

La condición estética difiere algo de las anteriores, aún cuando se obtiene en el transcurso de una misma técnica. Sucede con harta frecuencia, en plastias auriculares como final de una trepanación radical, que rompemos la estética, de la simetría auricular, primero en la magnitud de los diámetros del conducto auditivo cartilaginoso, y después en la amplitud del ángulo céfalo-auricular, y aunque habíamos de condición estética al llegar aquí no podemos menos de hacer notar la importancia que esto tiene en la función, audición aérea, como lo indica GRADÉNIGO en sus trabajos sobre esta materia, y están tan ligadas estética y función que al destruir la simetría auricular alteramos en algo la función (audición aérea).

Las plastias auriculares que se emplean con más frecuencia son las siguientes: El método de PANSE, que traza dos incisiones paralelas en el conducto cartilaginoso una vez despegado en su parte posterior; la dimensión de estas incisiones, y por tanto el tamaño del colgajo, es desde el borde libre del conducto auditivo hasta la concha, colgajo que se aplica a la parte posterior de la trepanación. Este autor ejecuta también otra plastia consistente en dos colgajos, incisión en T, desde el borde libre del cartílago a la concha y en este extremo incisión perpendicular; este procedimiento se ajusta y adapta mejor a la cavidad de trepanación. En ambos métodos la fijación del colgajo se lleva a cabo por el taponamiento.

El método de STAKE consiste en la misma incisión de lado a lado del conducto pero hecha en su parte más alta, y a partir del extremo de la concha incisión perpendicular hacia abajo, quedando un colgajo de forma de triángulo rectángulo que se ajusta muy bien a una parte (la que ocupa) de la cavidad operatoria. KORNER emplea el proceder de PANSE con la modificación de ampliar las incisiones, y en vez de llegar hasta la concha sacrifica ésta y llega con el colgajo hasta la raíz del hélix; con esto asegura mejor drenaje.

BRUHL comienza como en el segundo método de PANSE, en forma de T, y continúa sacrificando la concha con dos incisiones paralelas que salen de los extremos del travesaño de la T llegando con ambas hasta la raíz del hélix, quedando en este método tres colgajos; la adaptación es máxima, pero en el curso de las curas se movilizan los colgajos, sobre todo el posterior.

SIEBENMAN talla lo mismo, tres colgajos, diferenciando únicamente en el posterior que lo hace triangular, teniendo el total de las incisiones trazadas la forma de una Y, como vemos es muy pequeña la diferencia con el BRUHL. BOTEY describe en su libro una plastia en la que suprime el colgajo posterior de PANSE merced a un taladro especial, asegurando un buen drenaje por esta vía.

Nosotros efectuamos la incisión en el conducto cartilaginoso, cara posterior, y un poco alta, a nivel de la raíz del hélix. El tamaño de la incisión es, desde el borde timpánico del conducto hasta la concha inclusive; la amplitud la fijamos introduciendo por esta abertura el dedo meñique; esta medida es la que mayores ventajas nos ha proporcionado, pues es suficiente sin ser excesiva. Después de esto desgastamos los

colgajos por su cara sangrante hasta que tengan una mínima resistencia, es decir, que dejamos la menor cantidad posible de grosor, con objeto de que la adaptación a la cavidad ósea sea lo más perfecta posible, y para terminar sujetamos estos dos colgajos al borde posterior de la incisión de WILDE mediante dos puntos de catgut.

Haremos notar que con esta manera de proceder el drenaje está muy asegurado por la amplitud de la plastia; la fijación de los puntos hace todavía más amplio el drenaje y más sencillas las curas, la adaptación merced al adelgazamiento de los colgajos es casi perfecta, y una vez acabado el curso de las curas observamos que el ángulo céfalo-auricular ha sido respetado.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ÚLCERAS GÁSTRICAS, DUODENALES Y YEYUNALES

por el doctor

VICTOR PAUCHET

Cirujano del Hospital Saint Micheel

Las indicaciones operatorias del *ulcus* son cada día más extensas, por las siguientes razones:

- La enfermedad es más fácilmente reconocida.
- La técnica de las diversas intervenciones está mejor reglada.
- El pronóstico post-operatorio ha mejorado notablemente.

Mi experiencia personal data de 25 años, habiendo practicado en este período más de 1000 (1047) operaciones por *ulcus* gástricos, duodenales y yeyunales.

Estas operaciones han sido:

390 por *ulcus* gástrico.

552 por *ulcus* duodenal.

61 por *ulcus* gástrico y duodenal combinados.

44 por *ulcus* del yeyuno, postoperatorio.

Es preciso incluir en esta estadística los estómagos biloculados y hacer mención también de 36 operaciones por perforaciones gástricas o duodenales, cuya indicación operatoria nadie se atrevería hoy día a discutir.

