

Escala general de los valores nipiológicos

Por el Dr. José María Estapé,

Profesor de la Facultad de Medicina de Montevideo. Director de la Penitenciaría Nacional.

SUMARIO:—1°. —Escala de los valores de la serie trófica en el niño. — 2°. —Escala de los de la serie plásica en el niño. — 3°. —Escala de los valores de la serie rítmica en el niño. — 4°. —Escala de los valores de la serie frénica en el niño. — 5°. —Escala de los valores de la serie tímica en el niño. — 6°. —Escala de los valores de la serie ética en el niño.

I.—Escala de los valores de la serie trófica en el niño

Comprende 3 grados: 19—Niño eutrófico; 29—Niño hipotrófico; y 39—Niño distrófico.

El trofismo es el estado de nutrición de los tejidos, llamado también metabolismo, con sus procesos de asimilación y desasimilación (anabolismo y catabolismo).

El niño eutrófico posee un metabolismo basal e intermedio normal.

El niño hipotrófico posee un trastorno cuantitativo de este mismo metabolismo que comprende 3 grados; 19—Hipotrofia de primer grado; 29—Hipotrofia de segundo grado, y 39 — Hipotrofia de tercer grado (Profesor Marfan) o Atrepsia (Profesor Parrot).

El niño distrófico o diatésico posee un trastorno cualitativo del metabolismo, caracterizado por el predominio de la asimilación sobre la desasimilación, del anabolismo sobre el catabolismo (diátesis artrítica o exudativa) o sino por el predominio de la desasimilación sobre la asimilación (diátesis consuntiva).

II.—Escala de los valores de la serie plásica en el niño

Comprende tres grados: 19—Niño euplásico; 29—Niño hipoplásico, y 39—Niño displásico.

La serie trófica es al estado de nutrición de los tejidos lo que la serie plásica es al desarrollo del niño.

Los valores tróficos son pues valores fisiológicos estáticos, mientras que los valores plásicos son valores fisiológicos dinámicos.

El niño euplásico posee un desarrollo normal, esto es, su peso y su talla corresponden entre sí (edad fisiológica).

El niño hipoplásico presenta un trastorno cuantitativo en su desarrollo, de modo que su peso y talla no corresponden entre sí.

El niño displásico presenta un trastorno cualitativo en su desarrollo, que se puede extender

desde una simple simetría craneana o cráneo-facial, hasta una verdadera monstruosidad biológica.

III.—Escala de los valores de la serie rítmica en el niño

Comprende tres grados: 1?—Niño eurítmico; 2?—Niño hiporítmico, y 3?—Niño disrítmico.

La serie rítmica corresponde al dinamismo del niño en sus tres aspectos psicodinámicos: de la vida pasiva, de la vida espontánea y de la vida reflexiva.

El niño eurítmico presenta una armonía o equilibrio cinético entre los tres aspectos psicodinámicos de su personalidad evolutiva: la vida pasiva caracterizada por la influencia preponderante del medio ambiente psico-físico-social y condicionada por la emotividad; la vida espontánea caracterizada por la emancipación del individuo del medio ambiente y condicionada por la sociabilidad; y por último, la vida reflexiva caracterizada por la adaptación del individuo al medio ambiente y condicionada por la actividad.

El niño hiporítmico presenta un trastorno cuantitativo en la esfera psicodinámica de su personalidad como ser el "niño turbulento" y el "niño apático."

El niño disrítmico presenta un trastorno cualitativo de ese mismo equilibrio psicodinámico, caracterizado por el predominio total o parcial de uno o varios aspectos de la vida psicodinámica evolutiva (pasiva, espontánea y reflexiva).

Así, si predomina la vida pasiva, tenemos e? "niño vegetativo" con tendencia a la inercia y con movimientos torpes: si predomina la vida espontánea, tenemos al "niño inestable e indisciplinado," y si predomina la vida reflexiva tenemos al "niño precoz," cuya edad mental está por encima de su edad fisiológica y de su edad cronológica.

IV.—Escala de los valores de la serie frénica en el niño

Comprende tres grados: 1¹?—Niño eufrénico; 2?—Niño oligofrénico, y 3¹?—Niño disfrénico o frenasténico.

