

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE AMPUTACION ABDOMINO-PERINEAL DEL RECTO POR CANCER

FERMIN PALMA RODRIGUEZ

Cirujano, por oposición, del Hospital Provincial de Jaén.
Académico C. de la R. Academia de Medicina de Granada.

«Deseáramos que fuese este trabajo un coloquio entre el médico de cabecera y el cirujano que desea divulgar cómo el cáncer de recto es uno de los pocos tumores malignos que curan después de su extirpación, o al menos, el de mayor supervivencia postoperatoria.»

I.-INTRODUCCION

El cáncer de recto, es tema de actualidad en todos los países. Su importancia por días aumenta. LAWRENCE ABEL en Inglaterra, por ejemplo, comenta lo siguiente: «Hace aproximadamente una generación, el cáncer era responsable de una muerte de cada dieciocho entre la población de dicho país. En 1938 la relación era de una de cada siete defunciones. Las últimas estadísticas en 1947 señalan una relación de uno de cada 6'4 fallecimientos. El cáncer de recto es responsable de una de cada doce muertes producidas por cáncer, lo que representa una de cada setenta y cinco defunciones entre la población.»

Pero la importancia no queda aquí, si recordamos que este proceso afecta a los dos sexos y que se presenta en la edad adulta (aunque no faltan los casos jóvenes) que es la edad en que el individuo, ha conseguido una posición en la vida y es cuando resulta valioso a su familia, comprenderemos que requiere importancia y merece la pena que con insistencia nos ocupemos de esta afección y más todavía si no olvidamos que el cáncer de recto actualmente se cura, siempre que se haga una extirpación precoz. Caso demostrativo de todo esto es el que traemos hoy a estas líneas solo con el deseo de comentarlo una vez más.

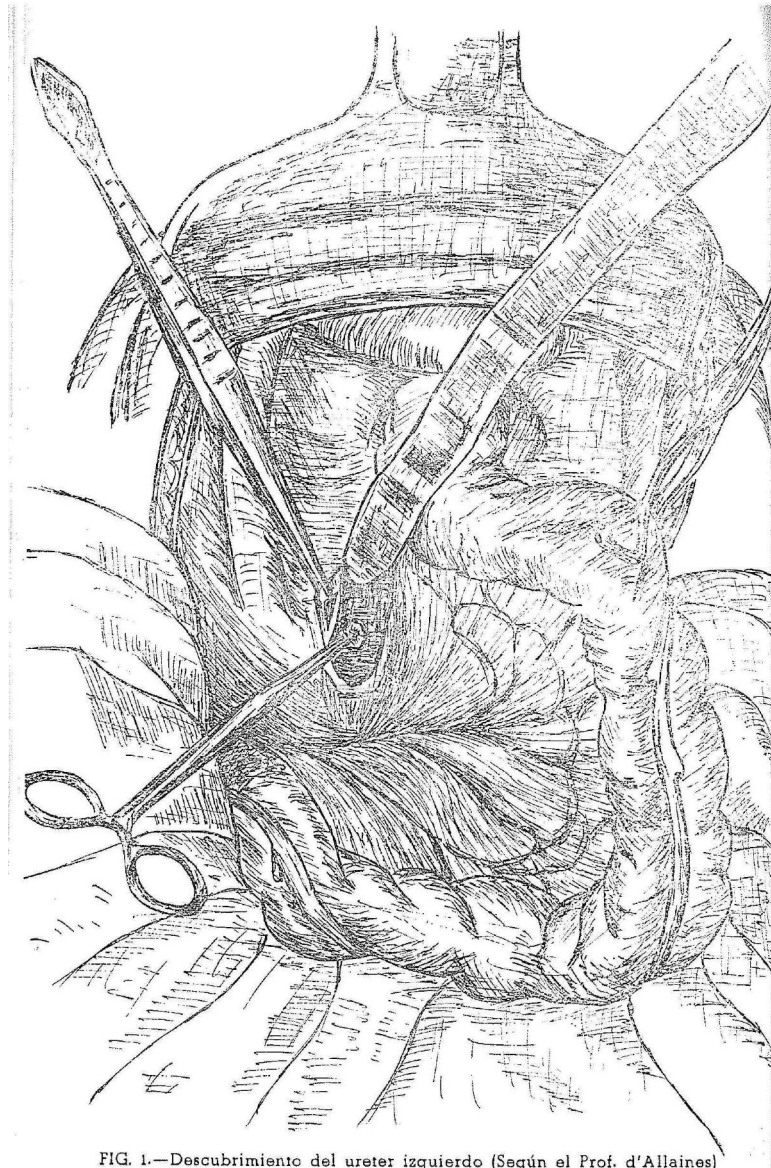


FIG. 1.—Descubrimiento del ureter izquierdo (Según el Prof. d'Allaines)