Úlceras gástricas.—Para el tratamiento operatorio del *ulcus* gástrico he practicado las operaciones siguientes:

Gastroenterostomía simple.

Escisión cuneiforme del *ulcus*.

Resección en manguito seguida de la sutura cabo a cabo de los dos segmentos gástricos.

Cauterización (Balfour).

Gastropilorectomía, es decir, resección del duodeno, de la tuberosidad menor y del *ulcus*.

A esta última operación es a la que permanezco fiel, porque con las otras he sufrido algunos desengaños. Actualmente pues ya no practico para el *ulcus* gástrico, ni la gastroenterostomía, ni la escisión cuneiforme, ni la resección anular, sino únicamente la *gastropilorectomía*, terminando con la implantación gatroeyunal a lo Polya, o bien por la sutura cabo a cabo del estómago y del duodeno (PÉAU-BILLROTH I).

Hasta 1905 he tratado el *ulcus gástrico* por la gastroenterostomía, cuya mortalidad en aquel entonces era de 8 por 100.

De 1905 a 1910, practicaba la escisión cuneiforme simple que me daba la enorme mortalidad de 20 por 100.

Desde 1910 he practicado 390 operaciones por úlcera gástrica: 20 operaciones de Balfour, 18 resecciones anulares y 362 gastropilorectomías comenzando por la sección del duodeno.

Cuando digo "úlcera gástrica", quiero decir "ulcus de la pequeña corvadura", porque nunca he podido observar un *ulcus* en otra porción del estómago. Oigo emplear muy a menudo el término de *ulcus pilórico*, y entiendo que tal denominación es errónea, porque un *ulcus* no es nunca pilórico, sino duodenal o gástrico y más o menos próximo al anillo pilórico; es necesario no obstante precisar bien si un *ulcus* es duodenal o pilórico, porque el pronóstico es muy diferente: la úlcera duodenal sufre excepcionalmente la degeneración cancerosa, en tanto que el *ulcus gástrico* la sufre con relativa frecuencia.

Los resultados tardíos son mejores cuando el cirujano reseca una gran porción de estómago. Cuanto mayor cantidad de órgano se reseque, más brillantes serán los resultados ulteriores.

En las 18 exéresis en manguito o resecciones anulares, el resultado ha sido bueno en la mayoría de casos; solamente 3 han obligado a una resección secundaria y a practicar una gastrectomía muy extensa.

El método Billroth I, o Péau, es en principio, la operación de elección. Cuando por alguna circunstancia no es posible practicarla, se recurrirá al procedimiento de Polya.

Yo no he empleado nunca el Billroth I para el tratamiento del *ulcus*. En 4 casos, me he visto precisado a intervenir consecutivamente a una anastomosis gastroduodenal (Billroth I), porque el duodeno estaba estenosado.

Este procedimiento quirúrgico se ha de reservar para los casos en que el duodeno es relativamente ancho. De no cumplirse esta condición, es preferible realizar la operación siguiendo el método de Polya, transmesocólica o precólica, según que la operación presente menos dificultades o parezca más benigna en este o en aquel sentido.

En los *ulcus gástricos* de localización alta, he practicado la gastrectomía total en 5 casos, y en 27 he resecado la pequeña corvadura (gastrectomía "en canal") y las tres cuartas partes de la gran corvadura sobre la que se había extendido el *ulcus*.

En dos casos se trataba de recidiva consecutiva a la operación de Balfour, y en los dos he tenido que practicar una resección subtotal secundaria. La curación ha sido completa.

El examen hisológico de las piezas anatómicas, demostró que en los dos casos existía transformación cancerosa. Es interesante señalar que hemos encontrado un cáncer típico en el 5 por 100 de los casos de gastrectomía consecutiva a una úlcera y esta investigación se ha efectuado en una serie de 200 gastrectomías.

La gastropilorectomía debe ser una resección subto-

tal y constituye la operación de elección en el *ulcus gástrico*, por las siguientes razones:

Suprime la hemorragia, el dolor, los síntomas dispepticos y evita los peligros de una transformación neoplásica. Además, nunca hemos tenido recidivas después de la gastropilorectomía; en cambio los hemos podido observar con la resección cuneiforme y hasta con la resección en manguito.

Úlceras duodenales. He practicado la gastroenterostomía sola, sin resección, en 213 casos. En todos ellos comienzo por el tratamiento directo del *ulcus duodenal*, es decir, su escisión, su resección o su termocauterización; luego, sepulto la porción ulcerada del duodeno, plicatura que viene a ser una especie de escisión; y termino con una gastroenterostomía de asa corta siguiendo el método de Moynihan, de Ricard, de Mayo, etc. Doy muy poca importancia a la dirección del asa corta: a la derecha, a la izquierda, vertical, me someto sencillamente a lo que parece más fácil, *dispone el asa como ella quiere*.

