



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
 DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS  
**BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL**  
 Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la  
 Asociación Médica Hondureña



Director:  
 Dr. Humberto Díaz

## SUMARIO

	Pág.
Página del Director .....	157
De la práctica hospitalaria.—Amputaciones.....	159
<b>Por el Doctor Juan Montoya Alvarez</b>	
La Personalidad .....	165
<b>Por el Doctor Ramón Alcerro Castro</b>	
Actitud del Médico ante un abdomen agudo .....	181
<b>Por el Doctor Heliodoro González Moga</b>	
Apuntes de Patología Médica para Enfermeras .....	196
<b>Por el Doctor Martín A. Bulnes B.</b>	

**Julio y Agosto de 1952**

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

• •  
Director:

Dr. HUMBERTO DÍAZ

Redactores: Dr. JOSÉ  
COMEZ MÁRQUEZ

Dr. FEDERICO J. FIALLOS S.

Dr. JOAQUÍN REYES SOTO

Secretario:

Dr. CESAR A. ZUNICA

Administrador:

Dr. MARTIN A. BULNES B.

---

Año XXII

Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Julio y Agosto, 1952 !

161

---

PAQUINA DEL DIRECTOR

## LA VACUNACIÓN POR EL V>. C. q.

*En el año de 1948. desde las páginas de esta revista y a través de la sección "Revisando el Canje", que entonces estaba a nuestro cargo, llamamos la atención a los lectores acerca de los resultados del Primer Congreso Internacional del B. C. G. que, del 18 al 23 de Junio de ese mismo año, había tenido verificativo en París, bajo la presidencia —nada menos— del Profesor Guerin, el gran colaborador de Calmette.*

*En la corta nota bibliográfica a que estamos haciendo referencia, decíamos entre otras cosas: "Con la Asistencia de más de 300 técnicos especializados en las distintas ramas de la fisiología, se realizó en el Instituto Pasteur. de París, del 18 al 23 de Junio del año en curso, el Primer Congreso Internacional del B. C. G., habiéndose estudiado cuidadosamente las 100 comunicaciones que divididas en cuatro grupos, abordaron el estudio experimental, algunos problemas de la clínica humana, de la clínica veterinaria y de acción social e higiene preventiva relacionadas directamente con la aplicación- del H. C. G."*

*"Doce son las conclusiones y resoluciones aprobadas; todas ellas completamente favorables a la aplicación de la mencionada vacuna. Como la campaña antituberculosa ha adquirido actualmente un apreciable empuje en nuestro país, nos parece muy oportuno llamar la atención al respecto'. La referencia transcrita cobra actualidad hasta cierto punto, en vista de que en el Hospital San Felipe se ha comenzado recientemente a aplicar el B. C. G. en el Servicio de Maternidad a los niños recién nacidos; esto en vía de ensayo, por supuesto, de acuerdo con la información que hemos recibido.*

*El tratamiento preventivo de la tuberculosis pulmonar por el procedimiento de Calmette y Guerin, es un hecho aceptado ya en todo el mundo científico, de ahí que en numerosos países figure, desde hace varios años, en el arsenal sanitario de los mismos, como una arma efectiva para luchar contra la peste blanca, inmunizando tanto a los niños como a los adultos.*

*Hemos tenido a la vista algunos datos estadísticos de la Argentina y del Uruguay y por ellos puede afirmarse también la efectividad del procedimiento.*

*Ignorarnos por qué razón, aquí en nuestro país, no se ha adoptado aún la vacunación por el B. C. G., como un complemento valioso de la campaña antituberculosa; campaña que, viéndolo bien, se ha limitado a curar - hasta donde esto es posible sin contar con todos los medios que preconiza la técnica—, y no a prevenir que es la terapéutica suprema.*

*Que la tuberculosis pulmonar es uno de los más grandes problemas sanitarios que pesan, sobre nuestro país> a nadie se le escapa; al grado que esta afirmación tiene ya todos los caracteres de un lugar común, tanto en la literatura científica como en la literatura profana.*

*Esto quiere decir que tal hecho es reconocido hasta por aquellos que no pertenecen al gremio médico de Honduras, De tal manera que todos los esfuerzos que se hagan por combatirla se justifican plenamente, ya .que cu ello va de **por** medio la vida de los hondureños, el bienestar de la Nación, la grandeza de la Patria.*

*Por lo expuesto, pensamos que es de gran importancia y de gran necesidad a la vez, agregar el procedimiento de vacunación por el B. C. G. como un factor más en la campaña antituberculosa que se lleva a cabo en nuestro país, organizando u-n Servicio especial en debida forma, que se encargue de la aplicación del citado procedimiento terapéutico, ciuendo.se estrictamente a las normas científicas, y desarrollando simultáneamente una labor de investigación técnica, que nos permita la apreciación correcta de los resultados y la magnitud de sus beneficios.*

DE LA PRACTICA HOSPITALARIA

# AMPUTACIONES

Por el DR. JUAN

**MONTOYA ALVAREZ**

Director del Hospital "Leonardo Martínez V."

AMPUTACIONES: pérdida de uno o varios miembros, que dará por resultado el convertir a un sujeto útil a la Sociedad, en un inválido.

Hay días en que maldecimos el momento en que nos dejamos llevar por nuestras inclinaciones y nos hicimos cirujanos; esos días son aquellos en que hemos tenido que hacer amputaciones.

Siempre he sentido marcada aversión a practicar esta clase de intervenciones quirúrgicas; desde mis primeros años de estudiante en las clases de técnica operatoria al ejecutar amputaciones o desarticulaciones de miembros sentía que mi estado de ánimo decaía al pensar que tarde o temprano esa misma clase de operaciones tenía que ejecutarlas en personas vivas a quienes convertiría en seres inválidos.

Pasando el tiempo y siendo ya Practicante Interno de nuestro Hospital General "San Felipe", tenía oportunidad en los días de guardia, de atender los casos de Cirugía Menor, y entonces tuve obligación de ejecutar desarticulaciones y amputaciones de dedos, manos o pies y siempre trataba de ser lo más conservador posible, llegando algunas veces a contrariar las reglas de las técnicas clásicas con objeto de perseverar una falange, un metacarpiano o un raetatarsiano, lo que me trajo por consecuencia la reprensión de mis profesores, las que soportaba en silencio para no declarar mi flaqueza.

Durante mi vida de estudiante nunca tuve oportunidad de ejecutar ninguna amputación de miembros, por lo que me sentí.\* muy contento; pero al año de haberme doctorado y estando en el ejercicio de la profesión en una cabecera departamental, fui solicitado en> consulta por otro colega que tenía más de cuarenta años de ejercer en ese lugar, para, que viéramos un chico que hacía una semana había sufrido un traumatismo en un brazo al caerse de un árbol, con todo gusto lo acompañé y al encontrarme frente al enfermito noté que su brazo estaba negro, fétido, frío, y que no presentaba pulsaciones en sus vasos, presentando además fracturas a varios fragmentos de los huesos del brazo y antebrazo. Le di mi impresión, al colega de que se trataba de una gangrena del miembro y que la única posibilidad que existía para salvarle la vida era la de ejecutarle una desarticulación del hombro, pero al

mismo tiempo le hice saber que a mí no me gustaba mutilar miembros y que por consiguiente no me haría cargo del caso. El médico tratante me dijo entonces que él nunca había practicado ni cuando joven ninguna amputación y que su edad no le permitía ejercer la cirugía, quedándose entonces a mí el problema de ejecutar la operación, o permitir la muerte del niño.

Le pedí que me ayudara y empezamos los preparativos necesarios que para tales actos en el ejercicio de la Medicina Rural se hacen: preparar una mesa limpia, hervir toallas, guantes, pinzas, bisturí, tijeras, etc. Con anestesia al éter principié la operación, la que pude llevar a feliz término, a pesar de que el colega que me ayudaba, de vez en cuando interrumpía sus labores, para saludar con un apretón de manos o un abrazo a alguno de los vecinos curiosos que se acercaban, luego volvía a sus labores disculpándose con estas palabras: perdóneme doctor por el retraso.

Más o menos un mes estuvimos luchando para salvar la vida de aquel chico, lo que por fin logramos para, satisfacción nuestra y felicidad de sus padres.

El niño volvió a su escuela, y pude verlo que era feliz jugando con los demás compañeros, pero yo siempre me preguntaba si cuando ese niño me veía, no decía para sí mismo: ese es el doctor que me quitó el brazo que tanta falta me hace.

Pasaron varios años durante los que estuve dedicado a labores quirúrgicas alejadas de los miembros y mi oficio se encargaba sobre todo de hacer que los niños vinieran al mundo sanos y salvos, y en estas labores las horas me transcurrían rápidas, el medio me agradaba, el trabajo casi era una distracción, y el grito de un recién nacido me llenaba de tanta alegría que ya me había olvidado por completo de las amputaciones, y no eran sino las excursiones por las salas de operaciones, a donde acudimos todos los Cirujanos para satisfacer nuestros espíritus, las que me hacían recordar su existencia, cuando, veía a otros Cirujanos atareados en tan desagradable labor. Más de alguna vez me acerqué a alguno de ellos para preguntarle si esa labor le agradaba, algunos me contestaban negativamente, pero otros consideraban dichos actos con indiferencia.

Durante mis labores de los últimos cuatro años he tenido que vérmelas con miembros ayudando a otros cirujanos en correcciones cruentas de fracturas o luxaciones, aberturas y drenajes de abscesos óseos o articulares, tumores de los huesos o partes blandas, etc., pero la mutilación de miembros ha sido muy escasa.

En este último año el problema de amputaciones y desarticulaciones se me ha agudizado con motivo de mi nuevo cargo, y aquí me tienen Uds. convertido en un gran mutilador contra mi voluntad. Les presentaré unos cuantos casos.

Una tarde como a la una a finales del año pasado, fui llamado urgentemente por el médico de guardia para asistir unos casos de

suma gravedad. Me hice presente con rapidez. En la Sala de Consulta Externa, unos en camillas, otros en el suelo se encontraban doce seres humanos que habían sido aplastados por un camión que había volcado lleno de piedras hacía unas dos horas. Cuál es el más grave? Fue lo único que pude preguntar al médico de turno, éste, me dijo, y me lo señaló, se trataba de un muchachón bien desarrollado como de unos 22 años, a quien el traumatismo le había producido un arrancamiento total del brazo derecho, con aplastamiento del hombro y hemitórax del mismo lado. En el lado izquierdo tenía una fractura a varios fragmentos del húmero y en la región anterior del hemitórax izquierdo contusiones abiertas de las partes blandas.

El muñón del lado derecho estaba constituido por una herida horrible: trozos de músculos llenos de tierra y piedras, pedazos de huesos cuyo conducto medular estaba, aterrado de lodo, escasa sangre de color negrusco, fragmentes de piel molida; por medio de dos túneles se introducía la mano debajo de la escápula por detrás y en la parte anterior a través de la axila se llegaba bajo el pectoral mayor; podía apreciarse la pleura parietal a través de la ruptura de los músculos intercostales en la parte lateral. La vista de esa herida traumática era repugnante. Ordeno el traslado a Sala de Operaciones, y me pongo a observar el siguiente: un sujeto de unos 38 años muy quejoso; le exploro su pierna izquierda la que está hecha una papilla, no hay nada que hacer; segundo candidato, amputación del tercio inferior del muslo. Lo traslado a la Sala: morfina, calentamiento, suero (.no podemos indicar más). Los otros han sido examinados por los médicos que han llegado en ayuda (fracturas cerradas, contusiones de menor grado, etc.)

Mientras me lavo las manos estoy pensando qué técnica voy a emplear para completar esa desarticulación. No tengo idea. El caso me ha impresionado demasiado. Sale un colega de la Sala de Operaciones que ha estado observando el enfermo y me pregunta: Qué va a hacer Dr.í? No sé, le respondo. Qué desagradable caso, comenta, impresiona muy mal. Así es, contesto, entre dientes. Entro a la Sala; ordeno éter; las enfermeras han tratado de limpiar la herida; yo la veo igual.

Empezamos la operación; cortar pedazos de tejidos triturados; buscamos los pedículos vasculares, no los encontramos, seguimos cortando, unas veces con tijeras, otras con el bisturí. Tomamos el fragmento de húmero y lo desarticulamos de la cavidad glenoidea. Seguimos limpiando la herida de tejidos malos. No sabemos cómo vamos a reconstruir. La herida llega por detrás hasta el borde inferior del homoplato y una vez limpia la saturamos. Drenamos los espacios muertos y afrontamos como podemos los diferentes planos, quedando la sutura incompleta debido a la pérdida de tejidos. Suturamos rápidamente las otras heridas contusas, previa excisión de los tejidos esfacelados. Colocamos una gotiera en el

otro brazo y enviamos el enfermo al servicio con un pronóstico malo. Esperamos por el nuevo paciente.

Minutos después llega; está muy pesimista. Cómo te sientes? Mal doctor, tengo mucho dolor, no quiero operarme, prefiero morir a quedar inválido, no tengo quién por mí y no quiero pedir limosna viviendo de la caridad pública. No digas eso, tú quedarás bien; te pediremos una pierna artificial y podrás andar y trabajar. Tú no serás carga de nadie. Si es así doctor, opéreme. Ordeno anestesia al éter, y empiezo la operación; minutos después está terminada, amputación del muslo a nivel del tercio inferior. Ordeno su traslado al Servicio correspondiente. Al salir los deudos me preguntan por su estado; tengo la impresión, les digo de que el segundo se salvará; en cuanto al primero, si resiste las primeras 24 horas también se salvará. Las cosas resultaron al revés; el segundo operado murió a las 12 horas y el primero se salvó. Creo que una embolia grasosa me arrebató el segundo operado. Yo regresé a mi casa pensativo y triste, había mutilado dos seres humanos más.