FIG. 2.—Sección del peritoneo pelviano y liberación del uréter derecho

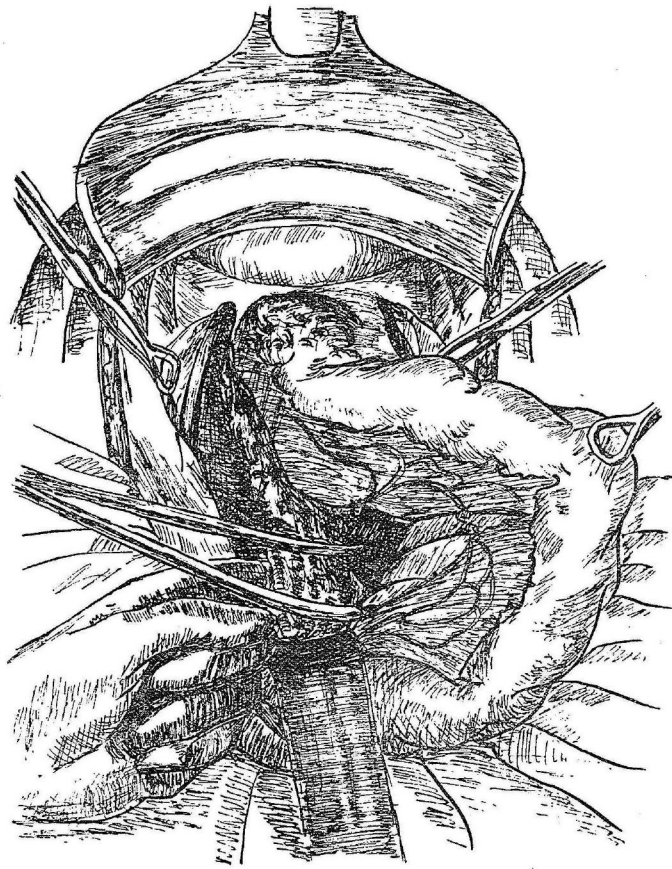


FIG. 3.—Ligadura del pedículo hemorroidal superior.

II.-DIAGNOSTICO PRECOZ

Podríamos decir que el buen tratamiento del cáncer rectal comienza con el diagnóstico precoz. Ya en otra ocasión lo comentábamos («La cirugía conservatriz del cáncer del recto». Memoria presentada al CSIC) de la siguiente manera: El cáncer rectal es el de más fácil diagnóstico dentro de los del tubo digestivo y sin embargo cuantos enfermos lo llevan enmascarado con otros procesos benignos—tipo hemorroides—con las que el enfermo o médico justifican las molestias. El tacto rectal en un 80% hace el diagnóstico no llegándose a él la mayor parte de las veces por faltar a este simple método de exploración, unas veces por la prisa del médico o del enfermo y otras por los motivos de pudor por parte de los pacientes, que hacen que no manifiesten claramente sus molestias. No faltan en ocasiones las huidas del médico ante la necesidad de practicar el tacto rectal. Todo esto es lo que hace que sea olvidado este simplísimo medio de exploración; aún así, hemos de señalar que un tacto rectal incorrecto no nos conducirá al diagnóstico, pues al practicarlo en malas condiciones o sin la debida atención, hace que no se noten o perciban los procesos indurativos o ulcerosos.

La conservación de un buen estado general e incluso su aparición en una edad relativamente joven hace también que el diagnóstico no sea muy precoz al descartar por estos antecedentes tal afección. No hay que dejar de divulgar que la expulsión de sangre principalmente, no siempre es debida a hemorroides, e incluso si existen, la pérdida sanguínea puede ser ocasionada por el carcinoma y no por ellos.

Con el diagnóstico precoz obtendremos una terapéutica sin recidiva y esto sería lo ideal después del paso tan grande dado por la cirugía. El complemento del tacto rectal lo constituye la rectoscopia al alcance de cualquier práctico; con ella confirmamos las lesiones que el dedo ha tocado o bien damos con las que el dedo no alcanza; son medios por lo tanto que se complementan, confirmando el diagnóstico y sentando la elección operatoria de resección o amputación. No olvidaremos que a la rectoscopia le pasan desapercibidas las lesiones o tumores de la parte baja de la concavidad del sacro, por escapar a la proyección del rectoscopio.

La biopsia, ante los pólipos o tumores vellosos que encontremos en recto, nos dará el aviso de la tan posible degeneración maligna y finalmente, la enema opaca completará el diagnóstico o nos ayudará a hacerlo en aquellos casos altos de localización rectosigmoidea, o bien perfilando el límite superior de los encontrados con los otros medios de exploración, terminando este estudio radiológico con la conocida técnica de FISCHER de la insuflación, después de la expulsión de la enema.

Evidentemente, a más de las otras razones comentadas en el diagnóstico tardío del cáncer rectal influye, el que se le describe con