En un 15 por 100 de los casos aproximadamente, ha practicado la gastroduodenostomía siguiendo la técnica de Finney, pero para poderla ejecutar y para evitar todo peligro al enfermo, es preciso que exista una gran movilidad tanto del estómago como del duodeno.

En un tercio de casos de *ulcus duodenal*, es decir siempre que la hiperclorhidria ha sido bien manifiesta, he practicado la gastrectomía: resección del duodeno y del estómago (3/4 del órgano).

Siempre que hay amenazas de perforación: dolores o peligro de hemorragias, es preciso en absoluto suprimir sistemáticamente el duodeno y el *ulcus duodenal*.

La gastroenterostomía, aun seguida de cauterización y de plicatura, es insuficiente. Y claro está que también se habrá de realizar la gastrectomía sistemática, cuando coincida el *ulcus gástrico* con el duodenal.

La gastroenterostomía sola es una operación ideal en los casos de *estenosis fibrosa del duodeno*, y cuando no existe hiperclorhidria pronunciada. Si la úlcera duodenal va asociada a la gastropilosis, la operación de Finney es de resultados muy satisfactorios y de una benignidad extrema.

Así pues, cuando la úlcera duodenal está en su período de actividad, con acidez normal, bastará practicar "el tratamiento directo": cauterización o escisión del *ulcus*, seguido de plicatura de la zona ulcerosa y de gastroenterostomía; y cuando existe una hiperacidez acentuada, será preciso practicar la gastrectomía subtotal, o sea la resección de la mayor parte posible del estómago con objeto de suprimir la secreción clorhídrica, única manera de que el enfermo pueda curarse.

La gastropilorectomía por úlcera duodenal, es más difícil técnicamente que por úlcera gástrica. Son numerosos los casos en que la úlcera del duodeno es tebrante hacia el páncreas y el cierre del duodeno resulta muy delicado y requiere una técnica especial (1).

Practicada la operación por *ulcus duodenal*, y si es posible después de la del *ulcus gástrico*, debe extir-

(1) V. *Práctica Quirúrgica Ilustrada*, fasc. IX. Victor PAUCHET. Dosis editorial.

Gastroenterostomía. Victor PAUCHET y Augusto TIERNES. Dosis edit.

parse siempre el apéndice que tan a menudo está enfermo. También es preciso explorar la vesícula biliar y las acodaduras intestinales. Antes de la intervención se habrá investigado si existe éxtasis intestinal crónica, porque la enfermedad de Lane coincide bastantes veces con la úlcera duodenal o gástrica.

El operado de úlcus gástrico o duodenal seguirá *tratamiento médico* y estará sometido a régimen durante un año o más. La boca, los dientes, las encías, las amígdalas, la nariz, el estreñimiento, serán objeto de rigurosa vigilancia por parte del médico. Se prohibirá el *tabaco* más de un año, y los alimentos siguientes durante seis meses: carne, pescado, huevos, leche, queso y todos los albuminoides en general.

Toda úlcera duodenal que provoca dolor de una manera continua debe considerarse como peligrosa de perforación, debiendo intervenir lo más pronto posible.

Toda úlcera duodenal que sangra debe ser operada, con preferencia entre dos crisis hemorrágicas. Es mejor operar "en seco". Por qué? Pues porque en los enfermos operados en plena hemorragia la sangre se acumula en el intestino produciendo fermentaciones, albúminas muy tóxicas, que son reabsorbidas por el organismo. Cuando nos vemos en el caso de operar enfermos con sangre en el intestino, practicamos sistemáticamente una tíflostomía y por esta fístula cecal introducimos gota a gota agua conteniendo sulfato sódico, para provocar la rápida evacuación del contenido intestinal. De este modo se conjura el peligro de la reabsorción de albúminas tóxicas.

Úlceras yeyunales. En el 5 por 100 de gastroenterostomizados por úlcus duodenal aparece ulteriormente un úlcus del yeyuno.

Si en la estadística de algunos cirujanos, la proporción de estas úlceras secundarias es menos importante, se debe a que no son ellos mismos los que operan tales úlcus. Un individuo que ha sufrido una gastroenterostomía por úlcus duodenal y de cuyo resultado no está satisfecho, no acostumbra a presentarse al cirujano que le operó, sino que va en busca de alguno especializado en este género de operaciones y éste es quien lo interviene. Esta es la razón por la que un cirujano más familiarizado con la práctica gastroenterológica, ve mayor número de úlceras yeyunales que los otros. Por nuestra parte, desde que practicamos la gastrectomía en muchísimas úlceras duodenales, ya no vemos en nuestros enfermos úlceras secundarias; tampoco las vemos desde que realizamos la gastrectomía subtotal. Dos casos personales de úlcera secundaria del yeyuno hemos observado consecutivamente a resección gástrica por úlcera duodenal; se trataba de enfermos hiperácidos en los cuales cometimos las dos faltas siguientes:

- a) Resección gástrica insuficiente.
- b) No destrucción de la úlcera duodenal que constituyó el punto de partida del úlcus del yeyuno.

