necesaria la realización de una cura de sulfatiazol en los casos dudosos, y advierte que los resultados del método son prometedores.

Presenta el caso de una niña de 6 años, con una tumefacción dolorosa en la parte alta de un brazo, observada durante unas semanas en un hospital infantil, y despachada como incurable, con el diagnóstico de un sarcoma óseo con metástasis pulmonares, basado en datos radiológicos y ausencia de fiebre y de manifestaciones hematológicas bien francas; el foco óseo podía corresponder a una osteomielitis o a un sarcoma, pero la existencia de sombras nodulares en los pulmones reforzaba la segunda posibilidad. Se realizó un enyesado y se inició sulfatiazol (0.25 gr. c/4 horas, durante 5 semanas); inicialmente se empeoraron las manifestaciones radiológicas ósea y pulmonares, pero 4 meses más tarde se inició una mejoría que terminó por el borramiento del foco óseo y de los nódulos pulmonares, junto con retorno completo a la normalidad; hasta el momento de la publicación, se sostenía ese hermoso resultado.

Al discutir el caso, el autor reconoce que pudiera tratarse de un proceso xantomatoso, puesto que en este tipo de trastornos se puede encontrar la producción de focos óseos de tipo lítico, seguida por reconstrucción ad integrum, pero aún en su caso cuya respuesta a las sulfonamidas fué muy del tipo de las observadas en la osteomielitis, la conducta propuesta fué beneficiosa, al alejar ese pronóstico fatal, que parecía justificado.

Anotaciones:

BCG EN ESCANDINAVIA

De 1769 personas inyectadas con BCG en Noruega, 17 fueron posteriormente tuberculosas en una u otra forma, llegando 3 de ellas a la tuberculosis pulmonar activa; de esas 17 personas, varias no alcanzaron a presentar reacciones tuberculínicas positivas bajo la acción de la vacuna.

La administración oral sólo tiene favor en Francia; fuera de ella se usa más bien la inyección, no subcutánea porque puede dar origen a grandes abscesos, sino intracutánea, que sí da abscesos. éstos últimos se resuelven con gran facilidad, además, la vía intracutánea permite una dosificación más exacta y deja una cicatriz cuyo hallazgo puede ser útil para el médico, más tarde, si el paciente no recuerda haber sido objeto de tal vacunación. La tendencia actual en Suecia, es la de vacunar a todo miembro de una comunidad que sea tuberculino-negativo.

En una serie de 202 enfermas vacunadas en Upsala, se observó que ninguna de las que reaccionaron localmente de manera intensa desarrolló más tarde la infección tuberculosa; la incidencia del eritema nudoso fué menor entre las vacunadas que entre los controles femeninos no vacunados.

Se han observado variaciones en la virulencia del BCG, sin que llegue hasta la producción de lesiones progresivas; en ocasiones es demasiado débil, tanto que no alcanza a positivar el test de tuberculina y por lo tanto no inmuniza, al paso que en otras ocasiones determina reacciones tan intensas que se llega a la formación de absceso: Jensen afirma haber llegado a una técnica que confiere a la vacuna una virulencia constante durante varios años.

Winge afirma que la mortalidad por tuberculosis se ha reducido francamente mediante el BCG; opina este autor que debe hacerse ante todo un Mantoux, empleando las dosis más altas si el caso lo requiere, y si el resultado es negativo, se procede a vacunar; la inyección de BCG en sujetos tuberculino-positivos tiene el peligro de conducir a reacciones locales desagradables.

Reydén encuentra que 99% de las personas tuberculino-negativas pueden positivizarse mediante el BCG.

THE LANCET

Londres, Mayo 9 de 1946.

Artículos originales:

Psiquiatría y Servicio de salud pública.

Lesión tisular debida al frío.

Fractura del escafoide carpiano en los niños, producida por movimientos forzados.

Miopatía tirotóxica aguda.

Posible papel de la pituitaria anterior en la diabetes humana.

Dispositivo automático para determinar el aumento de tamaño de los ventrículos.

Trombosis del seno cavernoso tratada por penicilina y sulfamidas.