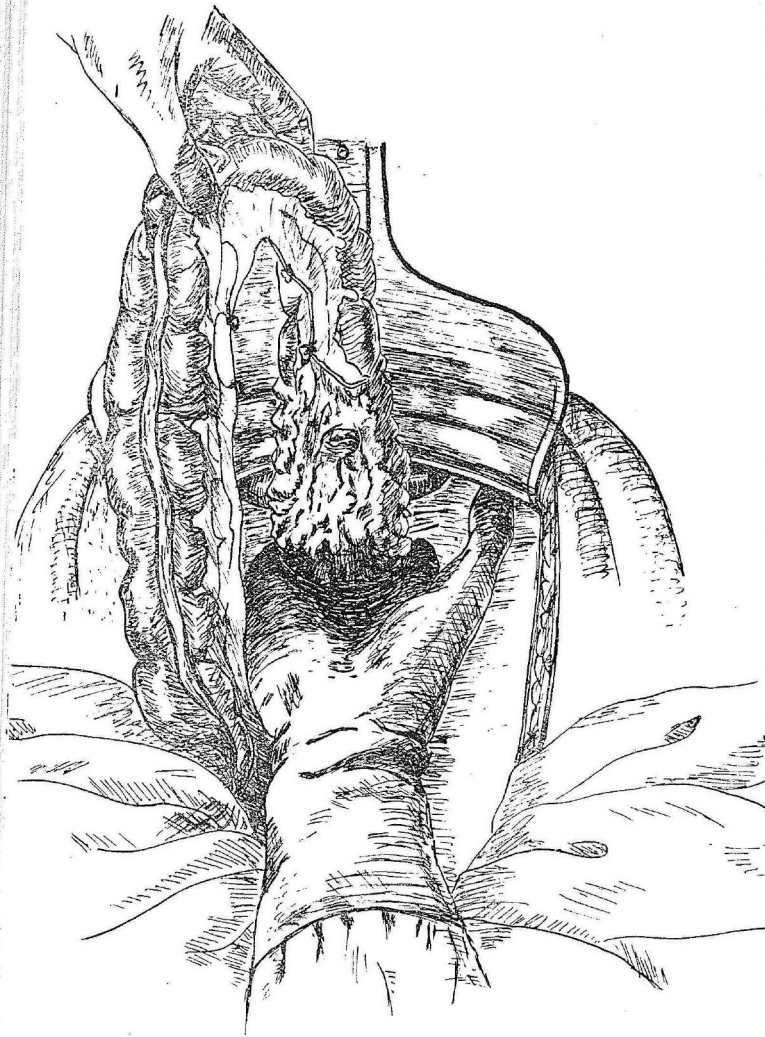


FIG. 4.—Liberación del recto de la concavidad del sacro.

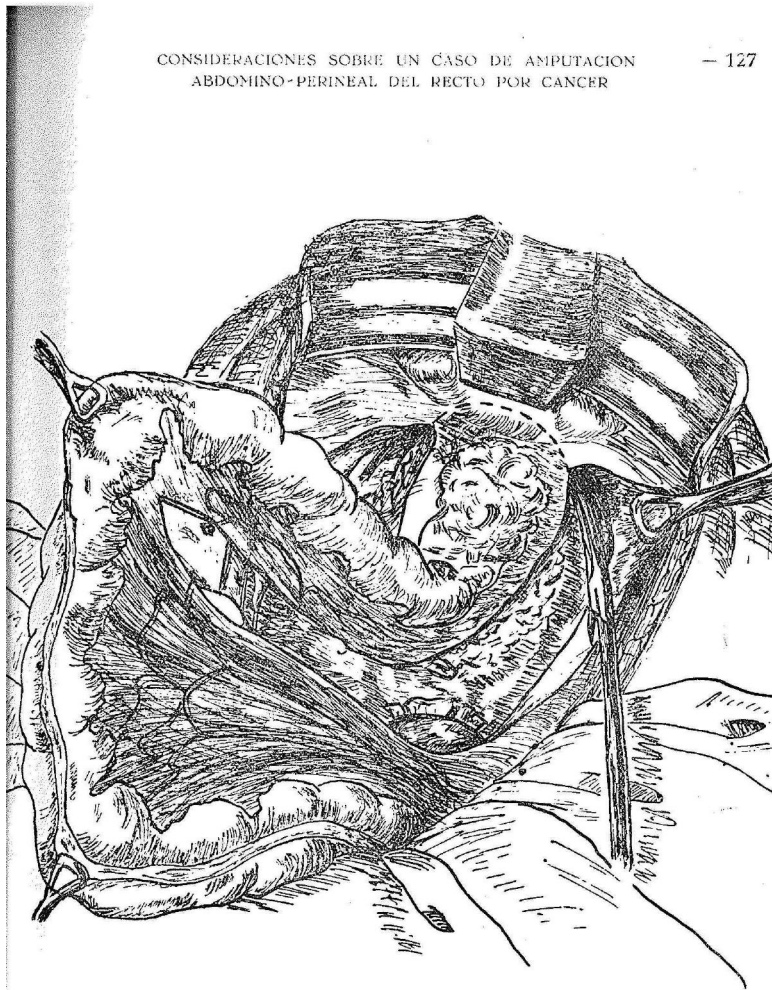


FIG. 5.—Liberación del recto de la vejiga.

unos síntomas que son más bien del último estadio o resultado de sus complicaciones. El cáncer en su iniciación apenas produce síntomas, tratándose en un buen número de casos de un sujeto de apariencias normales que trabaja, que no adelgaza y que incluso es joven; es por lo tanto una afección silenciosa en su periodo inicial y que solo dará síntomas después, siendo el más importante, aparte de la alteración del ritmo habitual de las deposiciones, la pérdida de sangre por el ano, que nos hace sospechar este proceso, pese a que el individuo sea portador de otras afecciones benignas de esta región que también la produce. En los otros periodos, el cáncer de recto se manifiesta por los síntomas clásicos y típicos de toda lesión a este nivel del tubo digestivo y que se conoce con el nombre de síndrome ano-rectal (moco, pus, sangre, diarrea o estreñimiento, dolor y tenesmo).

Hechas estas consideraciones sobre el diagnóstico de esta afección, vamos a comentar el caso en cuestión. Se trata de un varón (Francisco M. N.) de 55 años natural de Campillo de Arenas pero que reside en Torrequebradilla (Jaén). Hace un año sin antecedentes que interesen empezó a tener diarreas diurnas que le duraban aproximadamente una semana. Estaba bien después temporadas de quince y veinte días. Hace seis meses junto con la deposición echó sangre roja, síntoma que se ha venido repitiendo con gran frecuencia. Últimamente notaba sensación de tener ocupado el recto aún después de las deposiciones. Creyó que sufría de hemorroides y este fué el motivo por el que vino a consultar al Hospital. Cuando nosotros le vimos al contarnos su historia le hicimos tacto rectal (maniobra que ejecutamos sistemáticamente ante un enfermo con síntomas ano-rectales) el cual nos dió el diagnóstico.