No<sup>1</sup> se había serenado mi estado de ánimo todavía, cuando fui llamado nuevamente para atender otro accidentado, se trataba de un joven de color que se había quedado dormido en la línea férrea y al que un motocarro le había deshecho completamente la pierna del lado izquierdo y el pie del lado derecho. Había sido encontrado muchas horas después del accidente, el estado de suma gravedad. La herida era horrible, la pierna izquierda estaba hecha una papilla, fragmentos de huesos, trozos de músculos, pedazos de piel, se confundían en un solo plano, todo esto mezclado con grandes cantidades de tierra y pedazos del destruido pantalón del enfermo; el estado del pie derecho era similar. La mutilación se imponía: amputación del muslo izquierdo a nivel del tercio inferior; amputación baja de la pierna derecha. Ordenamos 500 cc. de sangre y tratamos de hacer salir al enfermo de su estado de shock. Invito al Médico de guardia asistido por otro colega a que intervengan y me quedo ayudándoles en otros menesteres. Dos horas después el acto operatorio está terminado; el enfermo ha reaccionado, hay esperanzas de que se salve. Es trasladado al Servicio correspondiente en donde se le transfunden 500 c. c. más de sangre. Cada hora que pasa es una nueva esperanza para la vida del operado; pocos días después el enfermo se vuelve irresistible, grita día y noche molestando la tranquilidad de los otros operados, el Médico del Servicio tiene que recurrir a hipnóticos, y sedantes para poderlo calmar. Una mañana me acerco a preguntarle cuál es la razón para que arme tales escándalos y le pongo de ejemplo los otros operados que están tranquilos, y me responde: esos no tienen por qué gritar, tienen sus piernas; yo grito porque me hacen falta mis piernas. Pocos días después el enfermo es dado de alta y lo veo salir arrastrándose camino de **un Asilo de Indigentes.**

Algunas semanas después estando temprano de la noche tranquilamente dedicado a revisar unas copias que sobre elementos de Anatomía, Fisiología e Higiene estoy proyectando publicar, fui llamado con urgencia nuevamente; se trataba de un pobre hombre que había sido convertido en un Cristo a machetazo limpio; el hecho había sucedido hacía varias horas, y el enfermo, encontrado en una zanja, nos había sido remitido por la Policía. El pobre hombre perseguido por su agresor cayó al suelo y éste machete en mano le acertó varias heridas que él trató al principio de evadirlas metiendo sus brazos; consecuencia de ello fue que se los cortó totalmente a nivel de los antebrazos, infiriéndole además profundas heridas en ambos brazos, una herida punzante de la parte superior del abdomen, y una extensa y profunda herida de la espalda con herida del pulmón del lado izquierdo. El enfermo estaba muy agitado, su estado de shock era acentuado, el Médico de guardia lo tenía ya bajo transfusión, la hemorragia por las heridas era muy activa. El psiquismo del enfermo era normal. Después de un examen a vuelo de pájaro comprendí que quedaba muy poco por hacer, él me miró fijamente y me dijo: ' No tengo vida, verdad doctor? Podemos hacer mucho por Ud., le contesté: pero es necesario que sepa que los brazos los tiene perdidos. No quiero vivir en tales condiciones, me contestó; prefiero morir a, ser un inválido; pero creo que Ud. está equivocado, yo..siento que me estoy muriendo.

Antes de entrar a la Sala me había tropezado con el Juez, a quien había negado le tomara declaración, y como siempre resulta en estos casos, el hombre se había violentado porque entorpecía la justicia. Una mujercita de apariencia humilde que resultaba ser su compañera de hogar, me había solicitado que le permitiera verlo, le pedí que me dejara consultar con él

Después de examinarlo le dije: hay una señora que desea verlo, quiere que se la pase? No doctor, no quiero que mi mujer me vea en este estado de piltrafa humana; que me vea ya muerto, entonces no me importa. El enfermo se ponía peor, el pulso más imperceptible, la palidez se acentuaba, un sudor perleado cubría su frente, los labios estaban secos. Tengo mucha sed. fue su expresión. Ordeno que se le dé agua. Tenemos que operarlo, le digo; nosotros no podemos permitir que Ud. se muera sin ayudarlo, además Ud. se salvará y podrá vivir para su familia; su señora quiere que se le opere. Yo sé que voy a morir, además, quiero morir; prefiero morir a quedar lisiado. Mientras tanto yo repasaba por mi mente el número de operaciones que había que hacer para salvarle la vida: amputación de ambos brazos, sutura del pulmón, pleuras y planos profundos y superficiales de la espalda, laparatomía exploradora con posibles suturas de órganos intra-abdominales, o resecciones intestinales, todo esto en un hombre que se cae por hemorragia; no podía existir ni una posibilidad de vida. Sin embargo

después de convencerlo decidimos operar, pensando nada más ejecutar dos amputaciones tipo de guerra y la sutura del pulmón, pleura y planos de la espalda. Si el enfermo salía bien, el día siguiente sería sometido a una laparatomía exploradora. Los dos primeros tiempos de amputación fueron ejecutados; cuando estábamos terminando de hacer la sutura del pulmón, el enfermo entró en agonía y minutos después expiró; no nos detuvimos para evitarle a su mujer la impresión que pudo haberle causado la vista de aquella enorme herida. Triste es la labor del Cirujano, tener que hacer cosas desagradables, para evitar que otras personas sufran. Al salir de Sala de Operaciones tuve que informar a su mujer, que me esperaba con angustia y lágrimas en los ojos, la fatal noticia que vino a embargar de luto su corazón.

## LA PERSONALIDAD

Por el Doctor Ramón Alcerro> (Castro)

Ya el hecho de tener que referirnos a la Personalidad, nos pone desde un comienzo ante un gran problema, cual es el de saber a qué vamos a atenernos cuando pensemos y hablemos de esa "personalidad". Las concepciones y las deficiones de la misma, son, en efecto, tan varias. Muchas son ellas desde el punto de vista popular, muchas también las filosóficas y varias también las que la enfocan desde los puntos de vista psicológicos. Sobre todo de éstos últimos trataremos de obtener algunas ideas que nos permitan tener una concepción operante de la personalidad.

En términos populares la personalidad está en las características externas del individuo y en sus acciones visibles; es lo más llamativo en el modo de ser y de hacer las cosas que tenemos las gentes. Se habla como resultado de esas características externas de personalidades repulsivas, delicadas, suaves, etc. Con frecuencia, y no sólo en términos populares, se habla de la personalidad como del carácter, el cual para otros no es más que una parte de la misma, la que se refiere al aspecto moral de la persona o a la fuerza básica de su actividad (independientemente de su valor moral).

Desde el punto de vista filosófico diferente ha sido la teoría de la persona y la personalidad en la Escolástica, entre los racionalistas y en los sistemas posteriores a éstos. (En su libro "Psicología y Filosofía de la Persona, Dujovne se decide por la conveniencia de emplear la palabra persona para lo genérico y personalidad para lo específico de cada posible clase de personas y para lo peculiar de cada persona singular. Trata así de salvar lo indistintamente con que muchos usan los dos términos). Citemos de las concepciones filosóficas de la personalidad la que la considera como "una fuerza no analizable que da dirección a los actos y significado a la experiencia"; la que la ve como sinónimo de corriente de ideas, sentimientos y emociones; o la que la entiende como "una estructura compleja construida por la experiencia sobre una base de mecanismos psicofisiológicos preformados, heredados, dinámicos (instintos, etc.) que contienen dentro de sí mismos sus propias fuerzas impulsoras (Prince).

Desde el punto de vista de la Psicología abundan las deficiones. Para algunos es un conjunto de componentes, un organismo unificado que es más que la suma de sus partes. Para Symonds es "la descripción más completa del conjunto constitucional, incluyendo físico, inteligencia, temperamento y carácter". Dice Brodes: "En suma, todos los rasgos, útiles o inútiles, así como los que realmente obstaculizan la adaptación de la personalidad a las situacio-

nes de vida". Y Morrison: "La suma total de lo que el individuo ha llegado a ser, asimilando los productos culturales de la evolución social".

Los elementos de ese conjunto que es algo más que la suma de sus partes son interpretados por unos como rasgos de la personalidad (el número de esos rasgos varía de unos autores a otros, I Dashiell los reúne en los siguientes: Físico, Inteligencia, Movilidad, Temperamento, Motivación y Sociabilidad); por otros como "estructuras". Estas "estructuras" se forman por el aprendizaje a medida que el bebé va reaccionando al medio ambiente. En ese aprendizaje se forman "tendencias principales", que tienen el carácter de más importante en las situaciones de vida dadas en esa época; y a ellas se les denomina "estructuras". Morrison divide esa estructura; en seis grupos: 1) estructuras aprendidas en la infancia (**obsd'.encia**, afecto familiar, andar, hablar, autoindependencia, frugalidad, cautela y atención de nuestras necesidades corporales); 2) la estructura volicional; 3) la estructura del pensamiento; 4) la estructura moral (la conducta fundamentalmente correcta) 5) los valores humanísticos (apreciación de lo bello, lo bueno y lo verdadero) y 6) la inteligencia (en cuanto capacidad para comprender las operaciones mecánicas, los principios de salud, la naturaleza de las cosas vivientes y las complejidades del orden social).

Por otra parte, no hay que olvidar que los rasgos, estructuras, etc., no tienen calidad inmutables y de estáticos, sino que la conducta (más marcadamente en los niños) es una función específica de la índole de la situación que se le presenta; si bien esas respuestas específicas son sometidas a las normas generalizadas y a las imposiciones de una sociedad organizada. Es así como adquieren cohesión y se transforman en formas de conducta, que llamamos "rasgos", etc.

Briggs considera que son las "actividades emocionales" las que forman la base de las respuestas situacionales determinantes de la conducta y del carácter. Cree que esas "actitudes emocionales" son muy persistentes y difíciles de descartar aún cuando la inteligencia comprenda su irracionalidad. Ya Hall había dicho que "nuestra inteligencia es sólo un átomo flotante en un mar de sentimientos". Para citar un ejemplo de Thorpe: a un hombre de letras le puede ser muy difícil o imposible liberarse de una preferencia instintiva por un antiguo partido político, a pesar de comprender que las diferencias entre la filosofía política de ese partido y de **otro** u otros que adversa, hayan dejado de existir.

Briggs reduce a treinta las actitudes emocionales, **representadas\* por** la calidad de: honesto, cooperativo, democrático, saludable, frugal, competente, tolerante, industrial, inteligente, patriótico, digno de crédito, leal, eficiente, apreciativo, cortés, alerta, sincero, capaz, escrupuloso, justo, ingenioso, que se domina, fide-

digno, veraz, seguro, valiente, de su casa, exacto, progresista y delicado, que pueden darse una persona.

Al discutir los "rasgos", las "estructuras" y las "actitudes", se nota cierta identidad de fondo, teniendo todas por base formas de reacción del individuo que son específicas al principio y después se unifican y generalizan en parte, "pero que no alcanzan nunca a representar otra cosa que un sistema de mallas *flojas*, formado por tendencias amalgamadas de reacción". (Thorpe)

La noción de personalidad, pues, parece que no tiene valor absoluto, sino solamente relativo. Es el conjunto diversamente apreciable por cada uno de nosotros "en cada uno de los demás, y por cada uno de los demás en nosotros; conjunto de naturaleza biosocial más que biofísica, y que está formado de agregados, también relativos que ofrecen cierta objetividad desde el punto de vista biosocial (llamados rasgos, estructuras, etc.), y que son únicamente nombres para clases de comportamiento que se interfieren recíprocamente.

Esta personalidad no se da, pues, como cosa hecha, sino que se forma, se desarrolla sobre la base biológica indispensable para la existencia humana, mas el constante reaccionar —humanamente también— a las condiciones biosociales y a través de las diferentes edades del individuo. Es decir que la personalidad se desarrolla por un proceso gradual que se integra a través del nacimiento, la infancia, la adolescencia y la madurez, y que es siempre, en un momento dado, el resultado de todo lo que le antecedió.

Esto no puede ser más importante porque quiere decir que cada individuo tendrá la personalidad que se le ayude a formar y en cuyo ulterior, ser él mismo contribuya según las herramientas con que se le haya dotado para, su función en la vida.

Querrían también decir que las personalidades nuestras nos las hacen hasta cierto grado los que se encargan de nuestra formación; primordialmente nuestros padres y maestros, y el medio en que ellos y nosotros vivimos; y que de lo que hemos llegado a ser al llegar a la adultez, dependerá la mayor o menor flojedad de esa malla movable y siempre capaz de mayor apretamiento o aflojamiento, según su constitución primitiva y las nuevas circunstancias que favorezcan o se opongan al grado de laxitud "normal" de la red.

