CAPÍTULO X

DE LAS RECAÍDAS, RECIDIVAS Y FENÓMENOS CONSECUTIVOS

Bibliografía.

AÑOS de la impresión.	AUTORES	TÍTULOS DE LAS OBRAS
1619	*Fernelli*	*Amb. universa Medecina.* Genevæ.
1784	*Lorry*.....	*De præcipuis morborum mutationibus et conversionibus tentamen medicum.* París.
1846	*Harden*	*Ysopathia orthe parallelism of diseases (Americam Journal of méd. sciences*, t. II). Philad.
1747	*Hebenstreit*.....	*De metaschematismis morborum.* Lipsiæ.
1858	*Charvot*.....	*Des rechutes et des récidives.* Montpellier.

La *recaída* consiste en la reproducción de un padecimiento cuya convalecencia no se ha completado todavía, entendiéndose por *recidiva* la reaparición de una misma enfermedad cuando ya se ha recobrado completamente la salud. Ambos términos indican el desarrollo de un mismo estado morboso dos veces consecutivas, pero en la recaída se repite el proceso patológico sin intervalo alguno, mientras que en la recidiva media siempre cierto espacio de tiempo, durante el cual disfruta el individuo de perfecta salud.

Hay dolencias, como las fiebres eruptivas, que casi nunca presentan ni recaídas ni recidivas; en cambio otras, como el reumatismo y las calenturas intermitentes, las ofrecen con extremada frecuencia. Por lo demás, bien se comprende que los males han de repetirse de una manera necesaria cuando el sujeto se expone á las mismas causas que determinaron su primitiva aparición. Siempre son más temibles las recaídas que las recidivas, pues el individuo es acometido por el nuevo estado morboso cuando su organismo no ha podido rehacerse de los trastornos engendrados por la primera enfermedad.

Los *fenómenos consecutivos* son ciertos trastornos funcionales que persisten después de la curación de la enfermedad. Los más comunes son : falta de apetito, insomnio, estreñimiento, debilidad, dolores vagos, vivos deseos venéreos, etc. (1).

(1) Las *complicaciones*, estudiadas en este punto por algunos autores de Patología general, se representan por la aparición de un estado morboso en el curso de otro, *con la circunstancia de que haya alguna influencia recíproca entre las dos enfermedades coexistentes*, pues en caso contrario, decimos que existe tan sólo una simple *coincidencia morbosa.* Los antiguos dieron á las complicaciones morbosas el nombre erróneo de *epigénesis*, criticado oportunamente por Monneret (Monneret, *Pathologie générale.* Paris, 1857, tomo I, página 242).

CAPÍTULO XI

DIAGNÓSTICO

Bibliografía.

AÑOS de la impresión.	AUTORES	TÍTULOS DE LAS OBRAS
1823	*Melier*....	*Sur le diagnostic médical* (Tésis). París.
1826	*Guérin*.....	*Essai sur l'observation en médecine* París.
1747	*Bouvart*.....	*De experientiæ et studii necessitate in Medicina.* París.
1808	*Ploucquet*.....	*Repert. méd.* (Art. *Diagnostic).* Tubing.
1830	*Rostan*.....	*Cours de diagnostic.* París.
1837	*Piorry*.....	*Traité du diagnostic.* París.
1866	*Racle*.....	*Novísimo Manual del diagnóstico médico*, trad. esp. por el Sr. Casas de Batista. Madrid. — (Hay otra edición española traducida por el Sr. Bustamante).
1876	*G. Solá*.....	*Man. de mic. clin., ó diagnóstico médico fundado en las exploraciones microquímicas.* Madrid.
1892	*Hermann*.....	*Tratado de diagnóstico médico;* trad. esp. Barcelona.

La palabra diagnóstico (derivada de δία, *á través*, y de γινώσκω, *yo conozco),* se aplica á la parte de la Patología que tiene por objeto la distinción de las enfermedades. En virtud de esta operación, se determina el orden, la clase y la especie de la entidad patológica, y se la distingue al propio tiempo de las que con ella puedan tener más ó menos analogía.