III.-PRE-OPERATORIO

La semana que precedió a la intervención fué el tiempo mínimo que se le dedicó a la preparación. Después de un estudio general hecho por aparatos, estudiamos de una manera especial el dosaje de proteínas, cifra de hematíes, hemoglobina, valor globular, tiempo de hemorragia y coagulación, urea sanguínea y sodio sérico.

Después de corregir las alteraciones generales con hierro, transfusiones sanguíneas, vitaminas, aminoácidos y glucosa, comenzamos una intensa preparación local con el fin de disminuir el contenido intestinal y la virulencia de su flora.

Seguimos prefiriendo para la limpieza intestinal, el uso de ciertos purgantes más que los enemas de limpieza, ya que éstos no son de tan buen resultado y ocasionan fatigas al enfermo, pudiendo en ocasiones por exceso de presión, amenazar las zonas inflamatorias con el riesgo de perforación. El empleo del aceite de ricino (dos partes) asociadas al jarabe de belladona (una parte y para evitar los espasmos dolorosos) es una buena medida para la limpieza intestinal.

Durante los días de la preparacion el enfermo debe hacer uso de una alimentacion pobre en residuos para coadyuvar a la acción limpiadora de la purga.

Se termina de limpiar el intestino con el empleo de un tiazol de poca absorción digestiva. Hemos empleado el taliltiazol. No hemos

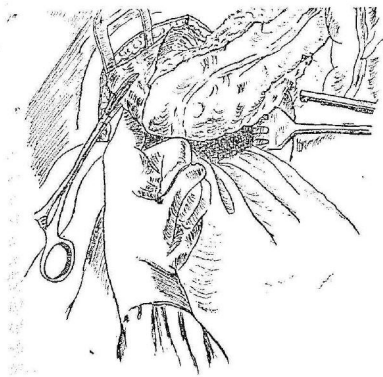


FIG. 6.—Sección y ligadura de las aletas laterales

empleado la sulfasuccidina (succinil-sulfatiazol) por no disponer de este preparado, pero juzgamos que es el mejor que podemos emplear en estos casos ya que produce una licuacion de las heces además de asepticar el intestino. La acción de estas sulfamidas se complementan fundamentalmente con el empleo de la Terracina. Dos días antes de la intervención impregnamos al enfermo con penicilina que colabora en la desinfección y evita ciertas complicaciones. Como medida final en la preparación de estos casos hacemos lavar la ampolla rectal la víspera con un enema de limpieza muy suave y mandamos colocar una sonda en vejiga

momentos antes de comenzar la intervención.

La anestesia que hemos empleado en este paciente ha sido Narcovenol Curare-Éter-Oxígeno, (anestesta Sr. González Gómez) con intubación endotraqueal. Actualmente disponemos de todos los medios actuales de anestesia-reanimación. Brevemente comentaremos la técnica y los cuidados postoperatorios tal y como la seguimos nosotros. No obstante expondremos, muy concisamente las diversas técnicas de apuntación del recto, haciendo constar que somos mucho más partidarios de la resección del recto ya que conserva el aparato ano-esfinteriano, pero, como ya en otra ocasión lo publicábamos, este proceder está indicado cuando la neoplasia está situada a cierta distancia del ano que permita la conservación ano-esfinteriana sin menoscabo de la radicalidad. El caso que comentamos no entra en la indicación de resección por ser de localización muy baja, por lo que tuvimos que realizar la amputación.

IV.-TECNICA

Entre los diversos métodos que tenemos para la amputacion del recto contamos con la vía sacra o con las vías abdomino-perineales

o combinados. Entre los primeros, la vía sacra, están el proceder de KRASKE y el de GOETZE. El primero está totalmente desechado porque dejan tejido peri-rectal canceroso adherido a la fascia de los elevadores y porque el campo que da limita el acceso peritoneal a través del DOUGLAS quedando ignoradas las metástasis altas. En cambio el proceder de GOETZE ya permite una apertura peritoneal amplia, una excelente movilización del sigmoides y la extirpación con el tumor de toda la fascia cancerizada a éste nivel. Como proceder perineal de amputación tenemos el de LOCKHAT-MUMMERY, usado muy poco en la actualidad. Más corrientemente empleados son los métodos combinados. Fundamentalmente son tres para la amputación del recto. La operación de MILES ABEL y JONE, que es el empleado fundamentalmente por

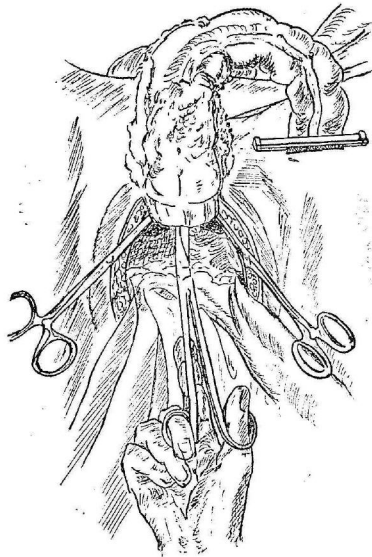


FIG. 7.-Liberación de la cara anterior del recto de la próstata y vesículas seminales, o bien de la vagina.