La persistencia de la úlcera duodenal predispone a la producción de una úlcera en el yeyuno. He aquí por qué es indispensable suprimirla sistemáticamente.

El método de elección seguido en los 44 casos de *úlceras yeyunales*, ha sido la gastropilorectomía, habiendo tenido 4 muertos.

En todos ellos hemos resecado la mayor porción de estómago posible, comprendiendo en esta resección la boca gastroyeyunal; esta gastrectomía subtotal, verdadero método de elección, es la única intervención que nos pone a salvo de recidivas.

La complicación más grave del úlcus yeyunal, es la *fístula gastroyeyunocólica*. Si se quiere salvar la vida del enfermo, es necesario operar en cuanto se sospecha la existencia de esta fístula, que puede ser diagnosticada desde luego por el enema bismutado o por la comida opaca. Pero como la intervención ha de ser lo más precoz posible, no es conveniente en todos los casos esperar la comprobación radiológica.

Algunos cirujanos prefieren hacer simplemente la separación de las vísceras, es decir, la liberación del estómago, del yeyuno y del colon. La operación, en estas condiciones, por sencilla que parezca va seguida de una mortalidad considerable. Por nuestra parte, hemos conseguido disminuir muchísimo la cifra de mortalidad, practicando la siguiente operación radical: resección global del estómago, del segmento cólico y de la fístula, practicada a cielo abierto, esto es, con abertura de la cavidad cólica y gástrica. De todos modos la mortalidad de estas operaciones por fístula ha sido en nuestras manos muy elevada (30 %). Estas fístulas gastroyeyunocólicas dejarán de observarse cuando se opere el úlcus yeyunal, no ya diagnosticado, sino simplemente sospechado. También podrá evitarse muchas veces el úlcus del yeyuno consecutivo a la intervención por úlcus duodenal, si siempre que el enfermo sea hiperclorhídrico el cirujano practica la gastrectomía subtotal.

¿Está justificado alguna vez operar en dos tiempos las lesiones gástricas y duodenales? ¿Hacer primero la gastroenterostomía y ulteriormente la resección gástrica?

En principio, no; es preferible hacer toda la operación de un solo tiempo. Ahora bien, si el cirujano vacila, si teme por la resistencia del enfermo, deberá limitarse a la gastroenterostomía y dejar la resección para más adelante. Nosotros hemos comprobado que estas intervenciones iterativas, aunque algo más delicadas, no determinan una mortalidad mayor.

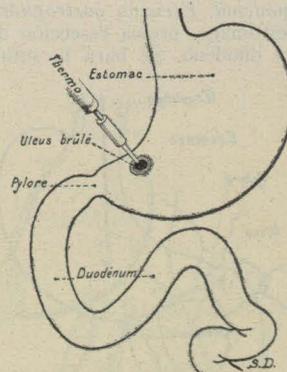


Fig. 1. *Úlcus gástrico. Termocauterización* (BALFOUR). Esta operación puede combinarse con la piloroplastia o con la gastroenterostomía. (1).

(1) Esta figura y las siguientes han sido tomadas de la *Práctica Quirúrgica Ilustrada*, fasc. I, por Victor PAUCHET. Dosis edit, París.

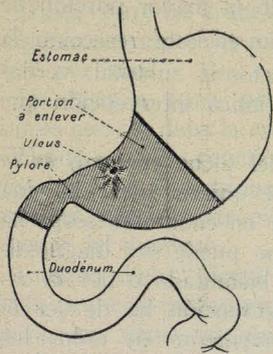


Fig. 2

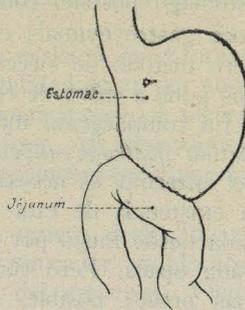


Fig. 3

Fig. 2. *Ulcus gástrico. Gastrectomía* (procedimiento de elección). La resección gastroduodenal abarcará la porción sombreada. Este tratamiento es principalmente aplicable:

A los ulcus con hiperclorhidria pronunciada.
Al ulcus terebrante o adherente al hígado o al páncreas.
Al ulcus calloso, cuyos bordes acartanados, gruesos, pueden infundir sospechas de degeneración presente o futura.