El diagnóstico es uno de los puntos más difíciles de la práctica médica, y á la vez el más importante de todos. Es difícil, porque teniendo que valerse el práctico de los fenómenos aparentes del orden morboso para determinar con arreglo á ellos la especie patológica sometida á su observación, y ofreciendo varias dolencias caracteres sintomáticos semejantes ó muy parecidos, resulta aquél desprovisto de los datos necesarios para establecer con seguridad su juicio. Es importante, porque sin el conocimiento de la enfermedad no se la puede combatir con acierto; y ya sabemos que el diagnóstico se propone descubrir la entidad morbosa, distinguiéndola de todas las demás. Cuantas investigaciones etiológicas y sintomatológicas llevamos indicadas, tienden únicamente á ilustrar el diagnóstico, aminorando por tal motivo las dificultades que le son inherentes, y en cambio él constituye la más firme base en que se apoya el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades. Con razón, pues, se ha dicho que el diagnóstico es el fin á que conduce el estudio de los síntomas y de las causas morbosas, y que al propio tiempo es el origen y fundamento de los juicios pronósticos y de las indicaciones terapéuticas.

El diagnóstico se apoya en ciertos datos á los cuales se ha dado el

nombre de *signos diagnósticos*; requiere *determinadas condiciones* por parte del médico que lo ha de establecer; tropieza con *algunas dificultades*, y ofrece, por último, *dos variedades principales*. Trataremos separadamente cada uno de estos puntos.

ARTICULO PRIMERO

De los signos diagnósticos.

Bajo el nombre de signos diagnósticos, ó fuentes del diagnóstico, se comprenden todas las circunstancias que puedan ilustrar al práctico sobre el género y la especie del padecimiento sometido á su observación.

Se dividen estos signos en tres clases principales. A la primera corresponden los llamados *conmemorativos* ó *anamnésicos*, que comprenden cuantas circunstancias precedieron al momento en que se verifica la observación directa del enfermo. En la segunda figuran los signos que se denominan *actuales*, es decir, el conjunto de datos que el médico recoge examinando por sí mismo al paciente. Y en la tercera se incluyen los que suministra *la observación atenta de la marcha de la enfermedad y de los efectos del tratamiento empleado para combatirla*. Los signos de la primera clase son facilitados en su mayoría por el relato del enfermo, al paso que los de las dos clases restantes son recogidos directamente por el médico, ya desde el primer examen, como ocurre con los actuales, ya en los días sucesivos, como acontece con los últimos.

Para recoger los signos conmemorativos, se dirige una serie de preguntas al enfermo, en las cuales conviene observar cierto método, á fin de no olvidar ninguna circunstancia de las que pueden tener una importancia de primer orden para el diagnóstico. Algunos autores consideran indiferente el método á que nos referimos, y aun algunos quieren que directamente, y sin más preámbulos, se proceda desde luego al examen de la parte afecta, interrogando después al paciente sobre aquellas circunstancias anamnésicas que se consideren pertinentes al conocimiento de la enfermedad en cuestión. No aprobamos semejante proceder, y antes al contrario, le consideramos muy expuesto al error, porque desde el momento en que el médico ha formado una opinión, verdadera ó falsa, acerca del padecimiento que sólo ha examinado por sus caracteres actuales, dirige el interrogatorio de los antecedentes sobre el estrecho círculo de aquellos datos que puedan venir á confirmar su juicio, y cuando éste es erróneo, no hay manera hábil de rectificarlo. Es preferible comenzar preguntando al enfermo sobre todas las circunstancias que después indicaremos, no omitiendo ninguna de ellas, ni llevando tampoco idea alguna preconcebida, respecto á la naturaleza del padecimiento que examinamos; y con el objeto de que este examen anamnésico sea tan completo como es de desear, conviene llevarlo á cabo con cierto orden, pues sólo así adquirimos la seguridad de que no

se olvidó recoger ninguno de los datos que le constituyen. Exponiendo con arreglo á este orden los signos anamnésicos, indicamos al propio tiempo la serie de preguntas que deben hacerse á los enfermos cuando tratamos de establecer el diagnóstico, pues bien se comprende que estas últimas tienen por objeto recoger los antecedentes de la enfermedad y del enfermo.

Al estudiar ya en detalle los *signos conmemorativos* ó *anamnésicos*, nos encontramos con los siguientes:

1.° *Nombre* y *apellido* del enfermo; circunstancia que, según Gintrac, debe tenerse en cuenta para identificar la persona de aquél si volviese al hospital (1). Creemos que este dato sólo debe recogerse con el fin de que forme el encabezamiento de las historias clínicas.

2.° Su *edad;* antecedente de interés, porque hay padecimientos que son más frecuentes en ciertas edades, y además, porque éstas modifican las indicaciones terapéuticas.

3.° *El pueblo de su naturaleza y el punto habitual de su residencia*; dato que conviene recoger, porque algunas dolencias se desarrollan en virtud de condiciones inherentes á la localidad en que se habita, como sucede con las enfermedades endémicas.