dominal, el primer paso lo constituye la exploración, principalmente del hígado con el fin de investigar la presencia de metástasis. Inmediatamente después se explora el tumor tratando de averiguar su extensión y posibles enganchamientos a los órganos vecinos. Tiempo seguido es, la infiltración anestésica del meso-sigma a fin de hacer

nosotros, pero con la incisión de d'ALLAINES que emplea para su método de resección, la operación de GABRIEL, muy semejante al anterior, pero invirtiendo los tiempos, y la operación de NAUNTON MORGAN que tiene la particularidad de realizarse por medio de un equipo combinado llevando los dos tiempos (abdomino-perineales) simultáneamente siendo necesaria la posición de LLOYD-DAVIES (posición de litotomía y ligero TRENDLENBURG) que permite trabajar al mismo tiempo en periné y abdomen.

Para no hacernos muy pesados solamente exponemos la técnica de amputación seguida en nuestro caso que como decíamos, hace un momento ha sido la de MILES, con ligeras modificaciones de la de d'ALLAINES.

La incisión abdominal, es una oblicua izquierda que se extiende desde el reborde costal hasta por encima del pubis. Abierta la cavidad ab-

desaparecer todo punto de origen de reflejo, medida general en cirugía abdominal.

El órgano más fácil de lesionar es el uréter izquierdo, para evitar ésto su descubrimiento será una de las primeras maniobras (ver esquemas, de d'ALLAINES). Liberado el uréter izquierdo, para lo cual se incinde el peritoneo pelviano por el mismo lado, se liga el mesosigmo desde arriba hacia abajo. Partiendo de esta sección del mesosigmo, se secciona el peritoneo pelviano por el lado derecho en dirección hacia la vejiga. Se despega la hoja resultante y se descubre el uréter derecho. Practicadas estas maniobras, se liga el pedículo de la hemorroidal superior. Liberado el colon, en parte por los tiempos precedentes, se le despega de la concavidad del sacro ayudado por la sección de la tijera de MAYO y concluyendo con la mano tal y como indica el esquema; más tarde se introduce en la excavación labrada una compresa que asegure la hemostasia durante el resto de la intervención. Después se libera el recto de la vejiga, para lo cual se secciona el peritoneo sobre ella a nivel del pliegue vesical transverso, obteniendo un labio que se va despejando hasta obtener un gran colgajo peritoneal, de la porción que cubre la cara superior de la vejiga. Hecho ésto se libera la cara posterior de ella hasta la próstata descubriendo las vesículas seminales y conductos deferentes. Libre así el recto por delante y por detrás quedan algunas adherencias hacia los lados que se ponen de manifiesto llevando el recto hacia el lado opuesto del que se quiere liberar y de esta manera se seccionan las aletas laterales del recto que en ciertas ocasiones habrá que terminar en el tiempo perineal. Se secciona el sigmo con el DE MARTEL a unos quince centímetros por encima del tumor dejando el cabo distal abandonado en la pelvis, para exteriorizarlo en el tiempo perineal y con el cabo proximal se practicará al cerrar el abdomen el ano contranatura aproximadamente en la parte media de la herida abdominal (como lo hace d'ALLAINES) ya que otros autores que operan por la línea media lo practican en la fosa iliacal izquierda por medio de una contraabertura abdominal.

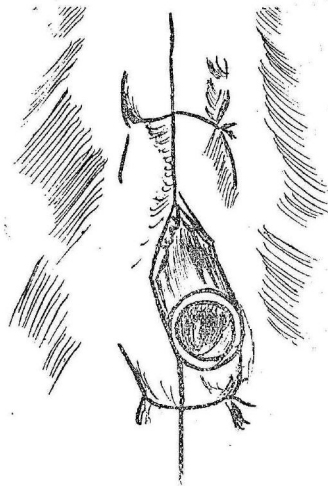


FIG. 8.—Cierre y drenaje

El tiempo abdominal termina con la peritonización y cierre del suelo pelviano. En la mujer durante este tiempo se practica una histerectomía que será simple o subtotal en los casos corrientes, pero cuando el tumor engancha el istmo uterino o la cúpula vaginal, hay que reseca en bloque el recto, el útero y una parte de vagina. En la peritonización y cierre del suelo pelviano de la mujer se aprovecharán los anejos.

Para el tiempo abdominal se colocará al enfermo en decúbito dorsal con los muslos fuertemente flexionados sobre el abdomen y rebasando el sacro la mesa de operaciones. La incisión es simplemente una raqueta que circunscribe el ano y que se extiende hasta la articulación sacro-coxígea. Por lo general basta con la extirpación de coxis para dar campo suficiente a este tiempo perineal.

Se introduce uno o varios dedos en el espacio retro-rectal y se busca el cabo distal del sigma que se dejó abandonado en la pelvis durante tiempo abdominal. En este momento se prosigue la liberación del recto, completando lo que no pudo terminarse en el anterior tiempo, como la sección y ligadura de las aletas laterales del recto y terminar la disección de la cara anterior llevando la tijera tal y como expresa el esquema de la fig. 7 con lo que queda liberado el recto de la próstata y vesículas seminales en el hombre o de la vagina en la mujer. La intervención termina extirpando todo lo liberado que comprende el recto y la porción del sigma necesaria a una cura radical. (Ver dibujo de la pieza operatoria Fig. 9). Se taponan la gran cavidad resultante con gasa yodofórmica. después de la aplicación de sulfamidas y se dan unos puntos de aproximación en los extremos de la herida.