Fig. 3. *Ulcus gástrico. Gastrectomía de Polya*. Implantación terminolateral del estómago en el yeyuno (asa corta). La sutura se hace con catgut lento en dos o tres planos. El desagüe del estómago es generalmente perfecto con este proceder, pero por poco que parezca que el asa eferente va a llenarse con el contenido gástrico, será prudente hacer una anastomosis yeyunoyeyunal con botón.

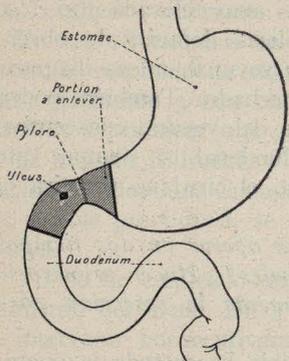


Fig. 4

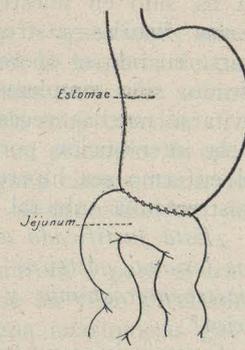


Fig. 5

Fig. 4. *Ulcus duodenal hemorrágico o en vías de perforación. Escisión gastropilórica*. El ulcus duodenal radica en la primera porción del duodeno a poca distancia del píloro. Aquí el píloro y el duodeno son móviles, por lo cual la resección es fácil y benigna. La porción en gris indica el segmento a resecar. El duodeno será cerrado en fondo de saco mediante una sutura en bolsa.

Fig. 5. *Ulcus duodenal. Escisión gastropilórica*. Implantación terminolateral del estómago, previa resección del píloro y de la primera porción del duodeno. Se hará la sutura en dos planos

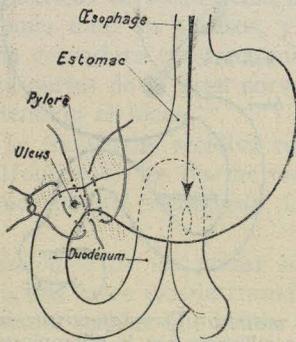


Fig. 6

con satgut lento. Esta resección del píloro conviene sobre todo a los casos hemorrágicos y a las formas dolorosas por espasmos del píloro. Esta "esfinterectomía" amplía, pone al abrigo

del dolor, de las hemorragias, y si la resección es extensa evita con mayor seguridad la aparición del ulcus yeyunal

Fig. 6. *Ulcus duodenal. Termocauterización y gastroenterostomía*. Este tratamiento es sencillo y de buen resultado. Gastroenterostomía por suspensión vertical (RICARD). El asa yeyunal es corta. El orificio vertical recae sobre el eje del esófago y a la izquierda, para que se encuentre lo más lejos posible de la porción secretora del estómago. En esta posición, el yeyuno y el orificio anastomótico sufren menos la acción péptica de los jugos digestivos, sobre todo la de los segregados por el segmento pilórico. Si el ulcus no es fácilmente accesible: cauterizar y sepultar bajo tres puntos de sutura con catgut lento n.º 00. Estos tres puntos atraviesan a la vez la pared anterior del duodeno y los mesos que contienen los vasos. Esta plicatura duodenal será factible en la mayoría de ocasiones.

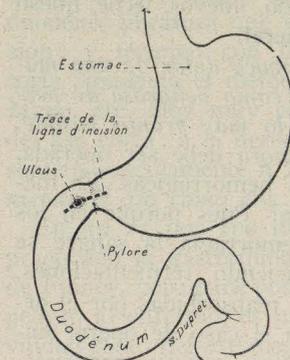


Fig. 7

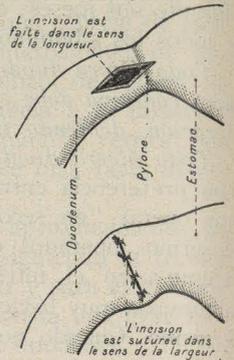


Fig. 8

Fig. 7. *Ulcus duodenal. Termocauterización y piloroplastia*. El ideal del operador debe consistir en evitar las hemorragias, las perforaciones, suprimir los dolores y restablecer el vaciamiento perfecto del estómago. Un toque con el termo en el ulcus y la piloroplastia cumplen esta finalidad. Esta figura muestra el ulcus cauterizado con el termo y luego desbridado por el gástrico y duodenal. La sección recayente sobre el píloro es corta (1/3), más larga sobre el duodeno (2/3); en el centro la úlcera. Esta operación solamente conviene a los casos con debil hiperclorhidria, pues de lo contrario son frecuentes las recidivas a nivel de la sutura. La piloroplastia, no obstante, mejora el desagüe gástrico y hace desaparecer los dolores por espasmo.