4.° Su *estado;* cuyo antecedente es de cierto valor, sobre todo en las mujeres, pues la circunstancia de estar casadas, haber tenido hijos, y el haberlos ó no criado, puede ilustrar algunas cuestiones de diagnóstico en las enfermedades propias de este sexo.

5.° Su *oficio ó profesión*, pues ya sabemos por la etiología, que ciertas enfermedades son debidas á la clase de ocupación que tiene el individuo.

6.° Su *género de vida*, ó lo que es lo mismo, si sus costumbres son morigeradas, ó si, por el contrario, se ha entregado á los vicios de la embriaguez, de la intemperancia sexual, etc.; circunstancia que también puede haber influído en la producción del padecimiento que se examina.

7.° Su *temperamento, constitución é idiosincrasia;* condiciones todas que, ya como circunstancias etiológicas, ya como modificantes de las indicaciones terapéuticas, conviene tener muy en cuenta.

8.° Si existe ó no alguna *influencia hereditaria*, para lo cual debe interrogarse al enfermo sobre las principales dolencias que aquejaron sus padres, y muy especialmente sobre las que ocasionaron la muerte de éstos, en el caso de que hubieran fallecido; dato que ilustrará mucho el diagnóstico de los padecimientos hereditarios.

9.° Las *enfermedades que hubiera padecido con anterioridad á la actual;* pues aparte de que esta referencia nos indica la idiosincrasia patológica del sujeto, puede también facilitarnos el diagnóstico de algunas dolencias que representan períodos secundarios de las afecciones infectivas y diatésicas, como sucede con la sífilis, el herpetismo, etc.

(1) E. Gintrac, *Tratado teórico y clínico de Patología interna y de terapéutica médica*, traducción esp. del Sr. Guerro Vidal. Madrid, 1855. t. I, pág. 437.

10. Por último, conviene recoger todas las noticias referentes á *la causa de la enfermedad actual, al día en que comenzó, al curso que ha seguido y al tratamiento empleado para combatirla*, antes de someterse el individuo á nuestra observación. En efecto, el conocimiento de la causa aclara en ciertos casos todas las dudas que ofreciera el diagnóstico; así, cuando se presenta un individuo aquejando fuertes dolores abdominales, dudamos al principio respecto á la causa que los motiva, pero al decirnos el paciente que algunas horas antes ha ingerido cierto número de cabezas de fósforos, desaparecen nuestras dudas, y aseguramos, sólo por el conocimiento de la causa, que se trata de una gastritis tóxica engendrada por aquel veneno. No son menores los servicios que presta el conocimiento de la marcha del mal, toda vez que al relatarnos el enfermo que tiene accesos de calentura que aparecen un día sí y otro no, averiguamos desde luego que su dolencia es una intermitente terciana. Igualmente interesa averiguar la fecha en que comenzó la evolución patológica, porque á veces su duración es un dato que aclara el diagnóstico; así, por ejemplo, cuando en el espacio de tres á cuatro días se desarrolla una tumefacción algo considerable en el tejido conectivo, debemos atribuirla á un proceso flojístico, más bien que á una neoplasia crónica, como la fibrosa, sarcomatosa, etc. El tratamiento empleado anteriormente esclarece con mucha frecuencia el diagnóstico de la enfermedad que observamos; tal ocurre cuando un individuo padece desde antiguo dolores en las piernas, sin que el mercurio ni el ioduro potásico que se le propinara hubiese conseguido la extinción de éstos; entonces no hay que pensar en que ellos dependan del vicio sifilítico, siendo lo más probable que su naturaleza sea reumática.

En cuanto á los *signos actuales*, son suministrados por el examen prolijo y detenido de los síntomas que presenta el enfermo, tanto en su hábito exterior, como en todos los aparatos orgánicos. No debemos insistir más sobre este punto, toda vez que en el capítulo consagrado á la sintomatología, hemos descrito cada uno de los síntomas en particular, indicando al propio tiempo la enfermedad en que aparecen.