V.-POSTOPERATORIO

Los cuidados postoperatorios son de alto interés. Durante la intervención había sido reanimado con sangre y glucosa con un total de 1.500 c. c.; este proceder fué continuado en los días que siguieron la intervención con suero glucosalino apirógeno por vía sanguínea y con suero salino y Kinaden por vía subcutánea. Se vigiló pulso, tensión arterial, respiración y coloración de mucosas durante los cuatro primeros días. Durante el primer día se administró oxígeno. Hacia el quinto día cesó de administrarse las perfusiones glucosalinas en el cual el enfermo comenzó a hacer uso de la alimentación. A pesar de las perfusiones glucosalinas se le comenzó la administración de agua en pequeña cantidad a las doce horas de la intervención.

La sonda puesta en vejiga se retiró a las veinticuatro horas de la intervención.

El caso evolucionó favorablemente encontrándose en la actualidad curado. Es poco el tiempo transcurrido para opinar sobre la curación, aunque lo podíamos juzgar por otros casos que contamos en la actualidad con supervivencia de siete años (en nuestra modesti-

sima estadística), pero estas líneas las hacemos con el deseo de divulgar la frecuencia de esta afección y la posibilidad de su curación quirúrgica, ya que son altamente satisfactorios los resultados, estando basados la mayor parte de las veces éstos en sentar una buena indicación operatoria y hacer una excelente preparación, siendo lo ideal, un diagnóstico muy precoz, que mejorará en sumo grado los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer del recto.

RESUMEN

Se hacen unas consideraciones sobre un caso de amputación abdomino perineal del recto por cáncer, estableciendo la necesidad del diagnóstico precoz de esta afección y ponderando las razones fundamentales por las que se confunde con otras afecciones ano-rectales. Se comenta brevemente detalles referentes a los cuidados pre y post-operatorios, así como las técnicas más empleadas.

BIBLIOGRAFIA

- BACÓN.—Anus, rectum, sigmoid colon III edición 1949.
d'ALLAINES.—Traitement Chirurgical du cancer du rectum 1950.
d'ALLAINES.—Restablissement de la continuite intestinale après resection du colon ileopelvien. Mem. Acad. Chirurgie, 1940.
d'ALLAINES.—La chirurgie du rectum par la voie transsacrée, 1938.
GABRIEL.—Texto 1948 (Curso de técnica quirúrgica del Dr. PUIG-SUREDA)
DUBOST.—Curso de técnica quirúrgica del Dr. PUIG-SUREDA, Barcelona 1944.
PALMA RODRÍGUEZ.—Memoria al C. S. I. C.—La cirugía conservatriz del cáncer del recto. Paris 1951.

ACTIVIDADES CULTURALES

Durante los meses de Junio y Julio del presente año se celebró en nuestra Capital el «I Cursillo de Psiquiatría Infantil y Pedagogía Terapéutica», que estuvo organizado por la Sección VI del Instituto de Estudios Giennenses y el Servicio de Neuropsiquiatría de la Beneficencia Provincial, bajo el patrocinio del Ministerio de Educación Nacional. Dirigió el mismo el eminente psiquiatra barcelonés Doctor D. LUIS FOLCH CAMARASA. El Cursillo —que se desarrolló a lo largo de veinticinco días con asistencia de elevado número de maestros, médicos pediatras y psiquiatras de nuestra Capital— consistió en la exposición teórica de cuatro series de conferencias sobre «Elementos de desarrollo de la personalidad», «Introducción al estudio de los niños anormales», «Pedagogía terapéutica» y «Psiquiatría Infantil (Temas para un diálogo entre médicos)», y en numerosas clases prácticas con realización de ejercicios sobre niños normales y anormales del Hogar Materno-Infantil de La Victoria. En la exposición de conferencias —que estuvieron en su mayor número a cargo del Dr. FOLCH CAMARASA— actuaron también los Dres. GUTIÉRREZ HIGUERAS, BUENO FAJARDO, CAMY, SÁNCHEZ-CANRTE, HERRERA MARTINEZ, GUTIÉRREZ AGUILERA y DURÁN LOPEZ.

Con la celebración de este cursillo, que constituyó un verdadero éxito, se pone claramente en evidencia el interés de la Diputación Provincial (por medio de su Instituto de Estudios Giennenses y Servicio de Neuropsiquiatría) por los problemas de la infancia mentalmente anormal de nuestra Provincia y de su tratamiento pedagógico especial, pudiendo considerarse al mencionado Cursillo como el pri-

mer jalón en el desarrollo de un amplio plan encaminado a dotar a nuestra Provincia no solo de Instituciones encargadas de acoger a este tipo de niños, sino de personal científicamente preparado para su adecuada educación según normas pedagógicas y psiquiátricas.

Actividades científicas como la que comentamos son, pues, de extraordinario interés, no solo por su justificación intrínseca, sino también por cuanto suponen de introducción, en la apática vida de nuestra Provincia, de nuevos estímulos culturales y científicos, que nuestra Revista no puede por menos de aplaudir y estimular.

«SEMINARIO MÉDICO» desea destacar, porque es de estricta justicia, el entusiasmo, que la recia personalidad científica y los altos valores humanos del Dr. FOLCH CAMARASA, despertó entre los cursillistas, la mayoría pedagogos, que siguieron las lecciones con curiosidad primero y con apasionado interés al final. Este magnífico sembrador de inquietudes y de doctrinas que es el Dr. FOLCH puede estar seguro de que su labor en Jaén será recordada y agradecida como merece; esperamos que sea, además, aprovechada.