Comunicación preliminar:

Eliminación de los bacilos gram-positivos en los cultivos, mediante tratamiento por éter.

MIOPATIA TIROTOXICA AGUDA

J. H. Sheldon y R. M. Walker-Royal Hsp. Wolverhampton.

Se presenta el caso porque contradice la afirmación de Laurent de que ningún paciente afecto de esta enfermedad sobrevive a la tiroidectomía.

Se trata de una mujer que desarrolló simultáneamente hipertiroidismo y profunda debilidad muscular que respondió a la prostigmina; el caso fué agudo puesto que la paciente estaba prácticamente moribunda al cabo de 3 meses de enfermedad.

Las manifestaciones clínicas se iniciaron en diciembre de 1943; en enero de 1944 presentaba:

Manifestaciones de hipertiroidismo franco, con ligera exoftalmía.

Debilidad muscular: la paciente encontraba gran dificultad para vestirse y para desnudarse, no podía sentarse en una

silla sin buscar la manera de apoyarse en las manos; tras poco hablar, la vocalización se hacía débil y defectuosa y se entremezclaban las palabras.

Tos: persistente pero la debilidad muscular impedía expectorar; en la parte alta del pulmón se oían toda clase de ruidos húmedos, que hicieron sospechar la existencia de un proceso TBC. Poco después se presentaron síntomas mentales, consistentes en estado de excitación y desconfianza; hubo ataques severos de diarrea; la enferma se negaba a alimentarse y sólo aceptaba líquidos.

Se presentaron dificultades para la admisión inmediata de la paciente en el Hospital, y cuando pudo entrar a él existía confusión mental y la debilidad muscular le impedía sentarse sin apoyo, sostener la cabeza en posición erecta y casi hacía imposible la deglución; la tos había empeorado y se concluyó que era debida a una bronquiectasia. Pronto el estado general decayó más aún, la enferma entró en estado semicomatoso acompañado por incontinencia fecal y urinaria; era incapaz de sacar las manos de entre las cobijas, debido a su debilidad muscular; la cabeza rodaba sobre la almohada, había estafiloplegia con regurgitación nasal y pronto se presentó ptosis palpebral y mayor dificultad para la locución.

En marzo 30 se administró 1 mgr. de prostigmina inyectado, obteniendo una respuesta casi inmediata, consistente en supresión de la parálisis velopapatina, posibilidad de toser y espectorar, de levantar los brazos y de hacer la tentativa de sentarse. Se inició tratamiento regular con 15 mgr. de prostigmina por vía oral, 4 veces al día, obteniendo la cesación de la incontinencia fecal y urinaria al cabo de 24 horas, junto con la desaparición del estado de confusión mental. Con el objeto de comprobar si las manifestaciones correspondían realmente a un estado tirotóxico controlado por la prostigmina en lo referente a sistema muscular, pero no curado, se suspendió la droga dos días, lo que produjo marcado retroceso en el cuadro clínico, corregido pronto al continuar el tratamiento.

Como el proceso tiroideo estaba activo, la enferma perdía peso y era necesario operarla; se lugolizó al tiempo que se establecía drenaje postural para el pulmón y se elevaba la dosis de prostigmina a 90 mgr. al día, conducta que se continuó después de la operación (tiroidectomía bilateral parcial, con anestesia local), que por otra parte se toleró admirablemente. En la operación no se encontró aumento de tamaño del timo, como ocurre en la miastenia gravis; operada en mayo 16, salió del Hospital en junio 9, tomando 60 mgr. diarios de prostigmina y con la orden de reducir gradualmente la droga, cosa que logró.

prescindiendo de ella a fines de septiembre. En enero de 1946 ya era capaz de una actividad normal, de montar en bicicleta, etc., su metabolismo basal era de -9.9% y, las manifestaciones pulmonares habían desaparecido y sólo quedaba radiológicamente, una pequeña fibrosis en el sitio de la bronquiectasia; el estado general excelente.