Fig. 8. *Ulcera duodenal. Termocauterización y piloroplastia*. Herida losángica resultante de la sección piloroduodenal. La incisión paralela al eje intestinal en transformada en una hendidura vertical, lo cual agranda el orificio pilórico y suprime su contractura. El vaciamiento del estómago queda asegurado.

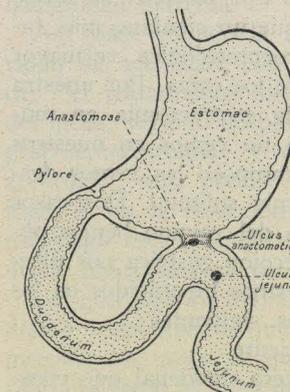


Fig. 9

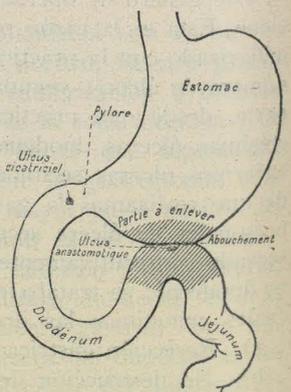


Fig. 10

Fig. 9. *Ulcus yeyunal postoperatorio*. Los dos sitios del ulcus:

- a) En la anastomosis, vertiente yeyunal.
- b) En el yeyuno, a cierta distancia de la anastomosis.

El ulcus anastomótico es habitualmente la consecuencia del empleo de lino o de seda, de maniobras digitales o instrumentales traumatizantes, de una ejecución defectuosa de la anas-

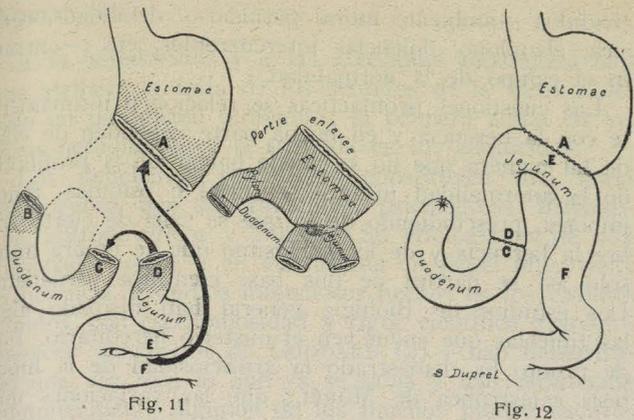


Fig. 11

Fig. 12

tómosis, de una hiperclorhidria intensa o de una mala higiene alimenticia.

Fig. 10. *Ulcus yeyunal postoperatorio.* Esta figura muestra el sitio habitual del ulcus duodenal y el sitio habitual del ulcus del yeyuno. Este es generalmente consecutivo a una gastroenterostomía por ulcus duodenal, y recae lo más a menudo sobre la vertiente yeyunal de la boca anastomótica. Uno de los métodos de cura, es la escisión anastomótica: resección de la porción del estómago y del asa yeyunal anastomosadas. Si el ulcus duodenal está curado y el duodeno es permeable, el operador resecará el ulcus y suprimirá la gastroenterostomía cerrando por separado el yeyuno y el estómago.

Fig. 11. *Ulcus yeyunal postoperatorio. Resección triple del estómago, del duodeno y del yeyuno (operación de elección).*

Esta figura indica la porción que ha de ser suprimida. La dirección de las flechas señala los segmentos intestinales que serán aproximados y anastomosados entre sí.