De qué dependerá, entonces, en un momento dado la actitud que ante una situación asumirá la personalidad? De los siguientes factores: de las cualidades físicas, la constitución corporal o base biológica de la personalidad; del temperamento, formado por las cualidades emocionales; de las cualidades intelectuales; de las cualidades morales y sociales (el carácter y la disposición ética) de las cualidades espirituales, es decir de la experiencia religiosa; de la previa experiencia en situaciones análogas, de las circunstancias antecedentes inmediatas, de la situación externa actual, del tipo medio de reacción social colectiva y del modo de percepción

de la situación. (Según Mira y López pero subdividiendo el Carácter en cualidades morales, sociales y religiosas). Refirámonos más despacio a la constitución corporal, el temperamento, la inteligencia, el carácter y la experiencia religiosa, antes de volver sobre su integración dinámica dentro de la personalidad.

a) Constitución corporal. Las relaciones de ésta en la integración de la personalidad han sido investigadas desde hace mucho tiempo y se continúan aportando importantes contribuciones. Se discute en este sentido la influencia de la herencia. El ya citado Thorpe afirma que "nad'e ha probado la presencia de un mecanismo positivo para la herencia, por los genes, de cualidades humanas, tales como la conducta moral consecuente y el espíritu de iniciativa o industria personal". Se cree más bien que tales cualidades son efectos de situaciones estimulantes primitivas, favorables en el sentido social-psicológico a la producción de estas reacciones.

Se han llevado y se llevan a cabo investigaciones para demostrar o negar si existe relación entre la forma corporal del individuo y sus reacciones temperamentales y caracterológicas. Según la explicación del predominio de una de las hoias blastodérmicas 'en la forma corporal, los individuos se clasificarían como: normotipos con variantes hacia la ectomorfia (por predominio del ectotérmo y que corresponden al tipo longilíneo, leptosómico, asténico y microsplácnico de las otras clasificaciones); la mesomorfia (semejante al tipo atlético) y la endomorfia (que sería el tipo pícnico, brevilíneo, macrosplácnico y eurisomo de las otras clasificaciones).

Más conocida probablemente es la clasificación de Kretschmer en tipos leptosómicos, pícnicos, atléticos y displásticos. En los leptosómicos predomina el tipo longitudinal, son sujetos delgados, de hombros estrechos, de pecho aplanado, vientre sin grasa y caderas estrechas; las extremidades son largas y delgadas y hay frecuentemente hipoplasia e hipofunción genital. Este tipo morfológico correspondería desde el punto de vista psicológico al esquizotímico como leptosómico normal, al esquizoide como fronterizo y al esquizofrénico dentro ya de lo patológico. El esquizotímico varía entre la sensibilidad y la frialdad, entre la variabilidad y la tenacidad, y en la psicomotricidad se caracteriza por inadecuación de la reacción (reprimida, desfalleciente, interceptada o inflexible). El esquizotímico es autista, tiende a la reserva mental, se encierra dentro de sí mismo, se introvierte, no se pone en comunicación con el ambiente; tiende a la independencia de la conducta, es hermético, reservado y lógico. Poseen fineza de espíritu, capacidad de abstracción, idealismo y tenacidad. Les falta adaptación a la realidad práctica de la vida, calidez de los sentimientos y humor. Desde el punto de vista de las aptitudes especiales y actividad profesional, los esquizotímicos, si poetas, son patéticos y románticos; si investigadores, son lógico-matemáticos, sis-

temáticos y metafísicos y si conductores de masas, son idealistas puros, déspotas y fanáticos o calculadores fríos.

En el pícnico predomina el diámetro anteroposterior abdominal. La cara, el abdomen y el pecho son anchos y gruesos; los miembros son cortos, las manos anchas, la cabeza hundida entre los hombros. Son calvosi precoces. Psicológicamente correspondería al ciclotímico, dentro de la normalidad; al cocloide en los intermedios y a la psicosis maniáco depresivas dentro de lo patológico. En el ciclotímico el ánimo oscila entre la **alegría** y la tristeza; el tempo psíquico es entre rápido y tranquilo y la psicomotilidad es adecuada al estímulo; es sociable, alegre y calmo, de amistad fácil; con frecuencia; tiende a la melancolía y la irritabilidad y la cólera. Sintonizan con el medio ambiente, son extrovertidos; propenden a los empleos lucrativos y de fácil desempeño, a la politiquería, la abogacía y el comercio. Si poetas, son realistas y humoristas; si investigadores, son empíricos y objetivos; si conductores de masas, son caudillos briosos, organizadores simpáticos y mediadores conciliadores.

El tipo atlético o muscular es aquel de predominio relativo del diámetro transversal sobre los demás. Hombros anchos, pecho grande, caderas estrechas, cuello grueso, cara de grandes relieves óseos y piel con abundantes pelos. Desde el punto de vista psicológico da el tipo enérgico, sujeto moderado, tranquilo, comedido y a veces pesado y tosco; participa en aquello que necesita fuerza y energía; la fantasía es pobre pero combinada con gran tenacidad de la atención, con tendencia a la perseverancia. Son otras de sus características la falta de agilidad, de fluidez y de variedad del pensamiento y obtusión espiritual; son sobrios, minuciosos y pedantes. Como reacción afectiva muestra la cólera explosiva.

El tipo displásico está caracterizado por la falta de eutimia, por la tosquedad o la falta de proporción. Presenta como variedades los gigantes eunucoides, los eunucoides y obesos pluriglandulares y los hipoplásticos e infantiles. Desde el punto de vista de la patología mental tiende a la esquizofrenia...

Digamos para terminar estas referencias al componente **orgánico** de la personalidad que a más de éstas **relaciones** generales con la constitución hay que recordar las que se refieren en particular al 1) sistema nervioso central, sin olvidar las relaciones del hipotálamo y el cerebro medio en las emociones básicas y los patrones de impulsos; y la relación de la corteza con la discriminación y adaptación; 2) la especialización de los lóbulos frontales en la previsión del futuro y en la reputación individual por el sentimiento de autoestima; 3) las relaciones con el sistema nervioso autónomo y 4) las relaciones con los productos endocrinos.

b) El Temperamento. Entre los factores de la personalidad que hemos mencionado, está el formado por las cualidades emocionales, las cuales hacen lo que se llama el Temperamento. Este

tiene hondas raíces biológicas, se encuentra profundamente empujado en los instintos y muchos hablan del temperamento como de la constitución misma. Tal es la intimidad de la reacción emocional con diversos cambios orgánicos que Lange lanzó la teoría de que esos trastornos o cambios corporales son la emoción misma; y James los considera como el fenómeno esencial y causal que constituye la emoción. Se han comprobado las relaciones de las emociones con el tálamo y las zonas subtalámicas y con los sistemas simpático y para simpático.

Sobre estas bases se asientan las reacciones de afecto, grandes determinantes de nuestra conducta, puestas en términos de mayor importancia o por lo menos de anterioridad por tantos pensadores de todos los tiempos: "He sentido antes de pensar", escribía Rousseau y Unamuno ha dicho: "Amo, ergo sum" expresando que el amor precede al conocimiento.

La reacción emocional une a la profundidad de asentamiento visceral, muscular y glandular el ser de tal naturaleza que trata de adaptar al individuo para una futura reacción de ejecución, provocando un aumento o disminución del funcionamiento general de la conducta. K. Schneider clasifica los sentimientos en a) físicos, con determinada localización orgánica; b) vitales, con rápida difusión por el cuerpo y c) Sentimientos Psíquicos, que son estados agradables del yo, y que pueden dividirse en 1) Sentimientos de situación, con referencia única al yo, los cuales serían: a) agradables: alegría, placer, agilidad, felicidad, júbilo, reposo, satisfacción y seguridad.

b) Desagradables: tristeza, preocupación, angustia, miedo, intranquilidad, desasosiego, fracaso, desamparo, nostalgia, desfallecimiento, perplejidad, amargura, espanto, mal humor, cólera, rabia, envidia, celos, aburrimiento y vacuidad, y 2) Sentimientos de valoración, que expresan una calificación, sea de la propia personalidad, dando lugar a los sentimientos de autovaloración, sea de una personalidad diferente de uno mismo, dando lugar a los sentimientos de valoración, que expresan una calificación, sea de la propia personalidad, dando lugar a los sentimientos de autovaloración, sea de una personalidad diferente de uno mismo, dando lugar a los sentimientos de exvaloración. Los primeros serían: a) afirmativos, como la fuerza, el orgullo, la vanidad, la dignidad, la superioridad, el triunfo y el consuelo, y b) negativos, como la vergüenza, la culpabilidad, el remordimiento, la timidez, la humildad y la modestia. Los segundos se dividirían también en a) afirmativos como el amor, la inclinación, la confianza, la compasión, la atención, el interés, la justicia, el agradecimiento, la nobleza, la admiración y la adhesión; y b) negativos, como el odio, la repugnancia, la desconfianza, el desprecio, la enemistad, la burla, la desaprobación y la indignación.

No podemos dejar de mencionar, sino que por el contrario debemos hacer énfasis en el hecho de que nuestras emociones y nuestros sentimientos, en cuanto formas perdurables de respuesta, son en gran parte formados por la educación; es decir que aparte de la disposición constitucional la educación determinará la agradabilidad y afirmatividad, o bien la negatividad y desagradabilidad de nuestros **sentimientos**; esto es, que somos alegres, placenteros, seguros y reposados, o por el contrario tristes, preocupados, angustiados y miedosos, o tensos, malhumorados, celofos, etc., según se nos enseñe a ser, sobre todo en la infancia, cuando se **asientan** las bases de nuestro futuro ser social. Y asimismo con los sentimientos de valoración, la educación determinará que nos sintamos dignos, superiores, orgullosos y fuertes, o por el contrario, culpables tímidos y con remordimientos; o en fin que desarrollemos hacia los demás sentimientos afirmativos de amor, confianza, atención, justicia, nobleza, admiración, etc., o por el contrario sentimientos negativos del odio, repugnancia desprecio, desaprobación, etc.

e) Nos toca ahora, referirnos al componente intelectual de la personalidad. Los problemas se presentan de nuevo cuando queremos definir la inteligencia.

Dieron en contra de los que creen que con el progreso de la ciencia se llegará a penetrar la esencia íntima de la inteligencia, cree que ello es una resultante funcional en condiciones definidas. Cree que tratar de llegar a esa naturaleza íntima de la inteligencia es como querer encontrar la "velocidad" desmontando un automóvil. Cree, en fin, que; no se trata de una realidad teórica, pero que sí tiene realidad práctica, y que no debemos contentarnos con reducirla al conjunto de las funciones mentales de adquisición, elaboración y empleo de la experiencia, que son constitutivas del pensamiento.

Hay que considerar, entonces, que se trata de una resultante, en 'el mecanismo productor de la cual hay muchas funciones y operaciones psíquicas. Habría una serie de funciones previas, la percepción, la atención, la memoria, la fatigabilidad psíquica, la mímica y el lenguaje (todas ellas funciones intelectuales adquisitivas); unas funciones intelectuales de elaboración (juicio, raciocinio, etc.); otras ejecutivas (habilidad y combinación) y un caudal psíquico de la **inteligencia** formado por la suma de conocimientos adquiridos intuitivamente o por experiencia.

Del conjunto de elementos de cuya integraron resulta la inteligencia, unos son **congénitos** y otros adquiridos. Se cree que hay un factor hereditario, pero a pesar de él la inteligencia no es un valor fijo e inmutable, sino que es influenciada por los factores y condiciones del ambiente.

En interesantes estudios sobre los factores ambientales en la determinación de la inteligencia, expresada en coeficientes inte-

lectuales, varios autores han demostrado la elevación del C. I. de los niños adoptados antes de los seis meses. Leahy encontró un V. I. medio de 110,5; Skeels un promedio de 115,4 para 147 niños, encontrando en 41 de ellos C. I. de 120 o más (nótese la diferencia con un 14% o menos de personas con 120 de C. I. o más en el promedio de la población). En estudios sobre este mismo campo la investigación de Skodak demostró en 80 madres verdaderas de hijos adoptivos se encontró un C. I. medio en los hijos era de 116. Se puede pensar que esta elevación de la inteligencia se debe a un medio ambiente adecuado, en hogares en donde realmente se les deseaba y en los que se les dieron las mejores oportunidades, sobre todo con buenas condiciones de desarrollo en los primeros años, los de mayor influencia, en la formación de la personalidad (su factor intelectual incluido).

Por otra parte, se han hecho investigaciones con grupos de niños en malas condiciones ambientales de educación. Gordon, por ej., hizo una investigación en grupos de niños hijos de barqueros. Estos niños llevaban una vida irregular,\* casi sin escolaridad ni intercambio social, salvo raras excepciones. La vida intelectual de los adultos con quienes se encontraban en contacto era un gran número de ellos muy elemental, muchos de ellos sin saber leer ni escribir. El C. I. media, de la inteligencia fue, en, ese grupo de 69.9, es decir dentro de la mentalidad deficiente o en los límites de la normal. Es más, el grupo de edad de 4 a 6 años tenía un C. I. de 90 (normal bajo), mientras que entre los 12 a 22 años el C. I. era sólo de 60 (debilidad mental).

Reste decir, aunque sólo sea de pasada, que de las investigaciones actuales, puede asegurarse que no hay diferencia en cuanto a inteligencia general, entre los hombres y las mujeres; y que no es privilegio de ninguna raza la superioridad intelectual sobre las otras. La aseveración de Boas no parece desprovista de verdad: "Si hubiéramos de seleccionar una tercera parte de los más inteligentes, imaginativos, energéticos y emocionalmente estables entre los seres humanos, todas las razas estarían representadas". d) Las cualidades morales.