El niño eufrénico presenta un desarrollo armónico de sus funciones psíquicas que pasan por tres etapas: primera etapa o instintiva, donde se revelan las tendencias afectivo-activas de la personalidad innata; segunda etapa o del automatismo psíquico (actividad psíquica poligonal del profesor Grasset), donde se revelan los hábitos mentales adquiridos que integran los estratos más profundos de la personalidad adquirida (estratificación psico-biológica de la personalidad, según Sancti de Santis); y tercera etapa o del psiquismo discriminativo (psiquismo superior o centro O del profesor Grasset), y caracterizado por la actividad lógica, racional y efectiva.

El niño oligofrénico presenta una alteración cuantitativa de sus funciones psíquicas, escalonada desde la Idiocia profunda a la Debilidad Mental de primer grado.

El niño disfrénico o frenasténico presenta una alteración cualitativa de sus funciones psíquicas, escalonada desde la **Psiconeurosis** obsesiva a la Demencia Precocísima.

y.—*Escala de los valores de la serie tímica en el niño*

Comprende tres grados: 19—El niño eutímico o eufórico; 29—El niño hipotímico o triste, y 30—El niño distímico o ciclotímico.

El niño eutímico o eufórico es el niño normal que presenta en grado superlativo la "*alegría de vivir*," exteriorización inequívoca de una salud integral, de acuerdo con el conocido aforismo "*Mens Sana in Corpore Sano*."

El niño hipotímico o triste que exterioriza el "*dolor de vivir*" y la "*desesperación de existir*," con tendencia marcada a aislarse de los demás, a replegarse sobre sí mismo, a cultivar su propio dolor moral, de acuerdo con el poeta: "*nació, sufrió y murió*."

El niño distímico o **ciclotímico**, cuyo "tono neuro-psíquico" puede oscilar entre la excitación maníaca y la depresión melancólica, con periodos intercálicos normales o sub-normales; constituyen los predispuestos, en la edad adulta, a la psicosis maniaco-depresiva de Kraepelin (**neuro-psiquiatría** evolutiva).

VI.—*Escala de los valores de la serie ética en el niño*

Comprende tres grados: 19—Niño moral; 29—Niño inmoral,

y 39—Niño amoral.

El niño moral se caracteriza por su adaptabilidad al medio ambiente psico-físico-social que lo rodea; ambiente familiar, ambiente escolar, ambiente profesional y ambiente social.

El niño inmoral, en la gran mayoría de los casos por fallas fundamentales de la educación en el hogar, se adapta difícilmente y entra a menudo en conflicto con el ambiente.

El niño amoral es un ser constitucionalmente tarado, cuya anestesia moral y atrofia del sentido moral lo hace un inadaptado y un ser anti-social, cuyos tipos más conocidos son: "el amoral constitucional," "el maligno constitucional," "el perverso instintivo" y "el loco moral" que alimentan incesantemente la falange proterva y trágica del vagabundaje, de la mendicidad, de la prostitución y del crimen.

Resumiendo: así tenemos los seis aspectos trófico, plásico, rítmico, frénico, tímico y ético en el estudio psico-bioantropológico-social del niño y su expresión culminante sería el *Niño angélico*, síntesis humana y viviente de estos seis aspectos.

El *Niño angélico* es a la **Nipología**, lo que el *Hombre Eterno* de Vicio es a la Sociología Criminal.

La Nipología, cuyo cometido es el estudio integral del niño en su primera edad, desde el punto de vista médico-psico-biotipológico-social, perseguirá el perfeccionamiento del ser humano, vigilando, orientando y dirigiendo la educación física, intelectual y moral del niño en

la edad pre-lógica y pre-fásica (anterior a la aparición de la palabra hablada y de la lógica inductiva-deductiva) y su aspiración suprema es llegar al niño angélico.

Así, luchando la Nipiología en el mismo sentido que la Eugenia, para perfeccionar el tipo humano indefinidamente, a fin de que la sociedad pueda combatir eficazmente —haciendo obra fecunda de profilaxia y preservación social—, ese "cáncer social" representado por el vagabundaje, la mendicidad, la

prostitución y la delincuencia infantil.

De este modo la Nipiología será el primer esfuerzo para combatir la "Trágica cadena del vicio," cuyos eslabones malditos son, en orden ascendente de la peligrosidad o nocividad: 1^o—La infancia abandonada; 2^o?—La infancia anormal; 3^o?—La delincuencia juvenil, y 4^o?—La criminalidad.