Para información del lector, publicamos a continuación la memoria que, sobre dicho Cursillo, fué leída el día 18 de Julio de 1953 (fecha de la clausura del mismo) en la sesión que, al efecto, celebró el Instituto de Estudios Giennenses.

INSTITUTO DE ESTUDIOS GIENNENSES Y SERVICIO DE NEUROPSIQUIATRIA
DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE JAÉN

PRIMER CURSILLO
DE
PSIQUIATRIA INFANTIL Y PEDAGOGIA TERAPEUTICA

(23 de Junio a 17 de Julio de 1953)

M E M O R I A

Bajo los altos Patrocinios del Ministerio de Educación Nacional y la Excma. Diputación Provincial de Jaén, dió comienzo este cursillo el día 23 de Junio próximo pasado, con una Sesión Inaugural, que tuvo lugar en una escuela o clase del Hogar Materno-Infantil de La Victoria; en este acto hizo uso de la palabra el Ilmo. Sr. Presidente de la Diputación y del Instituto de Estudios Giennenses Dr. D. Juan Pedro Gutiérrez Higuera, quien después de señalar la importancia del cursillo, presentó con cálidas palabras al Director del mismo Dr. D. Luis Folch Camarasa, terminando con una exhortación a los cursillistas para que aprovecharan las enseñanzas del mismo en beneficio de una mejor educación de los niños de Jaén y su Provincia y en particular de los niños anormales, problema que debe intentarse resolver a la par que se mejora la cultura general de los que Dios ha dotado con todas las posibilidades de un psiquismo sano.

A continuación el Dr. Folch Camarasa agradece las amables frases que el Dr. Gutiérrez dirigió a la memoria de su padre D. Luis Folch, Fundador del Instituto Torremar y expone su confianza en el éxito de las tareas que se inician. Por fin el Sr. Presidente da por inauguradas las tareas del Primer Cursillo de Psiquiatría Infantil y levanta la sesión convocando a los Sres. cursillistas para el día siguiente a primera hora de la mañana.

De los cursillistas

Habian solicitado la inscripción 43 cursillistas a los que hay que añadir uno más que se unió a las tareas del cursillo, pasado ya de su primera mitad.

De este total de 44 cursillistas, cifra que rebasaba todas las esperanzas de los organizadores y que sobrepasaba también el tope de

30 que se había acordado en principio, no han concurrido desde el primer día, por varias circunstancias, cinco de ellos, habiendo dejado también de concurrir una cursillista después de haber asistido a un 30 % de las sesiones, por haber tenido que ausentarse de la provincia.

La asistencia ha sido nutridísima. Aparte de los cursillistas, que por razones debidamente justificadas, no se incorporaron a las tareas hasta la sesión 21 (de las 40 que constituían el total) y del cursillista que solicitó su incorporación al mismo en la sesión 23, casi nadie ha faltado a sesión alguna, por lo que la media de asistencia entre un total de 38 cursillistas ha sido de 37'8.

Distribución del trabajo

La labor, diaria, estaba distribuida en dos sesiones. Una por la mañana de 9'30 a 13 y otra por la tarde de 18 a 20, quedando reservada de las horas 20 a 21 para el diálogo entre médicos ya previstos en el programa.

Durante la mañana han tenido lugar dos clases teóricas (a primera y última hora) y en medio de ellas una de prácticas de metodología y didáctica especiales y conocimiento de tests mentales o prácticas de los mismos.

Por la tarde se ha dedicado una hora también al conocimiento teórico de las cuestiones propuestas en el programa y una de práctica de las materias previstas.

Las sesiones exclusivamente para médicos, aparte de los primeros días no fueron diarias, siendo convocados en días especiales, previo acuerdo entre los asistentes, por lo que lo que se perdía en asiduidad se ganaba en un mayor tiempo de discusión y una mayor profundidad del tema, además de asegurar la asistencia del mayor número posible de médicos interesados.

Todo el curso se ha desarrollado de acuerdo con el plan de 40 sesiones con un mínimo, para los cursillistas, de cinco horas diarias.

Pero esto no era todo. Una vez terminada la labor oficial del cursillo, una vez terminadas las clases todos los asistentes aprovecharon los pequeños descansos y muchas horas en sus domicilios para poner en orden las notas tomadas en clase, proceder a la copia de tests, cuestionarios, normas, material didáctico, etc. trabajo que podemos estimar como una prolongación voluntaria de la labor del cursillo que valoramos en una jornada conjunta de 7 a 8 horas diarias.

La dirección del cursillo había previsto la entrega de pautas de exposición de muchos ejercicios que se enseñaban, más unos apuntes de aquellas lecciones que era más difícil hallar en la bibliografía...

Desarrollo del Curso

El ritmo de trabajo impuesto desde el primer día no decayó ni un solo momento en el curso de las 40 sesiones. Esta actividad estaba enormemente facilitada por el entusiasmo de los cursillistas que se entregaron con un aún poco frecuente a la intensa labor, que les obli-

gaba a sostener la atención en muchas sesiones teóricas mucho más allá de la capacidad normal.