Se puede entender el carácter, a veces como a) el aspecto moral de la persona, su implicación en relación a cierta norma (lo bueno y lo malo); o, como la conación, es decir la fuerza de la actividad, manifiesta en la persistencia, la fortaleza, la prontitud, la rapidez. Estas manifestaciones deberían estar libres de toda influencia valorativa (bueno, malo, incorrecto, etc.)

Por otra parte, se habla de la personalidad misma como el carácter. Dice Jaspers: Pero ningún concepto es empleado tan ambiguo y variablemente como el concepto de la "personalidad o del carácter"... "Vemos el carácter en el modo especial en que el individuo se manifiesta, se mueve; en su manera de experimentar situaciones, de reaccionar ante ellas; en la manera cómo ama,

cómo siente los celos, conduce la vida; en las necesidades que tiene y en el anhelo que le es propio; en, los objetivos que se propone, cómo forma ideales y cuáles; en los valores que le atraen; en lo que hace y produce; en el modo como actúa. En una palabra, dice, llamamos "personalidad" al conjunto individualmente distinto y característico de las relaciones comprensibles de la vida psíquica". En otra parte dice: "...se aprenderá la personalidad o el carácter como un ser que, es como es" "...es igualmente devenir y haber devenido, es lo que en el mundo se realiza por las situaciones, las ocasiones y problemas que se le han dado. El carácter es, por sus motivos históricamente dados el producirse del hombre en el tiempo, no sólo la acuñación de un ser —así definitivo en la aparición del transcurso del tiempo".

Roracher dice que con el concepto de carácter se quiere realizar lo que un hombre es en general, independientemente de las circunstancias particulares de su vida. "La personalidad es la peculiaridad psíquica actual del hombre; el carácter, es la personalidad psíquica general..." "La personalidad es el hombre como ha llegado a ser por las circunstancias de su vida hasta el momento: el hombre como lo ha formado el destino por su carácter". (Para Roracher el Destino es la totalidad de los sucesos externos que ocurren a un hombre en el curso de su vida: "El destino es también naturalmente el medio ambiente particular en el que alguien vive, y es, asimismo, la cultura particular en que alguien se desarrolla, así como la convivencia con determinados hombres que suscitan sentimientos particulares en otros efectos psíquicos".)

Se han descrito muchos sistemas de caracterología, unos fundados científicamente (según el método de las ciencias naturales) y otros con fundamentos filosóficos. Se encuentran entre los primeros la tipología de Kretschmer (leptosómicos, atléticos y pínicos); la de Jaensch (basedowiano y tetánico); la de Jung (extravertidos e intravertidos); la de Rosanof (tipos antisocial, ciclotímicos y epilépticos), etc.

Entre los sistemas fundados filosóficamente entran los de Klages (caracteres llenos y vacíos, profundos y superficiales, cálidos y fríos, pesados y ligeros); de Spranger (teoréticos, económicos, estéticos, sociales, políticos y religiosos); de Adler (agresivos, no agresivos, conjuntivos, superiores e inferiores).

Mira y López al estudiar la psicología de las actitudes morales llega a las siguientes conclusiones: "a) la conducta moral no obedece a la existencia de un solo factor general; b) en su determinación intervienen mucho más eficazmente las actitudes afectivas, que el juicio lógico; c) no existen criterios morales standardizados que permitan una valoración ética constante de los distintos tipos posibles de conducta moral frente a situaciones concretas; d) no sólo varía considerablemente el criterio juzgador de los actos morales de unas y otras personas, sino que en una misma se

observan notables diferencias de rigor al colocarse en actitud crítica frente a las diversas acciones inmorales; e) existen grupos humanos que son colectivamente juzgados como deficientes éticos y que, no obstante, en pruebas de conducta, se han mostrado más generosos que les considerados como normales". Considera Mira que una conducta es moral en sentido estricto solamente cuando quien la realiza se propone libremente conseguir con ella un mayor **bien** —material o psíquico—, sin tener en cuenta el provecho propio que de él pueda derivarse.

Para el mismo Mira la conducta humana está ligada al desarrollo de los tres estados **emocionales** fundamentales: el miedo, la cólera y el afecto (amor). Al miedo se ligán las actitudes defensivas, a la cólera las ofensivas o agresivas en las cuales se tiende a dominar absoluta y violentamente al medio ambiente; en la emoción amorosa o afectuosa, se funda una actitud en la cual ya se ha superado la vida elemental, no hay de quien defenderse o a quien atacar, se vive en fusión y confusión con el ambiente como "parte de algo que lo atrae en vez de repelerle". En cada uno de los casos anteriores la conducta humana es diferente; en el primero es inhibida, en el segundo destructiva y en el tercero, creadora. La moral que se desprende de cada caso es también diferente; en el primero, la moral primitiva, disciplinaria; en el segundo la revolucionaria y anárquica y en el tercero la moral de cooperación, semejante a la moral abierta de Bergson, la que Mira llama la verdadera moral o moral humana propiamente dicha. En las diversas edades del individuo predomina una de las actitudes emocionales y varía también, consecuentemente, la actitud moral, así: en el niño predomina la moral disciplinaria, de respeto a la regla; en la pubertad se muestra más la agresividad y la rebeldía y la revolución conceptual; en la juventud habría un balance entre lo colérico y lo amoroso, hay destrucción y creación, utilitarismo e idea moral, se es si mismo tiempo generoso y egoísta. En la adultez predomina la actitud creadora, mientras que en la madurez vuelve la actitud colérica, al mismo tiempo pesimista y destructiva, y finalmente en la vejez volvemos a ver la actitud miedosa ahora matizada de prudencia, desconfianza y tacañería. (La tipología de Mira, fundada en las ideas anteriores divide a los hombres en tres tipos: a) tipo moral miedoso, desconfiado, pesimista, inseguro<sup>1</sup> y sumiso, cuya fórmula moral es "no te metas"; b) Tipo moral colérico, el cual es ambicioso, dominante, envidioso y rebelde y cuya fórmula es "no des tu brazo a torcer"; y c) tipo moral amoroso, cuyas características son la tolerancia, la simpatía, la generosidad y la creación, y cuya fórmula moral es "piensa en los demás antes que en ti".

Terminemos la mención de estas diversas ideas sobre el Carácter refiriéndonos a la influencia de la socialización sobre el mismo. ^Nuestro modo de ver está de acuerdo con el de Powers, quien con-

sidera que la socialización del carácter debe surgir de las características fundamentales del protoplasma mismo, más cierta dotación mental original y alguna capacidad afectiva o **emocional**. Sobre ellos prende la socialización a través del hábito, por el acondicionamiento, la asociación y la práctica. De la conducta del niño azarosa, indiferenciada, difusa, desequilibrada, no centralizada, transitoria e inmediata, ha de surgir después del complejo proceso de socialización la conducta inteligentemente adaptada del adulto. Varias instituciones influyen en la formación del carácter: a) el hogar, encargado del condicionamiento primitivo de la conducta, sobre el cual aprenderán los nuevos aprendizajes; b) la iglesia; e) el gobierno, a través de las normas que la sociedad misma se impone y que se cumplen en el hogar, la escuela, la iglesia, etc.; d) la institución de la propiedad personal; e) la del lenguaje y del número y f) la educación, que lleva al niño a través de el dominio de ciertos hechos, las costumbres del grupo y las técnicas sociales,

ej La experiencia religiosa. Sadler aboga porque se dé independencia a la experiencia religiosa como componente de la personalidad y habla de la "filosofía cósmica" que es como la religión sin la abundancia de credo, dogma y teología. Me parece que entonces va quedando reducida a la moral humana de Mira, en la que el hombre se une amorosamente a su ambiente. Sadler dice que en esa filosofía cósmica hay "una actitud hacia el universo", y que puede ser dirigida en una de estas tres actitudes: a) la curiosidad, como el hambre de saber, como la búsqueda de la verdad, b) la apreciación estética, como el amor a lo bello; c) la ética, como el deseo de servir, el amor a lo bueno.

Dunlap va más al fondo de la cuestión desde el punto de vista psicológico, cuando considera la religión: "como la institución o rasgo de la cultura, que se hace cargo en servicio de la humanidad, de las funciones para las cuales ninguna otra institución esté preparada todavía adecuadamente. Estas **funciones** con frecuencia comprenden el intento del hombre de "hacer lo que *no* puede hacer y de saber lo que no puede saber". Cree que considerada así la religión es una institución suicida que promueve el desarrollo de otras instituciones que la suplantarán, tomando a su cargo las funciones para las cuales la religión las impulsó y que antes estuvieran a cargo de la misma religión. Tal pasaría con la ciencia que ha suplantado a la religión en sus funciones económicas; con la filosofía, nacida también de la religión; con la organización política y gubernamental, antes guiadas por la religión, y con el arte, que también tiende a la secularización. Cree Dunlap que del estudio del pasado y presente de la religión parecen haber cinco posibilidades para las funciones religiosas en el mundo civilizado del futuro: a) que las organizaciones religiosas encuentren campos para los que no haya organización secular capaz de dirigirlos; b) que

la iglesia promueva y mantenga ritos desprovistos de doctrinas y aplicaciones; c) que la iglesia continúe sus servicios en lo moral, aceptando un papel secundario bajo la dirección del estado u otra organización secular; d) que la iglesia restrinja sus funciones para aquellas en las que no ha habido, no hay ni habrá organizaciones seculares, para aquellas cuestiones que no son sujetos del conocimiento (la fe, los conceptos del otro mundo), y e) que la religión deje de existir en las culturales civilizadas.

No cree en esta última posibilidad como cercana porque sólo sería posible si la religión cesara de tener funciones importantes, y no parece ser ese el caso por el momento; y además, recuerda la característica saliente de la religión que es su habilidad para adaptarse a condiciones cambiantes cuando la adaptación es necesaria para asegurar su supervivencia (de la religión).

Mencionados así los componentes que en un corte transversal de la personalidad nos ayudan en su comprensión, y anotada la conüición dinámica de la misma, el hecho de hacerse en cada momento y de ser al mismo tiempo todo lo que le antecedió, digamos ahora algunas palabras sobre las características más salientes de la personalidad en las diversas etapas de la vida.

En la infancia hay un primer período en el cual el niño demuestra interés en lo que percibe, vive más con sus sentidos. Un poco más allá ya hay procesos de asociación entre las cosas que ve y que oye y trata de imitar los sonidos con que se llaman las cosas. Hacia los cuatro años se presentan los intereses intelectuales, se preocupa del para qué y por qué, sobre todo en cuanto les capacita para saber cómo usar las cosas. De los siete a los doce años no sólo hay intereses intelectuales generales, sino también especiales. Durante la infancia se aprende a diferenciarse uno mismo del medio ambiente, a reconocer un mundo exterior y otro interior, a encontrar el principio de contradicción y más adelante —hacia los 10 a 12 años— el juicio de realidad.

A continuación de la etapa infantil está la juvenil, también divisible en períodos: adolescencia, pubertad y juventud propiamente dicha. Se inicia aquí el pensamiento abstracto, el adolescente principia a organizar, evaluar y ponderar los hechos concretos; establece conceptos generales y relaciones lógicas entre ellos. Llega también a darse cuenta y a reflexionar sobre la responsabilidad social, sobre su papel en el mundo. Y en esta etapa termina el desarrollo sexual con sus cambios glandulares y apareamiento de caracteres secundarios masculinos o femeninos. Hay una afectividad exagerada y sin dirección fija, una dificultad para encontrar su propio camino.

Salido el individuo de la juventud entra en la adultez, que comprende más o menos de los veinte a los cincuenta años; da entonces el individuo su mayor rendimiento, aprovecha la experiencia adquirida y actúa en su mayor adaptación social. Sabe el hombre en

esta época negarse algunos deseos, usa el mecanismo imaginativo de la realización de otros, y dirige sus deseos, sublimándolos, de tal manera que los realiza en formas que no encuentran obstáculos invencibles y que sean socialmente útiles. También se notan en el adulto, mecanismos psicológicos por medio de los cuales ve las cosas como él desearían que fuesen (catatimia), de achacar a los demás la causa de sus propias acciones (proyección) y de transformar en razones los pretextos para justificar sus actos; o deseos que contrarían la censura moral (racionalización).

Los diez años siguientes forman el período de la madurez, en el que se inicia la involución, disminuye la actividad genital, cambia la situación hogareña por la independencia de los hijos, cambia la situación social por el cambio de tipo de empleo o de actividad. La vejez está ya a las puertas y hay deseo de gozar de la vida con egoísmo. Se presentan cambios en la afectividad, los reservados y tímidos se vuelven expansivos y los alegres y sociables se hacen retraídos y tristes.

Llega por último la vejez con la disminución de la eficiencia y de la energía, y volviendo a los individuos desconfiados y a veces con la idea de ser perseguidos, hostilizados o perjudicados.

Integración de la personalidad: Los diferentes componentes de la personalidad van desarrollándose a medida que el individuo progresa en sus diferentes etapas de vida, hasta llegar a la adultez y continúa modificándose diariamente mientras el individuo vive y está sometido a diferentes circunstancias. El ideal es el de la actuación unificada, integrada y socialmente adaptada, digna de confianza, que dé seguridad y efectividad y que permita al individuo darse cuenta y poner toda su fuerza en las acciones que decide; los diversos sistemas de acción antes mencionados trabajan entonces unitariamente sin contradicciones entre unos y otros y sin vacilaciones debidas a esas contradicciones.