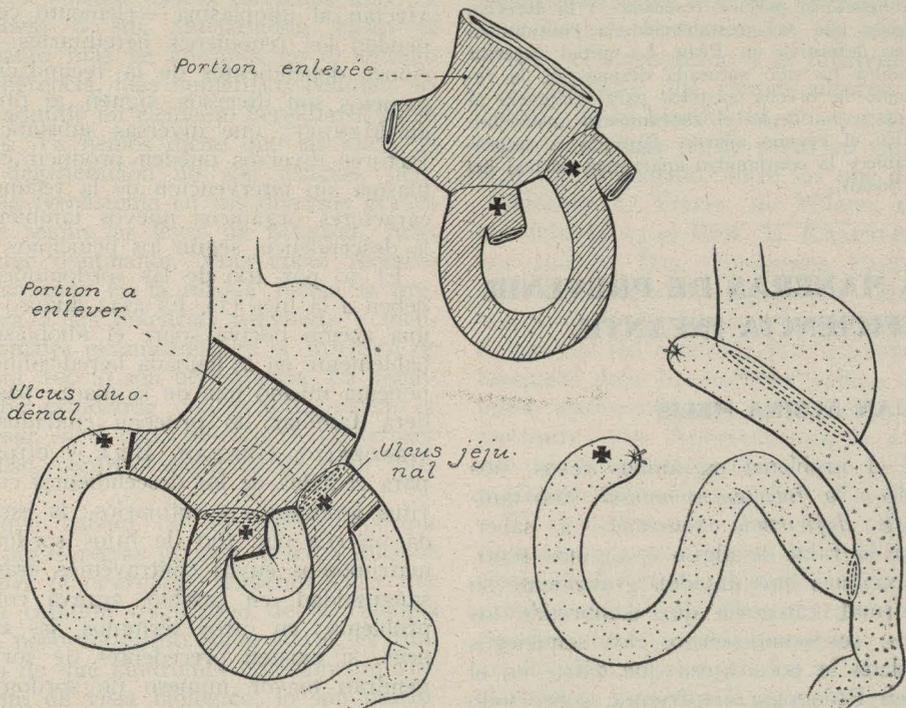


Fig. 13

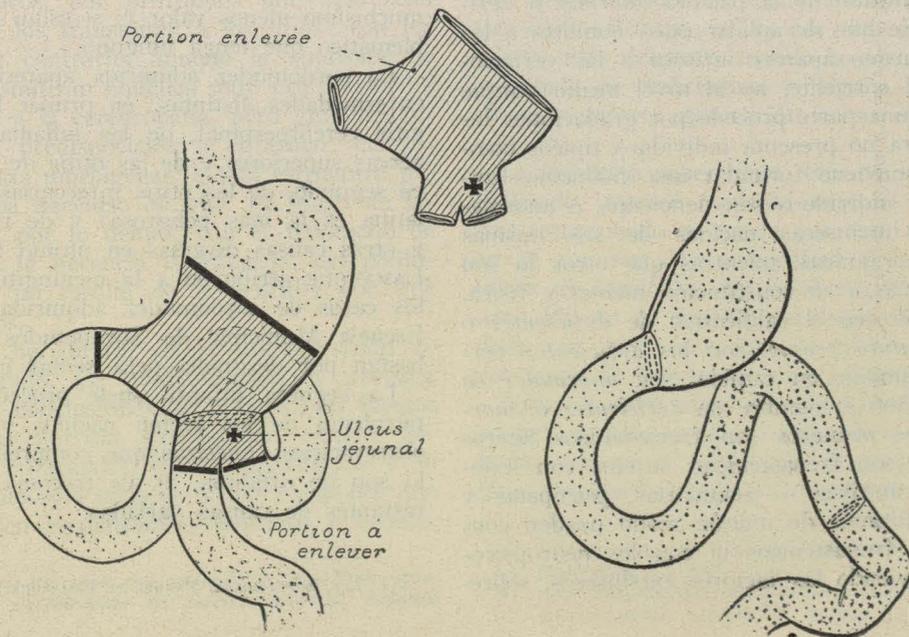


Fig. 14

Fig. 12. *Ulcus yeyunal postoperatorio. Resección triple del estómago, del duodeno y del yeyuno.* (Operación de elección).

Aspecto de los órganos una vez terminada la anastomosis. Implantación gastroyeyunal E. A. Enterorrafia yeyunoyeyunal D. C.

Fig. 13. *Ulcus yeyunal postoperatorio.* A la izquierda, la úlcera duodenal que ha justificado la operación; el úlcus yeyunal secundario a la primera gastroenterostomía y otro úlcus yeyunal consecutivo a la segunda gastroenterostomía. Los dos trazos sobre el estómago y el intestino muestran la parte de estos órganos que es preciso reseca para etirpar simultáneamente dos terceras partes de estómago y las dos anastomosis.

Arriba, el segmento gástrico y yeyunal reseca. A la derecha, los órganos después de la resección y gastroenterostomía por implantación. (Operación muy excelente).

Fig. 14. *Ulcus yeyunal postoperatorio. Gastrectomía.* (Operación de elección).

La figura de la izquierda muestra el úlcus yeyunal. Las líneas de trazo grueso limitan las porciones que se van a reseca.

En el centro de la figura, la porción reseca. A la derecha, aspecto de los órganos una vez restablecida la continuidad gastrointestinal. Es en definitiva un Péan. La mitad superior de la pequeña corvadura ha sido suturada después de la resección; se ha reducido la brecha gástrica para adaptarla al calibre del duodeno, y se ha hecho el abocamiento gastroduodenal cabo a cabo. En el yeyuno aparece figurada la enteranastomosis que restablece la continuidad anatómica normal del intestino. (Operación ideal).