El autor destaca la acción de la prostigmina sobre la incontinencia y las alteraciones mentales de la paciente, hace el diagnóstico de miopatía tirotóxica aguda en atención a lo difuso de las manifestaciones musculares, subraya el hecho de que la tiroidectomía permitió la curación gradual de la mias-tenia, cuyo requerimiento de prostigmina fué decayendo gradualmente y recalca el éxito del caso en una paciente que a más de su enfermedad —pésima para la cirugía según lo sabido hasta el momento— tenía una bronquiectasia.

POSIBLE PAPEL DE LA PREHIPOFISIS EN LA DIABETES HUMANA

C. H. Gray y W. G. Oakley-Kings's College Hosp. - Londres.

Los autores repiten las experiencias de Weselow y Griffiths, de acuerdo con las cuales el plasma de diabéticos de edad deprime la acción hipoglicemiante de la insulina en el conejo, mientras que el plasma de jóvenes diabéticos no lo hace; el interés del asunto reside en que esos resultados de antagonismo con la insulina se han obtenido también con los extractos presipofisiarios (acción glicotrópica), lo que plantea la posibilidad de que la prehipófisis juegue algún papel en el desarrollo de la diabetes humana del adulto.

Los resultados fueron negativos, aún administrando cantidades de plasma cinco veces más grandes que las empleadas por los autores citados arriba; por tanto, no fué posible demostrar en estas experiencias una acción diabetógena prehipofisiaria.

ANOTACIONES

Miopatía Tirotóxica Aguda

Es usual hallar cierto grado de debilidad muscular en el hipertoroidismo, pero este hecho puede convertirse en un carácter saliente de la enfermedad, caso en el cual se está frente a una serie de cuadros descritos por Brain, cuales son:

Oftalmoloplegia exoftálmica; gran exoftalmía con parálisis de los músculos extraoculares, que no se modifica por la

prostigmina ni por la tiroidectomía; el síndrome de tirotoxicosis es generalmente moderado.

Miopatía tirotóxica crónica: debilidad, atrofia de los músculos proximales de los miembros con pérdida de los reflejos tendinosos; regresa con la tiroidectomía.

Miopatía tirotóxica aguda: rara; bastante similar a la miastenia gravis; la debilidad afecta los músculos de los miembros, lengua, paladar, ojos, respiración y deglución. La tirotoxicosis es severa, pero los casos citados no han soportado la operación ya que murieron después de la tiroidectomía; Laurent hizo notar el efecto benéfico de la prostigmina en tales casos y la propuso como medicación preoperatoria, añadiendo que si la tiroidectomía hace regresar definitivamente las manifestaciones, es una comprobación de su origen tiroideo y de que no se trata de miastenia gravis.

Exactitud en los recuentos globulares sanguíneos.

Se comenta la estadística de Berg, quien concluye que en el recuento rojo hay un 68% de posibilidades de dar un resultado afecto de un error de 8% en más o menos y 95% de probabilidades de dar uno cuyo error sea de más o menos 16%. En recuento blanco, encuentra que hay 68% de posibilidades de dar un resultado que oscile entre más o menos 10% alrededor del normal, y 95% de posibilidades de que la oscilación esté entre más o menos 20%; para los neutrófilos, encuentra 68% de probabilidades de dar un resultado cuyo error esté entre más o menos 7%, y 95% de probabilidades de que tal error oscile entre más y menos 14%.

Discombe hace notar que el recuento de células cuya proporción es baja (eosinófilos por ejemplo) es tanto más exacto cuantas más sean las células contadas; así, contando 200 glóbulos en una placa correspondiente a una sangre con 3% de eosinófilos, 77% de los recuentos caían entre 1.5 y 5.0% y sólo un 16.3% alcanzaban un resultado exacto con aproximación de 0.1%.

Por lo tanto, no se debe esperar mayor exactitud del 10% y la diferencia entre dos recuentos carece de significación mientras no pase de 20%. Los errores disminuyen aumentando el número de células contadas. Por ejemplo, variaciones de 900.000 a 1.100.000 glóbulos rojos por milímetro cúbico no indican nada en cuanto a resultados del tratamiento de una anemia, como tampoco dicen gran cosa caídas de los neutrófilos de 77% a 63% en un paciente que está sometido a la terapia sulfamídica.