Ante una situación dada la personalidad puede poner en juego sus mecanismos de adaptación bien y armónicamente desarrollados y verificar así una actuación exitosa, desarrollada, de manera consecuente y que llamamos normal. O bien puede encontrarse en la imposibilidad de llegar a esa actuación exitosa y tener un fracaso que puede dar por resultado tres clases de soluciones: una ruptura de la personalidad (que se manifieste en suicidio, alcoholismo, afición a las drogas, rasgos neuróticos, enfermedades neuróticas y psicosis), ( ) una ruptura de la situación (conducta anárquica

---

C) (Actualmente ya es casi universal la aceptación de que la bebida exagerada de alcohol es nada más que uno de los síntomas de una desarmonía de la personalidad, siendo varias las formas desarmonías que pueden presentarlo, y diversas también las clasificaciones de esos trastornos que hacen los diferentes autores. Por ejemplo, Dale y Ebaugh dividen los síndromes alcohólicos en cinco categorías provisionales: a) Alcoholismo esencial, que aplican a aquellos casos que se derivan de un "desorden del carácter", que es a su vez resultado de fijaciones y frustraciones

y delincuencial, asesinato, violación de las leyes, de los convencionalismos, anarquía, etc.), o bien realizar una readaptación, un arreglo constructivo (en la ciencia, asistencia social, religión, etc.) (Esquema de Grane).

Nuestra meta será la del desarrollo de las mejores condiciones mentales en cada uno de nosotros, de llegar a la formación de personalidades normales, integradas y adaptadas eficientemente. Ese es el papel de la higiene mental movimiento que necesita unirnos a todos en nuestra actuación individual y como parte de las clases e instituciones a que pertenezcamos, para que ayudemos a los desadaptados a encontrar su nuevo camino hacia la integración en cuanto ello sea posible y sobre todo, para que evitemos que las generaciones venideras se encuentren en situaciones desfavorables para la formación de personalidades sanas (se asevera que la influencia del trato que se nos dé durante las primeras semanas y meses de vida, y durante los primeros años es de suma importancia en nuestra conducta posterior). La Higiene mental extiende su acción a las situaciones prematrimoniales, prenatales, del embarazo, del nacimiento, del desarrollo todo, a la educación de los padres, de los maestros, a la orientación vocacional a la educación universitaria, a la investigación y promoción de las mejores condiciones de trabajo, sea en la ciudad o en el campo, en las labores agrícolas o industriales; en las relaciones entre patronos y empleados, en los programas de sanidad y de educación, etc. etc., ya que como bien dice Fromm, la salud mental es un problema sobre todo social, económico, político y ético; y como sueña Line el siglo XX podría ser nuestro, si se hiciera un cuidadoso estudio del hom-

---

orales (términos de explicación de origen psicoanalítico que indican fases del desarrollo de personalidad, según esa teoría). En estos casos el alcoholismo es la principal expresión de la neurosis. Se trata de personas inseguras, que dependen de los demás (en sentido de su emotividad), y que son dominados por la figura paterna del sexo opuesto, b) Alcoholismo reactivo. También neuróticos con mecanismos similares a los del grupo anterior, pero, con mayor cohesión de la personalidad; tienen rasgos depresivos y caen en el alcoholismo como consecuencia de situaciones difíciles sobre todo cuando son de importancia psicotraumática. c) Alcoholismo periódico, que se manifiesta en personalidades afines a las maniaco depresivas. El alcoholismo es sólo un síntoma del episodio depresivo o maniaco, d) Alcoholismo en las neurosis del carácter. En estos pacientes ha faltado en el curso del desarrollo de su personalidad el padre que corresponde a su mismo sexo (ha faltado en el sentido de su importancia psicológica), y como consecuencia el superego se ha desarrollado insuficientemente. Estos enfermos con frecuencia son hijos de padres alcohólicos, quienes en el proceso de formación del superego de los hijos no llegaron a tener para estos suficientes méritos para convertirlos en la figura de identificación. Puede también tratarse de padres demasiado estrictos, con quienes la identificación fue bastante difícil. Los pacientes de éste tipo beben buscando una gratificación inmediata; sus intereses se detienen en sus impulsos instintivos y son incapaces de progresar hasta formar serios proyectos sobre ganancias y satisfacciones posteriores, e) Alcoholismo como manifestación, de Psicosis Mayores- Es el caso de los alcohólicos esquizofrénicos, maniaco-depresivos y de las psicosis orgánicas.)

bre de cual emergería una, filosofía social vibrante, viril y universal, basada en nuestra mayor entendimiento del proceso de la vida en el infante, el niño, el joven, el adulto.

#### CONCLUSIONES

- 1<sup>o</sup>— La personalidad en términos populares es la conducta aparente del hombre, la máscara con que hace el teatro de la vida.
- 2<sup>o</sup>— Desde el punto de vista psicológico la personalidad puede concebirse como lo que permite predecir, cómo se actuará en un momento determinado.
- 3<sup>o</sup>— Podemos aislar en esa personalidad varios factores, o componentes, tales como, 1<sup>o</sup> El fondo biológico y hereditario, 2<sup>o</sup> El componente temperamental o emocional; 3<sup>o</sup> Un componente intelectual; 4<sup>o</sup> Uno ético, al que llamamos carácter; y 5<sup>o</sup> Si queremos, uno religioso.
- 4<sup>o</sup>— Para formar una personalidad sana debe haber una integración armoniosa entre sus diversos componentes.
- 5<sup>o</sup>— Esa integración armoniosa depende en gran parte de la educación, concebida en su más amplio sentido.
- G<?— Ante una situación dada, la personalidad puede responder:
  - a) Normalmente, por una adaptación exitosa.
  - b) Por una desadaptación que resulte en 1) la ruptura de la situación (asesinato, irrespeto y menosprecio de la sociedad y las leyes, etc.) 2) Ruptura de la personalidad, manifiesta en alcoholismo, suicidio, enfermedad mental, psicótica, etc.
- 7<sup>o</sup>— La ingestión patológica (anormal) de las bebidas alcohólicas hacen presuponer siempre y generalmente se comprueba, una personalidad anormal.
- 8<sup>c</sup>— La esencia de toda campaña contra las anormalidades de la personalidad (entre ellas el alcoholismo) está en proveer los medios para evitar que se formen esas personalidades y en ayudar a la recuperación de las que ya llegaron a la anormalidad.
- 9<sup>o</sup>— Este es el papel de la Higiene Mental y de la Psiquiatría, las cuales han de valerse de todo medio aceptable para proveer a los individuos una mejor base hereditaria, un fondo biológico mejor, un temperamento robusto, una inteligencia eficiente, un carácter superior y Una concepción religiosa sin **conflicto**.

10?— Agrandemos nuestras miras y nuestro campo de acción, e integremos nuestra campaña anti-alcohólica como una parto de las ambiciones de la Higiene Mental y propugnemos la creación y acción inmediata de una Liga Nacional de Higiene Mental.

#### B I B L I O G R A F Í A

- Personality, Cattell**, McCraw Hill Book Co. 1950."  
Fundamentos Psicológicos de la Personalidad, L Thorpe, Editora I Guillermo Kraft Ltda. Buenos Aires 1946. ■  
Religión, Its functions in human life. Dunlap, McCraw Hill Book Co. 1946.  
Tratado de Psicología General, Agramonte, Cultural, S. A. Habana, 1949.  
Psicopatología General, Jaspers, A. Bini y Cía., Buenos Aires, 1951.  
Modern Psychiatry, Sadler, C. V. Mosby Co. 1945.  
Manual de Psicología jurídica, Mira y López, El Ateneo Buenos Aires, 1950.  
Introducción a la Caracterología, Rohrer, Editorial Losada, Buenos Aires, 1945.  
Psicología y Filosofía de la persona, Dujovne, El Ateneo, Buenos Aires, 1945.  
Mental Hygiene, **Lemkau**, McGraw Hill Book Co., 1949.  
Consideraciones sobre el alcoholismo, Alcerro-Castro, Revista de la<sup>1</sup> Universidad, Tomo XV, N° 7. **Tegucigalpa**, Honduras.  
Informe sobre el IV Congreso Mundial de Salud Mental, Alcerro-Castro, Revista Médica Hondurena, Vol. XX, N° 1 59, Tegucigalpa, Honduras.  
Higiene Mental, Alcerro-Castro, Revista de la Universidad, Tomo XV, N° 6. Tegucigalpa, D. C., Honduras.

## Actitud del médico ante un abdomen agudo

— Por el Doctor — HELIOBORO  
GONZÁLEZ MOGENA

Presidente de la Sociedad Española de Patología  
Digestiva y de la Nutrición. Madrid.

Ante un síndrome de abdomen agudo se le presenta al médico una de las situaciones de mayor responsabilidad, ya que, sin demora o en un espacio de tiempo muy corto, ha de tomar decisiones terapéuticas de las cuales va a depender, en un porcentaje alto de casos, la vida del enfermo, sin que dichas decisiones puedan ser eficazmente rectificadas.

Consciente de esta gran responsabilidad, el médico tiene que poner a prueba sus conocimientos para llegar, en lo posible, a un diagnóstico, sin que la urgencia de la indicación terapéutica le permita esperar a ver la evolución del proceso para afianzar su diagnóstico.

La situación angustiosa del enfermo y de nervosismo en las personas que le rodean, hace aún más difícil nuestra actuación, teniendo que sobreponernos al ambiente acuciante de momento con serenidad y con la rapidez que el caso requiere.

Nuestra serenidad, emanada de un honrado juicio clínico ante el difícil diagnóstico, se impondrá al ambiente. Pero si exteriormente hemos de dar esta impresión, nuestra íntima convicción ha de ser de prudencia, huyendo de afirmaciones rotundas que, con frecuencia, la experiencia se encarga de rectificar.

No por tener que ser nuestra actuación rápida hemos por ello de prescindir de un interrogatorio y exploración detallada, tan difícil en estos casos y tan necesaria para llegar a un diagnóstico correcto, a falta de otros medios auxiliares, imponiéndonos a las personas que rodean al enfermo, que desean lleguemos rápidamente a ordenar la terapéutica que resuelve aquella grave situación.

Si bien no perderemos tiempo ni cansaremos al enfermo con preguntas más o menos inútiles, es imprescindible que, de una manera ordenada, recojamos todos aquellos datos que, bien valorados y con una exploración muy cuidadosa, nos llevarán, en un porcentaje alto de casos, a un diagnóstico de probabilidad; por otra parte, no emplearemos un tiempo que puede ser decisivo para la vida del enfermo, en querer llegar a, un diagnóstico preciso si pensamos es necesaria la intervención quirúrgica; lo que creamos se pierde de nuestro amor propio profesional lo ganará, la vida de los enfermos.

Ante todo, tenemos que diferenciar si el cuadro abdominal que el enfermo presenta es debido a un proceso de origen abdominal, o si, por el contrario, la causa original es extraabdominal.

Si bien es verdad son muchas las afecciones de causa extraabdominal que pueden dar lugar a manifestaciones abdominales agudas, el diagnóstico diferencial en la mayoría de las ocasiones no es difícil; basta con pensar en ellas para que ya la anamnesis nos lo haga sospechar; así, por ejemplo, nos sucede cuando el enfermo dice trabaja con plomo, haciéndonos pensar en la posibilidad de un cólico saturnino, que la existencia del ribete gingival de Burton apoyará; la disnea, en ocasiones la tos, especialmente en los niños, nos lleva a auscultar el tórax, descubriendo la existencia de una neumonía.

La forma de comienzo, la irradiación del dolor y la falta, de verdadero síndrome abdominal, con inmovilidad absoluta del enfermo, puede indicarnos se trata de una afección coronaria; dolor abdominal y contractura parietal también se presentan en la pleuresía diafragmática y en la pericarditis; por eso la conveniencia de la exploración torácica en los casos de diagnóstico dudoso; por no existir una verdadera rigidez de la pared, la contractura muscular, que tanta importancia tiene en el diagnóstico del abdomen agudo, suele ceder con una palpación un poco prolongada. Las alteraciones metabólicas son en ocasiones motivo de sintomatología abdominal, que el médico debe tener en cuenta y no llevar su pensamiento exclusivamente por los procesos abdominales, con el grave riesgo de llegar a una laparotomía innecesaria.

Una sintomatología abdominal aguda la encontramos en diversos trastornos metabólicos; en la acidosis existen vómitos y náuseas, acompañados en muchos casos de dolor abdominal, rigidez de la pared, leucocitosis y fiebre; si bien la contractura de la pared abdominal no suele ser muy intensa, el diagnóstico diferencial puede hacerse, sobre todo, sabiendo si el enfermo tiene glucosa en orina e investigando la existencia de acetona y, si es posible, la reserva alcalina; la respiración del tipo Kussmaul puede hacerlo sospechar.

Es cierto que antes de hacer una laparotomía por un abdomen agudo con diagnóstico dudoso en un enfermo con una historia de glucosuria, o en donde se descubra la existencia de azúcar en la orina, habrá que pensar estamos ante un síndrome de acidosis, y, ya confirmada, hacer un tratamiento rápido y enérgico, para en muy escaso tiempo poder determinar si éste era el origen de la sintomatología abdominal.