SOBRE LAS MANERAS DE PREVENIR LA DEFICIENCIA INFANTIL

por el doctor

JUAN ALSINA MELIS

Siendo idéntico el problema en ambos casos, nos referiremos no sólo a la *deficiencia mental*, sino también a la llamada *deficiencia sensorial*; a saber, a la producida por la falta de algún o algunos sentidos o por imperfecciones que impiden gravemente su funcionamiento normal, categoría que comprende los sordomudos, ciegos, sordomudo-ciegos, los semiciegos y semisordos. Y dada la poca fijeza que existe en el tecnicismo usado en Pedagogía ortofrénica, sobre todo en nuestra patria, no será por demás delimitar con exactitud el significado de la palabra *anormal* o *deficiente psíquico*. Se han de aplicar estos nombres a los niños cuyo psiquismo aparece inferior a las variaciones extremas del corriente, no al nivel medio porque la naturaleza de una parte procede por gradaciones insensibles y de otra no presenta individuos típicos completos. Además conviene formular una distinción fundamental: ciertos individuos son deficientes o anormales por causas intrínsecas nacidas de sus mismas condiciones psicoorgánicas, mientras que otros lo son por causas extrañas a su constitución mental y física. Los primeros merecen el calificativo de *deficientes* o *anormales en sentido propio*, son los *deficientes verdaderos*; los segundos, en cambio, son *anormales en sentido lato*, reciben el nombre de *deficientes* o *anormales falsos*. Los primeros son frenasténicos ligeros pero en realidad son frenasténicos, sujetos con lesiones nerviosas primitivas o secundarias, psicópatas y neurópatas; los últimos de ningún modo pueden confundirse con los frenasténicos ni con los neuropsicópatas, pues removiendo los factores extrínsecos, sobre-

añadidos — ambiente moral pernicioso, debilidad orgánica, abandono, dolencias intercurrentes, etc. — entran en el campo de la normalidad.

Las cuestiones profilácticas se relacionan íntimamente con la herencia y en buena parte dependen de ella, de tal manera que no se puede hablar de la profilaxis de la anomalía infantil sensorial o psíquica, tanto importa, prescindiendo de lo que se sabe de cierto sobre la herencia y de lo muchísimo que se ignora aún; sólo así se partirá de una base científica verdadera. Los estudios de Biología general han disipado algo las tinieblas que envuelven el misterio hereditario. Por de pronto ha demostrado la artificiosidad de la hipótesis catastrófica de MOREL; que las variaciones que se transmiten a las generaciones sucesivas son las que afectan al idioplasma — elemento celular del cual dependen los fenómenos hereditarios —; que las variaciones dependientes de la fecundación en la cual los gametos son diversos, siguen, al propagarse, las leyes de MENDEL; que diversas sustancias y, en general, factores diversos pueden producir cambios en el idioplasma sin intervención de la fecundación y que tales caracteres orgánicos nuevos también se transmiten a la descendencia según los principios mendelianos.

El 50 por 100 de las sordomudeces hereditarias se deben a la lues (1). Es asaz dudoso que la lues ejerza una acción nociva sobre el idioplasma, sino que probablemente en la llamada heredosifilis interviene el treponema mismo que de la madre pasa al feto. La sordera familiar, lo prueban cuidadosas estadísticas de GRADENIZO, GRAHAM, BELL y otros, no es tan fatal para el habla de los descendientes como aseguran espíritus ignorantes y rutinarios; la estadística más negra da un 9'2 por 100 de hijos sordomudos entre 2377 matrimonios cuyos contrayentes eran sordos. La consanguinidad, en cambio, agrava considerablemente el problema; en otros términos, las uniones consanguíneas, si existen precedentes de sordera familiar, engendran mayor número de sordomudos que las no consanguíneas, un 77'5 por 100 entre 301 matrimonios; la consanguinidad unida a la sífisis de los padres tiene muchísimo menos valor y, si están sanos, es asaz problemático que tenga ninguno.

La sordomudez adquirida aparece como secuela de enfermedades distintas: en primer lugar de la meningitis cerebroespinal, de las inflamaciones de las vías aéreas superiores y de las otitis de los niños de pecho en segundo, de las otitis infecciosas después (la escarlatina es la más peligrosa) y de traumatismos, sífilis y otras causas diversas en último término. PARREL y LAMARQUE atribuyen a la meningitis casi la mitad de los casos de sordomudez adquirida. Los datos de la Escuela Municipal de Sordomudos de Barcelona, no bastan por desgracia para sentar conclusiones.

La ceguera infantil suele proceder de la oftalmía purulenta de los recién nacidos y del tracoma. De observaciones nuestras que comprenden 84 ciegos, 40 lo son de oftalmía, 25 de tracoma, 13 de lues y los restantes de causas variadas.

(1) *Les sourds-muets*, PARREL et LAMARQUE, Paris, 1925.