(De Revista Médica Latino-Americana).

Lo que el Médico no debe Hacer

Delirio.

NO dejéis de tomar la temperatura y de examinar la orina de un delirante.

NO dejéis de examinar la piel, para ver si hay melanodermia palúdica, erisipela o alguna fiebre eruptiva.

NO olvidéis la auscultación, que permite descubrir una neumonía o un ruido de galope.

NO dejéis de palpar las articulaciones, que son muy dolorosas en el reumatismo cerebral; y el bazo, cuya hipertrofia debe hacer pensar en un acceso pernicioso.

NO dejéis de examinar las pupilas, que están dilatadas en el envenenamiento por la belladona, contraídas en la uremia y el envenenamiento por el opio y desiguales en la parálisis general y la meningitis, y al-

gunas veces en la histeria.

NO hagáis pronóstico benigno en el delirio de la uremia, del coma diabético, de las septicemias y del reumatismo cerebral.

NO olvidéis que si, en lo general, los delirios infecciosos son benignos, pueden transformarse en locuras definitivas en los individuos pre-dispuestos.

NO hagáis pronóstico benigno, desde el punto de vista mental, en los epilépticos y paralíticos generales.

NO olvidéis que el delirio sistematizado es de pronóstico menos grave que el generalizado.

NO olvidéis que, generalmente, el delirio de los pneumónicos es de origen alcohólico.

NO pongáis camisa de fuerza a los delirantes.

NO prescribáis el opio, que a

débiles dosis es excitante y a dosis fuerte constipa, disminuye la secreción urinaria y favorece el coma; preferid el luminal.

NO olvidéis que la mayor parte de los delirios de los viejos son de origen urémico.

NO tratéis el delirio urémico con medicamentos; haced la sangría y la punción raquídea.

NO déis digital en el delirio cardíaco sin asegurarnos de que el enfermo no la ha tomado a dosis que, sumadas a la que prescribáis, puedan provocar un envenenamiento.

NO déis ciegamente el clorhidrato de hioscina que tiene una acción depresora.

NO déis alcohol en el delirio alcohólico.

NO déis opio en el delirio alcohólico, sino cuando el delirio no aparece en el curso de una infección y cuando el corazón y los riñones están indemnes.

NO déis baños fríos a los alcohólicos, sino cuando estéis seguros de la integridad del corazón; preferid el baño tibio.

NO déis salicilato de sodio a grandes dosis en el delirio hepático, porque dicho medicamento provoca delirio.

Desgarradura del cuello

NO maniobréis intempestivamente sobre un cuello insuficientemente dilatado; no apliquéis forceps ni hagáis la versión.

NO apliquéis la pituitrina cie-

gamente; ha provocado muchas desgarraduras del cuello.

NO dejéis que el encajamiento se haga en el plano menos favorable.

NO dejéis que pase el período de granulación para hacer la sutura.

Desgarradura del periné.

NO dejéis pasar la anestesia del parto sin hacer la sutura del periné.

NO dejéis que la cabeza se desprenda antes de que se hayan distendido las partes blandas.

NO dejéis que los hombros se desprendan al mismo tiempo, ni que el posterior distienda con brusquedad el periné.

NO hagáis suturas perforantes del recto.

NO constipéis en las desgarraduras ligeras, ni dejéis de hacerlo durante ocho días en las desgarraduras complicadas.

NO olvidéis que las operaciones obstétricas provocan más desgarraduras que los partos normales.

Diabetes.

NO esperéis que el enfermo os señale la existencia de la diabetes; estáis obligado a buscarla.

NO confundáis la diabetes con la peptonuria de los frugívoros y bebedores de cerveza ni con la lactosuria y la galactosuria de los niños de pecho enfermos.