Pero, por otra parte, hay que tener presente que puede la acidosis presentarse complicando un proceso abdominal agudo, diagnóstico diferencial difícil en algún caso, por lo que al mismo tiempo que se establezca un tratamiento rápido de la acidosis, estaremos preparados por si la sintomatología abdominal no cede y es necesario practicar una laparotomía. El síndrome abdominal en

los diabéticos puede tener un origen, vascular, por trombosis, según se ha demostrado en algunos casos.

En la crisis hipoglucémica, el dolor abdominal puede ser un síntoma predominante, casi siempre localizado en el cuadrante superior derecho, -con irradiación a la espalda, presentándose, además, náuseas; pero, por lo demás, falta el restante cuadro del abdomen agudo, lo mismo que sucede con las crisis dolorosas abdominales de origen hepático; también se encuentran casos en el hipertiroidismo, cuyo diagnóstico diferencial no ofrece dificultad.

La tetania visceral debida a la insuficiencia para tiroidea puede dar lugar a cuadros abdominales, en donde sí bien la contractura muscular es muy intensa, falta el dolor a la presión; por otra parte, existirá la sintomatología característica con hipertonía, hiperreflexia y los signos de CHVOSTEK y TROUSSEAU.

En la insuficiencia suprarrenal se presentan a veces dolores abdominales de intensidad variable, acompañados en algunos casos de vómitos y de diarrea, que han dado motivo a laparotomía por un diagnóstico erróneo; falta en estos casos el dolor a la presión y la contractura abdominal; existiendo dolor lumbar espontáneo, hipotensión, astenia muy pronunciada e hipotermia, ánteras importantes para el diagnóstico diferencial; la pigmentación oscura de la piel y de las mucosas, si bien es muy característica, puede ser todavía poco acentuada y no impresionar para el diagnóstico de la insuficiencia suprarrenal.

Si ante una crisis de dolor abdominal aguda tenemos que pensar pueda ser de origen endocrino y obrar en consecuencia, también es necesario tener presente que la alteración metabólica, acidosis o insuficiencia suprarrenal aguda, puede haberse originado en el curso del proceso del abdomen y ser la consecuencia de éste y no la causa, por lo que el tratamiento a instituir no es más que complemento del tratamiento de la causa original.

En la trombosis de las arterias puede haber dolor de extraordinaria intensidad en el abdomen, de localización alta, sobre todo retroesternal, de carácter constrictivo, con irradiación por el brazo izquierdo, faltando el vientre en tabla, característico de la perforación gástrica o duodenal, con la que podía confundirse, así como los demás, síntomas que habitualmente acompañan a ésta (desaparición de la matidez hepática, etc.); cuando sea posible, el electrocardiograma aclarará el diagnóstico.

Si bien en el traumatismo del raquis, así como en las heridas de la médula, se presentan síntomas abdominales agudos que el cirujano debe conocer; lo que al médico interesa es la existencia, como síntoma predominante, de una extensa contractura muscular, vientre en tabla, que pudiera interpretarse como signo de peritonitis, cuando el traumatismo de la columna vertebral, origen de esa contractura, se le considera en el segundo plano.

Aun cuando cada día es menos frecuente, y hoy podemos ya decir que es **excepcional**, tendremos en cuenta que un; dolor de extraordinaria violencia localizado en epigastrio, a veces acompañado de náuseas o vómitos, pudiendo hacer pensar en un proceso abdominal agudo, se presenta en la **tabes dorsal**. Si esta crisis dolorosa ya se había producido anteriormente, la falta de defensa muscular y de síntomas perforativos, la abolición de reflejos rotulianos y de Aquiles, la anisocoria y el signo de ARGYLL-ROBERTSON positivo, nos demuestran su origen tabético.

Pero también el error contrario se ha cometido, es decir, considerar' como una crisis gástrica de la **tabes dorsal** el dolor producido por la perforación de una úlcera gástrica o duodenal existente en un tabético; de ahí la necesidad de un interrogatorio correcto y de una exploración detenida.

En la epilepsia, y también por procedimientos encefálicos, pueden presentarse síntomas de abdomen agudo, de fácil diagnóstico diferencial.

Cuando sea posible practicar un recuento globular, la existencia de un hemograma normal será un dato- más de gran importancia para el diagnóstico diferencial con aquellos procesos en los que se produce una inflamación peritoneal.

Eliminados ya aquellos procesos cuyo origen estaban fuera del abdomen, y cuyo tratamiento médico es ya sabido, tenemos que pensar, por razón de su mayor frecuencia, que el dolor se deba a una contracción peristáltica violenta de la musculatura involuntaria de una viscera, de un conducto o de un esfínter, y que normalmente se contrae sin dolor; esta contracción violenta se produce, por lo general, al tener que vencer algún obstáculo que dificulte el paso normal, ya sea a través del estómago o del intestino, vías biliares, urinarias, conducto pancreático o útero.

Es característica general de estos dolores cólicos la extraordinaria nerviosidad del enfermo, revolviéndose en diferentes posturas, a veces absurdas, buscando mejoría para su dolor; el dolor es referido al sitio de origen y, en parte, al área de la distribución nerviosa del segmento espinal con el cual está asociada la parte afectada. El dolor suele presentarse en forma paroxística, como corresponde a su producción peristáltica, encontrando a veces el enfermo un cierto alivio comprimiéndose con la mano la zona dolorosa.

Si durante el momento del dolor encontramos intensa contractura muscular, en las fases de calma, la pared abdominal se relaja, permitiendo hasta una palpación algo profunda, si bien acusando dolor en la zona afectada.

El dolor suele acompañarse, por estímulo simpático, de palidez de la piel, pulso pequeño, temperatura por debajo de lo normal; cuando el dolor cólico se deba a gastritis aguda por ingestión de alimentos en malas condiciones, de digestión difícil o en cantidades

no usuales o por causas externas que perturban las condiciones digestivas normales, los vómitos espontáneos o provocados, en donde se ven aumentos ingeridos muchas horas Antes, suelen calmar el dolor.

En la enteritis aguda es característico el dolor en forma de retortijón o difuso, alrededor del ombligo, sin síntoma alguno peritoneal, con antecedentes semejantes a los indicados en las gastritis agudas y aparición de diarrea, con la consiguiente calma del dolor. Cuando falta la expulsión de heces y también de gases, puede temerse un origen obstructivo, a que luego nos referiremos; tengamos muy presente que precisamente esta crisis de dolor que pensamos debida a espasmos o contractura intestinal, no la atribuiremos despreocupadamente a una sencilla indigestión, sino que tendremos en cuenta puede deberse a una obstrucción intestinal.

El dolor en el cólico de plomo va acompañado de estreñimiento, habiendo hecho anteriormente el diagnóstico diferencial.

Para el diagnóstico del cólico hepático en la anamnesis, ya recogeremos la existencia de trastornos dispépticos precediendo al cólico; pero en ocasiones éste aparece por primera vez sin antecedentes de molestias digestivas, que, con más frecuencia, se presenta en mujeres. El dolor en epigastrio o en punto cístico con irradiación a la derecha, a la punta de la escápula o al hombro derecho, siendo su presentación, en un porcentaje alto de casos, a medianoche; según nuestra experiencia no es infrecuente el dolor referido debajo del reborde costal izquierdo, si bien a la palpación el dolor se acusa en la zona vesicular. Hay vómitos o bien estado nauseoso, encontrándose el enfermo agitado, en contraste con el dolor perforativo; en el primer momento falta la fiebre. A la exploración podemos encontrar defensa muscular, pero sin rigidez pronunciada; la zona dolorosa está localizada en la región vesicular, sin signos peritoneales, a que luego nos referiremos; en estas primeras horas el recuento globular y la fórmula leucocitaria serán normales.

Si se trata de un cólico nefrítico, el dolor puede ser de gran violencia, con irradiación hacia la región lumbo-renal o por trayecto de uréter hasta escroto, disuria, hematuria macro o microscópica, que rápidamente puede ponerse en evidencia con la prueba de la bencidina o del piramidón; la precipitación de los cristales de sulfamidas tomadas con muy poco líquido, hemos visto dar lugar a un cólico renal con la orina muy oscura, pero no rojiza; la falta de signos perifoneales nos facilitará el diagnóstico.

Los cólicos uterinos pueden, por la intensidad del dolor acompañarse de vomites, palidez y taquicardia, inquietar *en el* primer momento. El dolor producido por la expulsión de un coágulo sanguíneo o de un feto es referido a la parte inferior del abdomen y al mismo tiempo a la región lumbar; la historia menstrual, las anteriores dismenorreas dolorosas y la falta de todo síntoma perito-

neal nos ayuda al diagnóstico; no olvidemos la posible existencia de un aborto provocado.

Aun cuando se trate de una afección rara, es necesario recordar que en la **porfiria** aguda se presentan dolores abdominales de gran intensidad, de tipo cólico, por lo que pueden prestarse a la confusión con un cólico **hepático**, nefrítico, obstrucción intestinal, apendicitis y con la intoxicación saturnina, teniendo en cuenta la existencia de neuritis en el segundo proceso; la falta de contractura muscular y la **coloración** roja de la orina al contacto de la luz debido a la **uroporfirina**, son las características **denominantes** para el diagnóstico diferencial. Discriminadas ya estas causas, de cuyo tratamiento médico no vamos a ocuparnos, tenemos que hacer rápidamente el diagnóstico diferencial con aquellos procesos de origen del denominado abdomen quirúrgico, por ser tributarios de una terapéutica quirúrgica.

Aquí nos encontramos con los procesos inflamatorios agudos del apéndice y del páncreas, la perforación de las vísceras huecas (**estómago**, intestino y vesícula biliar), obstrucción aguda del intestino y también con procesos ginecológicos agudos de gran gravedad.

A la sintomatología propia de cada uno de estos **procesos** se sigue en seguida un cuadro clínico común a los procesos inflamatorios y perforativos, debido a la peritonitis aguda que hace ya en aquellos momentos muy difícil dilucidar con certeza la causa que lo origina.

**Apéndice.**— Si el diagnóstico es fácil, la mayoría de las veces, con su sintomatología característica, sobre la que no vamos a insistir, hay que tener presente que puede el apéndice estar situado dentro de la pelvis o ser retrocecal, y entonces, al inflamarle, es distinta la **sintomatología** local.

En la apendicitis pélvica, el dolor es mucho más bajo en zona salpingo-ovárica, y a veces en la línea media, con contractura muscular muy baja y poco extensa; puede acompañarse de tenesmo vesical y de retención de **orina** o de disuria; hay que tener presente que en esto, casos de Mac Burney o en el de Lanz, sin existir tampoco defensa muscular en esa región. El diagnóstico lo haremos por "tacto rectal", que deberá practicarse en todo enfermo con diagnóstico dudoso de inflamación apendicular; creemos no se insiste lo suficiente en la importancia que para el diagnóstico tiene esta sencilla exploración que todo médico debe habituarse a practicar. A través de la cara anterior del recto tocamos con el extremo del dedo el fondo de saco peritoneal, produciéndose un dolor agudo, vivo, en la apendicitis pélvica, y a veces, si han pasado más horas, se apreciará un cierto empastamiento, más perceptible todavía si al mismo tiempo practicamos la palpación **hipogástrica**.

El tacto rectal no solamente tiene valor para el diagnóstico de las apendicitis pélvicas, sino que es necesario practicarlo en todos aquellos casos en que después de pasada la fase aguda **apendiciaria** persiste la fiebre, aun cuando no elevada; sin **verdadero** dolor en **zona apendicular** y vientre flácido, y gracias a esta exploración descubriremos la existencia de un absceso pélvico; tengamos en cuenta que por su situación declive se favorece esta **localizaron** en procesos perifonéales no sólo de origen apendiciario o genital, sino también *en* las **perforaciones** de las úlceras.

En la apendicitis retrocecal puede el dolor localizarse en la fosa ilíaca derecha, encontrándose muy atenuada toda la sintomatología peritoneal, con escaso dolor a la presión y muy ligera contractura de la pared abdominal inferior. Pero, en cambio, acostado el enfermo en decúbito lateral izquierdo, al palpar por encima de la cresta ilíaca hacia el sacro, encontrar en esa zona la zona dolorosa con contractura muscular y empastamiento haciendo la palpación bimanual, corno si se tratase de buscar un riñón ptósico, percibimos la tumefacción inflamatoria dolorosa por encima de la cresta ilíaca. En el caso de apéndice larga dirigido hacia arriba, puede su extremidad distal ponerse en contacto con la vesícula biliar, y el dolor espontáneo o a la presión hacer pensar en inflamación del colecisto; los antecedentes y la forma de comienzo suelen ser datos ya suficientes para orientar el diagnóstico diferencial.

La rotura de un embarazo extrauterino nos da una sintomatología abdominal no siempre fácil de diferenciar de la debida a una, apendicitis aguda, si bien tenemos datos que nos facilitarán el diagnóstico, como son el antecedente de la falta del periodo menstrual, el estado de anemia intensa, y luego, al tacto vaginal, el dolor intensísimo en el fondo de Douglas, que luego referiremos con más detalle.

La diferenciación con el cólico hepático o con el cólico renal del lado derecho es generalmente posible, y nos servirá de gran ayuda el análisis de sangre, al que luego haremos referencia; también habrá que hacer el diagnóstico diferencial con las perforaciones; pero, como luego diremos, en casos de duda con un proceso cuyo tratamiento haya de ser quirúrgico inmediato, no debemos perder tiempo en querer llegar a un diagnóstico exacto esperando a ver la evolución del proceso o a exploraciones que retrasen la intervención quirúrgica, ya que con ello aumentaremos las probabilidades de éxito.