En ciertas ocasiones el diagnóstico es tan difícil, que no basta para establecerlo el conocimiento de las circunstancias conmemorativas, ni el de los síntomas actuales. Entonces conviene mantenerse en una duda prudente, no aventurando ninguna opinión acerca del carácter de la enfermedad que examinamos, y esperando que *la marcha de ésta* ó *los resultados de la terapéutica* que se emplea para combatir sus síntomas predominantes ó su naturaleza probable, nos ilustren respecto del particular. Por esta causa incluímos entre los signos diagnósticos las particularidades que se observan en el curso y tratamiento de los estados morbosos. Siempre que los síntomas característicos de la enfermedad *no hayan aparecido todavía* cuando examinamos por primera vez al sujeto, debemos esperar á que el curso ulterior de la dolencia disipe nuestras *justas vacilaciones* acerca del diagnóstico; y en cuanto al plan curativo, ¿cuántas veces no se le emplea *como piedra de toque para el diagnóstico?* ¿Cuántas intermitentes larvadas no se diagnostican *definitivamente* hasta que el preparado antitípico ha puesto en claro su verdadera naturaleza?

Hay además otra división de los signos, que se funda en su importancia para el establecimiento de los juicios diagnósticos. En efecto, algunos tienen una significación muy dudosa; así, por ejemplo, el signo conmemorativo de que el sujeto se expuso á la acción de un aire frío antes de contraer la enfermedad, es de bien poco valor, toda vez que esta causa puede producir distintas enfermedades; pero si refiere el paciente que pocos días antes de ser afectado de una flegmasía uretral, tuvo un coito impuro ó al menos con alguna persona sospechosa, semejante circunstancia es de gran valía, pues indica la naturaleza venérea del padecimiento. En el primer caso, el signo se denomina *inconstante, accidental* ó *insuficiente*, y en el segundo, *cierto, verdadero* ó *eficiente*. Entre los signos de esta última clase, hay algunos que no pueden existir sin que á la vez exista el padecimiento á que corresponden, por cuyo motivo se les denomina patognomónicos ó unívocos; tal es, por ejemplo, la movilidad anormal en los casos de fractura.

ARTÍCULO II

Condiciones que deben adornar al profesor para establecer con acierto el diagnóstico.

Estas condiciones son innatas ó adquiridas. A las primeras corresponde el desarrollo de los sentidos, y lo que vulgarmente se llama *buen ojo médico* ó *tacto médico*. Los conocimientos teóricos y la práctica adquirida observando á los enfermos, corresponden á la segunda clase.

La vista, el tacto, el olfato, el oído, y aun el gusto, son empleados frecuentemente por el médico al investigar los síntomas de la enfermedad que observa, y acerca de la cual debe emitir su juicio diagnóstico, siendo natural que cuanto más fieles y expeditos sean estos diversos sentidos, tanto más exacta resulte la apreciación de los fenómenos morbosos que se descubren por su intermedio. Sólo por la vista se aprecian las mudanzas ocurridas en la expresión de la fisonomía; el tacto nos suministra la noción de la dureza y de la renitencia de los órganos; el oído percibe los numerosos síntomas revelados por la auscultación; el olfato juzga de los olores particulares que acompañan á ciertos productos de excreción; y por último, el gusto percibe los sabores de algunos líquidos segregados, como la orina, indicándonos si contiene azúcar. Es cierto que los sentidos se perfeccionan con el ejercicio, y que desde este punto de vista debiéramos incluirlos entre las cualidades adquiridas; pero en la mayor parte de los individuos, la fidelidad de sus sentidos es una condición innata, para la cual no ha influído gran cosa el ejercicio.

Es también muy esencial poseer un juicio recto y severo para apreciar en su justo valor los datos que los sentidos recogen, y para sacar de ellos sus legítimas consecuencias. Bajo este concepto, es indudable que algunos prácticos gozan de un privilegio intelectual, que les permite, no sólo fundar con exactitud el diagnóstico, sino fundarlo con rapidez, y aun á veces en vista de muy pocos signos diagnósticos. Esta seguridad del juicio, esta vivacidad en los raciocinios, es lo que se ha llamado *tacto* ú *ojo médico*, y es indudablemente una cualidad envidiable que se debe al desarrollo intelectual del observador. El estudio teórico y la experiencia clínica son, sin embargo, las mejores garantías para la exactitud del juicio diagnóstico; y, por lo tanto, nunca debe desmayar sobre este punto el que, no hallándose dotado por la naturaleza de una inteligencia privilegiada, posee, no obstante, un criterio regular y sobre todo una gran fe para dedicarse con asiduidad al estudio y á la observación continuada de los enfermos. De esta manera llegará á equipararse, en los buenos resultados de su práctica, con el observador adornado de aquella envidiable cualidad, pues si sus diagnósticos no son tan rápidos como los de este último, no dejarán por eso de ser menos seguros.