- NO olvidéis que en las mujeres embarazadas pueden presentarse glucosuria y lactosuria que son transitorias.
- NO consideréis como diabética la glucosuria que se observa algunas veces en los traumatismos cerebrales.
- NO olvidéis que en la apoplejía puede aparecer una glucosuria importante en individuos que no son diabéticos, y que algunas veces desaparece en individuos francamente diabéticos.
- NO olvidéis que algunas enfermedades infecciosas, difteria, escarlatina, sarampión, gripe, etc., provocan a veces glucosuria.
- NO olvidéis que una emoción intensa puede producir una glucosuria transitoria.
- NO creáis que toda poliuria es diabética; puede ser esencial, tuberculosa o sintomática de una afección cerebral, renal, etc.
- NO hagáis el diagnóstico de diabetes sin haber comprobado la glucosuria verdadera permanente.
- NO os limitéis a diagnosticar diabetes; determinad su forma, la influencia del régimen, la acetonuria.
- NO dejéis de investigar la glucosuria en las supuraciones crónicas, neuralgias rebeldes, cataratas, dermatosis crónicas, gingivitis expulsiva, impotencia.
- NO os conforméis con hacer el examen de la orina total; haced examinar varias muestras, lo que os permitirá descubrir las glucosurias intermitentes.
- NO consideréis como gotosa una glucosuria si no os habéis convencido de que es intermitente y de que tiende a gravarse.
- NO diagnosticuéis coma diabético si no habéis comprobado la reacción de la acidosis.
- NO busquéis el ácido diabético con la reacción de Gerhardt sino con orinas que no tengan mas de una hora de haber sido emitidas y en individuos que no hayan ingerido recientemente antipirina, ácido salicílico, fenol, etc.
- NO baséis el pronóstico de la diabetes en la cantidad de glucosa que hay en la orina, sino en la cantidad de hidratos de carbono que puede ingerir el enfermo sin presentar glucosuria y en la dificultad con que ésta cede al régimen.
- NO seáis despótico con el diabético; no cambiéis bruscamente un régimen, ni reduzcáis bruscamente la glucosuria.
- NO creáis que el fin principal que debe perseguir un médico consiste en suprimir la glucosuria.
- NO olvidéis que en la diabetes grave el peligro está en la acidosis y no en la glucosuria.
- NO impongáis la restricción Hidrocarbonada a ningún individuo que presente reacción de Gerhardt positiva.
- NO tratéis de suprimir la glu-

- cosuria en la diabetes mixta grave, si la orina contiene cuerpos cetónicos o si el enflaquecimiento es intenso.
- NO abuséis de la carne; podéis provocar el coma diabético.
- NO permitáis la ingestión de la carne ni de ninguna sustancia nociva, si hay acidosis.
- NO enviéis a tomar aguas minerales a los diabéticos con mal estado general, con lesiones tuberculosas, acidosis, cirrosis o azotemia.
- NO permitáis el abuso del automóvil que impide el ejercicio necesario.
- NO prescribáis las aguas alcalinas a los diabéticos asténicos, enflaquecidos, con agotamiento nervioso y que presentan la reacción de la acidosis.
- NO inyectéis jamás insulina a un diabético aglucosúrico.
- NO déis nunca insulina por la boca.
- NO inyectéis sólo una dosis de insulina al día; inyectadla varias veces porque su acción se agota en 5 horas.
- NO dejéis de dar hidratos de carbono al enfermo después de cada inyección de insulina.
- NO prescribáis insulina a un enfermo que puede hacer desaparecer su glucosuria con sólo el régimen.
- NO olvidéis que la insulina provoca hipoglicemia durante el sueño.
- NO apliquéis la insulina a un diabético tuberculoso, salvo cuando la acidosis sea un peligro inmediato.
- NO dejéis de aplicar la insulina para hacer desaparecer la glucosuria si hay gangrena.
- NO operéis nunca a un diabético sin haberle hecho desaparecer la glucosuria con la insulina.
- NO dejéis de inyectar la insulina antes, durante, y después de la operación.
- NO operéis nunca a un diabético en estado de acidosis.
- NO apliquéis nunca el cloroformo a un diabético.
- NO déis éter si es de temerse una complicación pulmonar.
- NO déis piramidón ni bromuro de potasio a los diabéticos.
- NO déis sustancias reductoras ni opio, si hay acetonemia.
- NO déis bicarbonato en los estados tuberculosos ni en la diabetes flaca.
- NO inyectéis sustancias cáusticas en la diabetes sifilitica, ni inyectéis en la vena cianuro de mercurio ni 914; preferid el bismuto.

R. D. Alduvín.

(Continuará)