No tenemos signo alguno de suficiente certeza para hacer el diagnóstico diferencial con la linfadenitis mesentérica; de ahí que en la mayor parte de los casos, aun cuando se piense en este diagnóstico, se aconseje la laparotomía, que, por **otra** parte, se ha visto ejerce una influencia favorable **sobre** la afección.

Ya antes nos hemos referido al diagnóstico diferencial con: la pleuresía diafragmática o con la neumonía basal; aun cuando en la

fiebre tifoidea puede haber dolor en la fosa ilíaca derecha, no habrá dificultad en el diagnóstico diferencial, pero tendremos en cuenta que, aun cuando rara vez, puede tratarse de una apendicitis tífica.

El laboratorio también nos suministrará datos de valor, tanto para el diagnóstico diferencial como para la indicación terapéutica; cuando tratemos de juzgar los datos que el hemograma nos proporciona, tendremos muy en cuenta el número de horas o de días que van transcurridos desde la iniciación del proceso hasta el momento en que se hizo la toma de sangre.

Ya al principio nos referimos al examen de orina y sangre, investigando la glucosa y cuerpos cetónicos, para saber si nos encontramos ante un coma diabético; aumento de leucocitos con polinucleosis existe muy precozmente en la apendicitis aguda, teniendo más valor que la cifra de un examen aislado la determinación repetida, si se cree conveniente, cada dos o tres horas, juzgando así de la marcha de la enfermedad.

Es conveniente recordemos la observación, que hemos visto en ocasiones, de enfermos con un ataque apendicular agudo y una cifra no muy aumentada de leucocitos y polinucleares, encontrándose luego en la operación con un apéndice gangrenado; el aumento progresivo de leucocitos y de la proporción de polinucleares con desviación a la izquierda, nos indica la grave afectación peritoneal; por el contrario, su disminución es un signo de buen pronóstico, así como también la aparición de los eosinófilos. La velocidad de sedimentación de los hematíes tiene también un gran valor diagnóstico, encontrándola aumentada en la apendicitis aguda, siendo suficiente que conozcamos la cifra de sedimentación de la primera hora, y esta determinación, por no requerir microscopio ni conocimientos de laboratorio, puede practicarse perfectamente en el medio rural.

En la rotura de un embarazo extrauterino, en la primera hora habrá una leucocitosis moderada, pero lo más característico es la disminución considerable del número de hematíes.

El diagnóstico de la apendicitis aguda lleva consigo la indicación quirúrgica inmediata; es cierto que en algunos casos puede tener el proceso una evolución favorable; pero no debemos por ello confiarnos, ya que en cualquier momento puede producirse una perforación; recordamos las veces que, a pesar de una sintomatología poco aparatosa, hemos enviado al enfermo al cirujano, y en la operación se encontró con un apéndice ya en vías de gangrena.

Si en las primeras veinticuatro horas este criterio es unánime, no era lo mismo cuando ya habían transcurrido dos o tres días, por pensar que al destruirse en el acto quirúrgico las adherencias defensivas que se habían formado, se daría lugar a una difusión de la peritonitis; el criterio abstencionista en estos casos le consideramos extraordinariamente peligroso; el absceso periapendicular que puede formarse necesitará una intervención quirúrgica

si antes no se abre espontáneamente, dando origen a una peritonitis generalizada.

Sin tener en cuenta el número de horas transcurridas desde el **comienzo** del ataque agudo, en cuanto diagnostiquemos se trata de una apendicitis, aconsejaremos la intervención quirúrgica inmediata.

Si en el primer momento la sintomatología es poco manifiesta, y, por consiguiente, el diagnóstico dudoso, nos abstendremos por lo pronto de todo aquello que pudiese ser perjudicial; si luego viésemos se trataba de una apendicitis, y pensando desde el primer momento sea éste el origen de la sintomatología, no nos quedaremos tranquilos demorando una nueva visita hasta pasadas diez o doce horas; nuestra observación, ha de ser continua, y, cuando sea posible, repetir el análisis de sangre cada dos o tres horas: tendremos siempre presente que es preferible haber una laparotomía y quitar un apéndice no muy patológico que esperar a aconsejar la **intervención** cuando ya se hayan presentado síntomas de **peritonitis**.

No es necesario recordar, por ser bien conocido, cómo se eleva extraordinariamente el porcentaje de mortalidad según van transcurriendo más horas desde el comienzo de la apendicitis aguda hasta el momento de la operación.

La administración parenteral de antibióticos y la prohibición de toda ingestión por vía oral, se establecerán desde el primer momento, en quietud absoluta y hielo en la zona dolorosa: no hay inconveniente en la inyección de opiáceos, siempre que tengamos luego presente se debe a **estas la desaparición** del dolor y **no** pensemos en la mejoría del enfermo porque falte el dolor.

Perforación de Hígado duodenal.— La frecuencia con la cual se perforan las úlceras gástricas y duodenales es muy variable, según la **estadística** esté hecha en un Centro quirúrgico o médico; pero, desde luego, lo suficientemente frecuente para pensar en seguida en esta complicación cuando nos encontremos ante un abdomen agudo.

El diagnóstico podemos hacerlo rápidamente cuando se trate de un dolor repentino. Este dolor clásico denominarle de puñalada), localizado en epigastrio, y si al mismo **tiempo** existe una contractura rígida de la pared abdominal: **cuando**, además, el enfermo nos cuenta estaba, ya **diagnosticado** de úlcera, o sin este diagnóstico, tenía antecedentes de molestias **gástricas** o de **dolor**, nuestro primer pensamiento se orientará en la perforación de una úlcera.

Cuando se trate de la perforación de **una úlcera duodenal**, el dolor puede acusarse a la derecha del **epigastrio**, en el **hipocondrio** derecho y, más rara vez, en la fosa ilíaca derecha. Con **frecuencia** el dolor se irradia también hacia el tórax, **considerándose** va el dolor escapular o acromio clavicular como un signo de peritonitis aguda.

Si bien es lo más frecuente que el dolor sea extraordinariamente agudo, hemos visto muchos perforados en los cuales la intensidad del dolor era pequeña, lo que tendremos en cuenta para no desorientarnos, en el diagnóstico.

Después del dolor más o menos agudo puede venir una segunda fase de atenuación del dolor espontáneo, como sucede a veces en las perforaciones cubiertas; esta "acalmia" se ha considerado traidora, ya que puede el médico confundirse -con **ello** y retrasar la intervención quirúrgica.

Al mismo tiempo, es frecuente se presente un "dolor referido" al hombro o al vértice de la escápula, al cual el enfermo no suele hacer referencia en el primer momento por ser mucho más intenso el dolor en el epigastrio. Este dolor es motivado por irritación que el contenido gástrico produce sobre las ramificaciones del frénico en la cúpula diafragmática.

Pasadas unas horas, puede ya el dolor extenderse por todo el vientre, debido a la acción irritante del contenido gástrico vertido en la cavidad abdominal y por la acción de la gravedad el sitio de predominio será el cuadrante inferior derecho, lo cual puede prestarse a confusión con una apendicitis aguda.

Es muy característico del dolor por perforación la inmovilidad del enfermo, a diferencia de lo que vemos sucede cuando el dolor se debe a un cólico nefrítico, hepático o intestinal, que encontramos al enfermo agitado, revolcándose en la cama; en algunos casos se presentan vómitos; la idea de su ausencia porque el enfermo vomita en el peritoneo, no es ni mucho menos real, si bien es cierto que su frecuencia es menor que en otras perforaciones, sin que pueda precisarse por su aparición si la **perforación** era gástrica o duodenal.

Conforme a nuestra experiencia, es rara la asociación de hematemesis o melena al mismo tiempo que la perforación, sin que podamos admitir la creencia de que las úlceras que sangran no se perforan; la rigidez de la pared abdominal, de aparición inmediata, hemos dicho es el signo más característico; existe al mismo tiempo inmovilidad absoluta de la pared **abdominal**, el vientre está plano como una tabla, sin verse los movimientos respiratorios. Al principio suele encontrarse la rigidez solamente por encima del ombligo; sin embargo, suele ser desde el principio generalizada. La intensidad del dolor puede dar lugar a alteraciones vasomotoras, con palidez y sudor, y, en ocasiones, hasta a un estado de shock.

La palpación nos pone en evidencia la extraordinaria contractura abdominal, siendo imposibles los intentos para deprimir la pared abdominal, principalmente en el epigastrio; existe, además, una hiperestesia cutánea muy pronunciada; la palpación, aun la más superficial, provoca **dolor** agudo; con gran cuidado, podemos ir buscando esta zona de mayor intensidad, que en estos casos suele ser en epigastrio a la derecha y por encima del ombligo.

La desaparición de la matidez hepática por la existencia de gas que sale de la viscera perforada y se sitúa entre la pared abdominal y la cara convexa del hígado, es un signo de gran valor para el diagnóstico de las perforaciones, pero a condición de que se encuentre ya en los primeros momentos de la aparición del dolor, en tanto que pierde valor si aparece después de unas horas, pudiendo entonces ser debido al meteorismo que hace bascular al hígado, quedando entonces sólo una pequeña zona en contacto por la pared abdominal, insuficiente para dar matidez a la percusión. También puede darse el caso excepcional, como en un enfermo visto por nosotros muy recientemente, de interposición de las asas intestinales entre el hígado y la pared abdominal, según fue descrito por CHILAUDM.

Como no es un síntoma constante, aun cuando, como hemos dicho, sí muy frecuente, no dejaremos de hacer el diagnóstico de perforación por encontrar conservada la matidez hepática.

La matidez en los flancos, por derrame intraperitoneal, bien debido al contenido gástrico que sale por una perforación de gran tamaño, o bien por exudación peritoneal, no se hallará en las primeras horas.

Por tacto rectal puede encontrarse dolor en el Douglas, debido al contenido gástrico vertido en la cavidad peritoneal, que al llegar a la pelvis da lugar a irritación peritoneal; como síntoma diferencial, tiene un valor relativo, ya que es más frecuente exista dolor al tacto rectal si se trata de perforación de apéndice o en los procesos pélvicos, según ya dijimos.

La temperatura es normal o más bien baja, y después de las primeras horas puede elevarse progresivamente, pero rara vez pasará de 38°. Si el pulso es a veces blando y rápido, no es infrecuente encontremos un pulso lleno y no acelerado. Es necesario que el médico tenga muy en cuenta que pasado el primer momento de dolor agudísimo y de los síntomas de shock, puede disminuir el dolor, encontrando al enfermo con un pulso y temperatura normales; pero no por ello nos confiaremos hasta dar lugar a la aparición de los síntomas bien conocidos de una peritonitis difusa, que, en general, se presenta rápidamente.

La perforación aguda puede cerrarse espontáneamente antes de que se produzca la peritonitis difusa por adherencias con los órganos vecinos: hígado, vesícula, pared abdominal o epiplón.

Estos son los casos en que erróneamente se diagnostican de falsas perforaciones o perforaciones frustradas que pueden dar lugar a formación de abscesos, cuya localización más frecuente es la subdiafragmática.

Si bien es cierto que este cierre espontáneo se produce en algunos casos de perforación, el comienzo de ésta tiene la misma sintomatología aguda antes descrita, y como no podemos saber la evolución que puede llevar, no es posible esperar hasta ver si aparecen

los síntomas de las peritonitis generalizadas; por consiguiente, la indicación quirúrgica será inmediata en cuanto diagnostiquemos la perforación.

En el año 1946, Taylor aconsejó, cuando se **diagnostique** la perforación gástrica muy poco tiempo después de producirse, en lugar de operar, la aspiración continua del contenido gástrico, esperando que la perforación se cierre espontáneamente por adhesión, del epiplón o alguna viscera vecina; nosotros no nos quedaríamos nunca tranquilos, y creo que con mucha razón, si diagnosticada una perforación no enviásemos inmediatamente el enfermo a un cirujano, y también con mayor motivo si la perforación es reciente, ya que entonces el pronóstico operatorio es mucho menos grave.

Si bien la perforación de una úlcera gástrica o duodenal tiene una expresión clínica bien característica, según hemos referido, hay, sin embargo, casos en donde la sintomatología puede prestarse a error con otros procesos; ya antes nos hemos referido, y no hemos de volver sobre ello, a la crisis dolorosas de la tifoidea y a los cólicos por intoxicación de plomo, a los cólicos hepáticos principalmente producidos por cálculo enclavado en cístico; y con menos probabilidades habrá que hacer el diagnóstico diferencial con los procesos ginecológicos, antes referidos, o con la trombosis de los vasos mesentéricos; con la apendicitis aguda puede el diagnóstico ser más difícil cuando la sintomatología de cada uno de estos procesos no es la que consideramos como patognomónica; la búsqueda cuidadosa de los síntomas que hemos mencionado, con su valoración justa con los datos que la palpación nos suministra, y cuando sea posible el análisis de sangre y la exploración radiológica, nos llevarán a un diagnóstico de probabilidades; el dolor provocado a la palpación también tiene importancia, en cuanto nos indica por su localización el probable órgano afecto, sobre todo si va acompañado de contractura limitada a esa zona.