Las exposiciones teóricas eran acompañadas de ejemplos vivos por los profesores, de proyecciones y demostraciones con el material didáctico, según las sesiones. Grabados de libros, tests mentales, fotografías del Instituto Torremar, tanto de sus actividades, como del material que no había sido posible trasladar aquí.

Hemos de confesar que al terminar la primera semana de nuestras actividades esperábamos algunos abandonos por el esfuerzo realizado. El trabajo había sido duro y además el momento, precisamente después de las tareas siempre agotadoras del año escolar, era poco propicio para el super esfuerzo que se exigía.

Pero a la segunda semana no faltó a la cita ni un solo cursillista. Fué una verdadera prueba de la vocación profesional y del sentido de responsabilidad de nuestros pedagogos y una muestra más del entusiasmo de nuestros cursillistas por las materias que se les exponían.

El ritmo de trabajo se intensificó de tal manera que muchos días sobrepasaba las 7 horas diarias de clase. Todo era conceptos e ideas nuevas para la mayoría. Había que esforzarse el máximo, dar todo el rendimiento de que humanamente eran capaces si deseaban no perder ni un solo concepto, cada uno de los cuales era el eslabón de una cadena que a ritmo casi vertiginoso iba construyéndose a medida que las horas de clase transcurrían.

Todos siguieron en pie, firmes en su voluntad de aprender, junto a sus profesores, estimándolos con su perseverancia, su admirable voluntad y fé en el futuro.

Ha sido admirable, lltmo. Sr. la conducta de todos los cursillistas, que sin excepción han rivalizado, de acuerdo con sus condiciones personales en superarse para la captación de este nuevo mensaje de la pedagogía, cuyos antecedentes primeros en el mundo se hallan en España, para bien de su propia formación y en beneficio de los niños de Jaén y su Provincia.

Formaban en esta digna rivalidad un total de 38 cursillistas, de los cuales uno era sacerdote; cinco religiosas Hijas de la Caridad, y entre los seglares 10 Srtas. y 22 varones, cuya relación consta adjunta en esta Memoria.

Final (conclusiones)

Se ha desarrollado todo el Programa previsto con la colaboración muy estimada de casi todos los que figuraban en el mismo. Si ha habido alguno que ha faltado a la cita, ha sido por razones de interés nacional, causa bien justificada. Este ha sido el caso de Sr. BLAT, Inspector Central, ausente de España.

Creemos que el cursillo, indudablemente el más completo realizado hasta la fecha en nuestra Patria, ha cumplido sus fines. Creemos que se ha logrado dejar una fructífera semilla en inmejorable terreno. Pero también sabemos que esto no es todo. Son solo los jalones de un futuro que requiere todavía muchos sacrificios. Nos consta que

esto no es más que el comienzo de una empresa que ha de beneficiar no solo a los niños anormales de Jaén. El fruto de este sensible esfuerzo puede ya reflejarse mañana en multitud de escuelas de Jaén y su Provincia, en sus Instituciones de Asistencia.

Hemos de agradecer a todos los que han colaborado al cursillo, haciéndolo posible o interviniendo personalmente en el mismo, todo su sincero entusiasmo. En primer término al Instituto de Estudios Giennenses y al servicio de N. P. de la B. P. que pusieron la primera piedra de este edificio que ha podido iniciarse con los altos patrocinios del Ministerio de Educación Nacional y la Excm. Diputación Provincial. A todos muchas gracias y de una manera especial al Ilmo. Sr. Jefe del Sanidad de la provincia por habernos facilitado los medios de proyección, que han hecho posible la sincronización de la palabra y la imagen.

Finalmente hemos de agradecer en Capítulo a parte la amirable labor de compenetración de las Hijas de la Caridad del Hogar Materno-Infantil de La Victoria, a quienes hemos obligado doble esfuerzo como alumnas y colaboradoras, ocupando sus aulas, desorganizando la vida de la Institución y que por su inmensa caridad no quieren reconocernos la deuda a que estamos obligados todos los que hemos intervenido en este cursillo.

Sabemos que no hemos hecho más que empezar, pero podemos decir en nombre de todos a V. I. que esperamos firmes la orden de avance, que la creación de escuelas de anormales nos hallará debidamente preparados y dispuestos a continuar el esfuerzo realizado durante este cursillo.

Ilmo. Sr. esto es la síntesis muy extractada, en honor a la brevedad, de la labor realizada durante el Primer cursillo de Psiquiatría Infantil y Pedagogía Terapéutica, que terminó a última hora de la tarde de ayer en esta Ciudad y cuyo acto de clausura solemne bajo la alta Presidencia de V. I. tiene lugar en estos momentos.

Jaén 18 de Julio de 1953.

Los Secretarios del Cursillo:

Dr. D. Manuel Durán López

Dr. Carlos Gutiérrez Aguilera

VISITANTE ILUSTRE

El Profesor Wolfgang Kretschmer, de Tübingen (Alemania) llegó a Jaén en la mañana de ayer y pasó el día invitado y acompañado por algunos colegas visitando el Sanatorio de "Los Prados", en construcción avanzada y varios lugares de interés turístico de la Provincia. Por la noche, organizado por el Seminario de Estudios Médicos, presidió un coloquio sobre temas de constitución y psicoterapia. Hoy continuará su viaje a Granada y Valencia, donde pronunciará conferencias.

El Profesor Kretschmer es hijo y continuador distinguido del insigne psiquiatra de igual apellido, cuyas doctrinas han dejado profunda huella en la Medicina moderna constitucionalista.

Deseamos a nuestro huésped una grata estancia en nuestra patria.