De poco servirían las cualidades innatas que acabamos de señalar, si el observador no poseyese los conocimientos teóricos y la experiencia clínica que tan necesarios son para determinar y distinguir las especies patológicas.

Por dilatada que sea la práctica, no es posible que abrace todas las enfermedades que pueden aquejar al hombre, y de aquí la necesidad de que el profesor consulte los tratados especiales donde se describen las entidades morbosas. Aunque el práctico haya observado en otras ocasiones la enfermedad que debe diagnosticar, no por eso dejan de ser menos indispensables los conocimientos patológicos, porque el diagnóstico comprende la distinción entre el padecimiento que se examina y aquellos otros que le sean afines; ahora bien, si no conocemos estos últimos, y no estudiamos sus caracteres en las obras que de ellos se ocupan, nos faltará la base principal para establecer la distinción á que nos referimos. El conocimiento de las obras de Patología es muy interesante; pero no es el único que se exige con este objeto, pues la Anatomía y la Fisiología contribuyen á ilustrar el diagnóstico, ya permitiéndonos reconocer las alteraciones morbosas ocurridas en el volumen, forma y posición de los órganos, ya haciéndonos patente el desorden de las funciones, toda vez que sin el conocimiento del estado normal de los órganos y de las funciones, no serían apreciables las alteraciones que tanto en unos como en otras engendra el proceso patológico. La investigación de muchos síntomas requiere el empleo de ciertos medios físicos ó químicos de exploración, y de aquí la necesidad de poseer igualmente conocimientos de Física y de Química para obrar con acierto en tales casos. Por último, la Anatomía patológica es una ciencia indispensable para el establecimiento de los juicios diagnósticos: sólo mediante la comprobación de

las lesiones observadas en el cadáver después de éste ó el otro conjunto de síntomas, venimos en conocimiento de las lesiones que existirán cuando aparezca igual cuadro sintomatológico en otro enfermo examinado con posterioridad, y como quiera que la Anatomía patológica se ocupa especialmente de esta comprobación, claro es que su estudio nos permitirá determinar las alteraciones de estructura inherentes á la evolución de las enfermedades.

La utilidad de los conocimientos prácticos es tan evidente, que bastarán ligerísimas indicaciones para ponerla de manifiesto. En primer lugar, observando directamente los enfermos, se comprueban ó rectifican las ideas teóricas aprendidas en los tratados de medicina, por lo cual dice Gintrac con sobrada razón : « Las clínicas son el verdadero criterio de las opiniones médicas, y los progresos que se hacen con su ayuda son los más sólidos » (1). Los signos diagnósticos actuales, esto es, los que suministra el examen directo del paciente, nunca serán apreciados con tanta exactitud como cuando se han observado repetidas veces á la cabecera del enfermo; y de la propia manera, será más fácil sacar de este examen las debidas conclusiones, cuando la inteligencia se ha ejercitado en valorar la respectiva significación de los fenómenos morbosos que la clínica pone de manifiesto (2).

ARTÍCULO III

De las dificultades inherentes al diagnóstico.

Las dificultades que nos van á ocupar provienen de dos orígenes principales, á saber : del enfermo ó de la enfermedad.

Cuando el paciente no puede suministrar al médico los datos de referencia que éste necesita para formar el diagnóstico, es muy difícil llegar al conocimiento de la enfermedad que se investiga, por muy recomendables que sean las condiciones del observador. Tal ocurre con los dementes, con los niños de corta edad y con las personas privadas de sentido por razón de la misma enfermedad (*comatosos*, *delirantes*, etc.). En estos casos, el médico no puede contar con una de las fuentes del diagnóstico, y si las personas que rodean al enfermo no le dan alguna idea sobre la causa de la dolencia y sobre su curso anterior, se ve obligado á fundar su opinión teniendo sólo en cuenta los signos actuales objetivos, toda vez que tampoco puede fiarse mucho de lo que afirme el individuo estar sintiendo en aquel momento.

Lo propio ocurre cuando el enfermo habla un idioma desconocido

(1) Gintrac : *Trat. de pat. int.*, trad. esp., t. I, pág. 47.

(2) Siendo la tranquilidad de espíritu y la falta de preocupación dos condiciones indispensables para que el médico pueda raciocinar con exactitud cuando se trata de establecer el diagnóstico de las enfermedades, jamás debe olvidarse el precepto de no asistir en sus dolencias á las personas de la familia, ni aun á aquellas con quien nos unan estrechos vínculos de amistad.