Aun cuando en ambos casos la indicación quirúrgica *es.*, inmediata, el error puede tener importancia, ya que sentado el diagnóstico de apendicitis, si en la operación se efectúa una incisión pequeña en la zona apendicular y se encuentra un apéndice inflamado, podría pensarse fuese ésa la causa de la sintomatología abdominal, con la pérdida consiguiente de tiempo si después de la apendicectomía es necesario practicar una nueva laparotomía.

El diagnóstico diferencial también habrá que hacerle con los procesos agudos a que ahora nos referiremos.

Podemos encontrarnos con un cuadro perforativo, pero no- sea la perforación del estómago ni del duodeno, sino- la vesícula biliar; la rapidez con que en estos casos se produce una peritonitis generalizada exige gran urgencia en el diagnóstico, y la intervención quirúrgica será inmediata.

Como al principio decíamos, la anamnesis bien recogida tiene una importancia considerable para el diagnóstico, conociendo la existencia previa de los cólicos hepáticos, con o sin ictericia, o, cuando menos, de una sintomatología de dispepsia, ya que muy rara vez se produce la perforación de la vesícula en una persona sin antecedentes de trastornos digestivos de origen biliar.

El dolor tiene los mismos caracteres que en la perforación de la úlcera gastroduodenal; pero la localización es debajo del reborde costal derecho, con irradiación a la espalda o al hombro derecho y también a la fosa ilíaca de ese lado, habiéndose publicado casos con irradiación a la izquierda; inmediatamente se altera la cara, que se cubre de sudor; el pulso es blando, a veces está acelerado, y la temperatura es normal; los vómitos pueden faltar; la contractura muscular suele limitarse en el primer momento a la zona dolorosa, en el cuadrante superior derecho, lo mismo que la mayor agudeza del dolor a la presión.

Pero en muy poco tiempo se establecen los signos de la peritonitis difusa con dolor y contractura abdominal generalizada a todo el abdomen, vómitos, fiebre, taquicardia, pulso blando, hipo, etc.

La perforación puede hacerse durante un cólico hepático, considerándose como un signo de ella la desaparición repentina de la tumefacción vesicular; pero creemos que esto muy rara vez podrá ser perceptible, ya que sabemos cómo las vesículas habitadamente, por el engrosamiento de sus paredes no se distienden agudamente; por otra parte, no siempre podemos tener el dato de reciente palpación de una vesícula tensa; la pericolecistitis existente con el dolor agudo a la palpación y la gran resistencia muscular, son factores, por otra parte que impiden podamos apreciar un síntoma de tanto valor como es la desaparición brusca de la tumefacción vesicular.

Es frecuente que la perforación se produzca en una crisis aguda de colecistitis supurada o gangrenosa, lo cual facilita la perforación, y de ahí la gravedad de la peritonitis biliar consiguiente a la perforación, al verterse bilis séptica en la cavidad abdominal.

Pero la perforación no siempre se hace en la cavidad abdominal libre, sino que puede tener lugar en el intestino delgado o en el colon, previamente adheridos a la pared vesicular, y entonces nos faltará en el cuadro clínico la sintomatología propia de la peritonitis generalizada, y si bien se formará un gran plastrón, correspondiendo a la vesícula y al intestino adherido, que a la palpación se podrá delimitar, quedando la rigidez muscular implicada a esa zona, sin ser tan intensa la contractura muscular. Si por el orificio de la perforación pasa al intestino un cálculo grande, puede éste luego ser motivo de una obstrucción intestinal, pasándose, por consiguiente, del cuadro perforativo al debido a una obstrucción del intestino.

El diagnóstico diferencial de la perforación vesicular habrá que hacerle, ante todo, con el cólico hepático, por tener idéntico; antecedentes, producirse el dolor" en la misma zona y, además, como antes decíamos, porque la perforación puede producirse durante un cólico hepático. En la perforación, el dolor tiene una mayor violencia, así como también la contractura muscular, que en seguida se generaliza a todo el **vientre**, y, además, el estado general se afecta mucho más.

En la diferenciación con la perforación gastroduodenal será" de una orientación precisa los antecedentes característicos gastroduodenales o biliares; en una exploración cuidadosa, la localización más aguda del dolor y de la defensa muscular será de gran valor diagnóstico, lo mismo que la **desaparición** de la matidez hepática.

La perforación vesicular puede confundirse con la apendicitis aguda y, sobre **todo**, con la perforación apendicular, teniendo en cuenta que puede la vesícula estar muy descendida, o bien cuando sea el apéndice el que se encuentre situado en la parte alta de hipocondrio, y, en ambos -casos, la localización del dolor espontáneo y a la presión puede conducir a error; los antecedentes, la iniciación del proceso y una perfecta exploración permitirán establecer con mucha probabilidad cuál sea la viscera perforada; por otra parte, como decíamos al referirnos al diagnóstico diferencial con la perforación de la úlcera gastroduodenal, en ambos casos la indicación operatoria- es inmediata.

Con la pancreatitis aguda, el diagnóstico diferencial es a veces difícil, teniendo en cuenta que aquélla se presenta de preferencia con **complicación** de la litiasis; luego nos referiremos a ello.

Durante el curso de la fiebre tifoidea, en ocasiones se produce la perforación de una úlcera intestinal, que si bien puede ocurrir en cualquier momento de la enfermedad, su mayor frecuencia tiene lugar en la tercera y cuarta semanas, sin olvidar los casos tardíos durante la convalecencia o en las recaídas. Las úlceras tíficas también se **presentan** en la vesícula biliar y en el apéndice, y asimismo estas úlceras pueden perforarse, siendo el cuadro clínico el que hemos referido para la perforación de estas visceras, pero los antecedentes serán muy distintos.

Si bien, como en todas las perforaciones, el dolor es brusco y de gran violencia, en la tifoidea grave, con gran repercusión sobre el estado general, no lo manifestará el enfermo como de tanta intensidad, y, a diferencia de lo que vemos en la perforación de otras visceras, la localización del dolor depende del sitio en donde **se encontró** el asa intestinal, perforada, aun. cuando también puede acusar dolor en zonas alejadas; el dolor a la palpación es constante. La contractura muscular más o menos intensa no falta, siendo, como en todos los casos, el signo más fiel de las perforaciones, y la desaparición de la matidez hepática también se encuentra en un porcentaje alto de casos.

El pulso bradicárdico de la tifoidea es frecuente se acelere y la temperatura sufra un descenso brusco en el momento de la perforación, que también puede expresarlo la facies del enfermo, según antes dijimos. Por auscultación abdominal, es posible oír en algunos casos un ruido hidroaéreo en las inspiraciones profundas, y también poniendo el fonendoscopio sobre la fosa ilíaca, poco minutos después de la perforación se puede percibir un ruido análogo a un estertor crepitante, o bien ruido de roce.

Teniendo en cuenta la mortalidad tan alta de la perforación tífica, es conveniente prestar la máxima atención a aquellos síntomas que pudieran significar, no la perforación, sino su "inminencia"; Forbes Hawkes, que se ocupó de este diagnóstico precoz, cree que el peritoneo empieza a padecer desde que la úlcera tífica horada la mucosa invadiendo la capa muscular, y en este momento hay ya una peritonitis clínicamente reconocible, que es necesario diagnosticar antes que se necrose la muscular, porque en este momento la serosa que lo recubre no es más que una fina película entre el foco necrótico y la cavidad peritoneal, que por otra parte, no impide la invasión de los fenómenos de la infección. Los dos signos reveladores de este estado son: la contractura y la sensibilidad dolorosa local; al principio de la reacción peritoneal ligera. ■no se trata de una rigidez localizada o de un vientre en tabla, sino de una contractura atenuada poco intensa, que el clínico debe saber descubrir con una palpación orientada y cuidadosa y tener en cuenta que esta contractura puede ser en algunos casos fugaz. La sensibilidad dolorosa localizada es poco intensa en este primer momento, y a veces con períodos de alcalmia.

Probablemente, el tratamiento de la tifoidea con el cloramfenicol evite la formación de las úlceras tíficas, o, por lo menos, disminuyan su procento.

■Cuando se trate de la rotura intraperitoneal de un quiste hidatídico, el diagnóstico es en la mayoría de los casos sencillo; el enfermo se ha dado cuenta que tenía un abultamiento en la parte alta del hipocondrio derecho o epigastrio o en cualquier otro sitio de la cavidad abdominal; según en donde estuviese el quiste, y repentinamente, de una manera espontánea o después de un traumatismo, siente doler agudo en el sitio del abultamiento, con desaparición brusca del tumor, y puede el enfermo notar que algo se vierte en el vientre; es frecuente se produzca un estado de shock, y en seguida aparece urticaria generalizada; pero hay que tener en cuenta que esto no es un síntoma constante. Nosotros aconsejamos que en casos dudosos se practique la intradermorreacción de Cassoni con gran cuidado, por los intensos fenómenos de anafilaxia que hemos visto producirse, por lo que se empleará una cantidad mínima de antígeno hidatídico.

*(Continuará)*

# Apuntes de Patología Médica para Enfermeras

Por el Dr. Martín A. Bulnes B.

## LECCIÓN XIV V A R I C E L A

### DEFINICIÓN

Enfermedad aguda, contagiosa y epidémica, generalmente benigna, muy frecuente en la infancia, a la que inmuniza. Está caracterizada por fenómenos generales y una erupción desordenada e irregular de manchas cutáneas; de ahí el nombre de viruela loca.

### ETIOLOGÍA

El microorganismo causal de la varicela no ha sido aislado todavía; sin embargo, la mayoría de autores afirman que el agente patógeno de esta enfermedad es un virus. La varicela es tan contagiosa como el sarampión; el sólo contacto con el enfermo, una permanencia breve en su habitación, son suficientes para el contagio. Por esto cuando se enferma un niño en una familia, se puede predecir con seguridad absoluta, que los hermanos también se contagiarán.

La enfermedad es contagiosa desde poco antes de la aparición de la primera vesícula, hasta la caída de la última escama. La mayor parte de los casos se observan en los niños, especialmente entre los tres y los siete años; pero también ataca con alguna frecuencia a los adultos, sobre todo cuando no han sufrido la enfermedad en la infancia.

Esta enfermedad aparece en forma epidémica, pero también se observan casos esporádicos. Por regla general, un primer ataque de varicela confiere inmunidad; sin embargo, se han observado algunas recidivas.

### SINTOMATOLOGIA

Después de un período de incubación de\_\_ catorce a quince días, aparecen los síntomas siguientes: malestar general, anorexia, cefí^lea, la temperatura se eleva a veces a 39 y 40 grados. Este período no dura más de veinticuatro horas, generalmente menos, y apare-

cen las manchas. La erupción se inicia primeramente en el tronco, en el pecho o en la región dorsal; sin embargo, también puede iniciarse en la cara. Los elementos eruptivos que aparecen se manifiestan primero en forma de máculas, manchas rosadas, redondeadas y bien limitadas. Estas máculas pronto se transforman en pápulas rojas; pero al cabo de pocas horas, éstas se transforman en vesículas hemisféricas, que contienen un líquido transparente, claro como el agua; de ahí el nombre de viruela de agua.

Al cabo de treinta y seis o cuarenta y ocho horas, el líquido contenido en las vasículas, adquiere un carácter purulento. A partir de este momento, principian a arrugarse, y durante el tercero o cuarto día, se convierten en costras de color moreno obscuro, que caen sin dejar, por lo general, cicatriz alguna.

La erupción se hace por brotes sucesivos durante cuatro o cinco días, a veces diez. Los primeros elementos ya están desecados cuando las últimas todavía se hallan en estado de mácula o de vesícula. De ordinario la erupción es discreta; la varicela nunca es confluyente, aún cuando los elementos abundan. El número de vesículas puede variar entre ocho, diez y algunos centenares, diseminados en todas las partes del cuerpo, cara, cuero, cabelludo, tronco, miembros; son dolorosas y pruriginosas. La erupción no siempre se limita a la epidermis y las vesículas pueden presentarse en todas las mucosas; boca, faringe, laringe, conjuntivas, vulva y prepucio.

## TRATAMIENTO

La terapéutica de esta enfermedad es sencilla: mitigar el malestar del enfermo y prevenir las infecciones secundarias. El paciente debe guardar cama, por lo menos durante el período activo de la enfermedad; la alimentación debe ser lácto-vegetariana. Para disminuir la comenazón y evitar las lesiones del rascado, debe indicarse pomadas de sulfatiazol al 5%, con adición de ácido fénico al 1%. Las vesículas ulceradas, se lavarán cuidadosamente con solución de permanganato de potasio al uno por diez mil, y se aplicarán polvos de sulfatiazol.

Si a pesar del tratamiento local se presentan, infecciones como abscesos, piodermis o impétigo, se administrarán sulfamidas o penicilina. Cuando la erupción haya terminado, hacia el duodécimo o decimoquinto día, se prescribirá un baño tibio y el paciente podrá reanudar sus actividades ordinarias.

## PROFILAXIS

Hay que aislar al enfermo por término medio, durante quince días; pues la varicela es contagiosa desde el comienzo hasta el período de descamación.

La desinfección de los locales, ropa de cama o de vestir, es inútil; porque basta una corriente de aire para hacer inofensivos los agentes. Los niños de una escuela contaminada, deben ser aislados durante veinticinco días por lo menos; es decir, durante los quince días del período de incubación y los pocos días en los cuales se produce la erupción.

#### **APUNTES BIBLIOGRÁFICOS**

Patología y Terapéutica de las enfermedades internas, por el Dr. Strümpell.  
Manual de clínica terapéutica, por el Dr. C. Rummo.