

de enfermedades orgánicas. Esta herencia puede ser similar ú homóloga, es decir, que se encuentre en el ascendiente la misma enfermedad que en el sujeto en observación (frecuencia de la hemorragia cerebral en ciertas familias). Hasta se dan casos en que el carácter hereditario de ciertas afecciones nerviosas es tan marcado, que varios miembros de una misma familia son atacados á la vez: son las enfermedades de familia (enfermedad de Thomsen, enfermedad de Friedreich, corea crónica, miopatía). En todos estos casos, el dato de la herencia es condición indispensable para un diagnóstico exacto. Otras veces, — y es la eventualidad más común, — la herencia se dice que es desemejante ó de transformación: el ascendiente era histérico, epiléptico, neurasténico, y por este hecho se encuentra en su línea una tara nerviosa, latente á veces durante mucho tiempo, que una causa ocasional (traumatismo, infección, intoxicación) viene á revelar. Así es como en un sifilítico cuyo sistema nervioso se sabe que está hereditariamente predispuesto, hay que temer de un modo particular las manifestaciones nerviosas de la sífilis.

Esta herencia neuropática se manifiesta también alguna vez por estigmas, ya psíquicos (debilidad mental, emotividad exagerada, inestabilidad intelectual), ya físicos, que se reúnen con el nombre de signos de degeneración (asimetría facial, deformidades del cráneo, de los dientes ó del esqueleto, criptorquidia, tartamudez).

No se debe olvidar, en este punto, que el dominio de la herencia nerviosa es todavía más extenso; se conocen, desde Charcot, las íntimas relaciones que unen á ciertas enfermedades nerviosas, principalmente las neurosis, con otras afecciones constitucionales: la diabetes, la gota, el reumatismo crónico, la tendencia á las litiasis biliar y renal. Así se halla constituida la familia *neuro-artrítica*, cuyos caracteres hereditarios deben ser siempre averiguados por el médico.

En este sentido, según nuestra opinión, á propósito de estas enfermedades crónicas y constitucionales, es como debe entenderse la *herencia de las diátesis*. De día en día, el papel de las diátesis, este «hábito morboso,» como lo definía Raynaud, tiende á ser sustituido por las nociones de contagio, de transmisión hereditaria directa, de infección microbiana persistente<sup>1</sup> (tuberculosis por ejemplo). Sin embargo, está fuera de duda que en el desarrollo de un gran número de enfermedades, microbia-

<sup>1</sup> Aludimos aquí á las antiguas diátesis escrofulosa, tuberculosa, sifilítica, que no son más que la manifestación de la persistencia en el organismo del bacilo de Koch ó del agente todavía ignorado de la sífilis. Sin embargo, aquí la influencia del terreno, — y muy frecuentemente de la herencia, — se ve manifiesta en la vulnerabilidad particular de ciertos sujetos, en la tendencia de ciertos productos tuberculosos á caseificarse en ciertos escrofulosos y á sufrir en otros la transformación fibrosa (tisis de los artríticos).

nas ó no, en su evolución sobre todo, tan variable de un individuo á otro, interviene la predisposición del terreno, la influencia del temperamento, que la herencia explica lo más á menudo de un modo bastante satisfactorio.

b. *Antecedentes personales*. — La noción exacta de las enfermedades anteriores es todavía más útil para el diagnóstico y para el pronóstico que la investigación de los antecedentes hereditarios. Hasta se puede decir que no es posible formar un juicio preciso sobre un enfermo, si no se conoce bien su pasado patológico. Son datos que se han de obtener de un interrogatorio minucioso y paciente; no hay que vacilar en repetirlo varias veces, en ayudar con preguntas claras é inteligibles la memoria á menudo defectuosa del enfermo, teniendo cuidado (esta recomendación tiene su importancia) de evitar el empleo de términos técnicos, de usar las palabras más sencillas, asegurándose á cada paso, de que aquél comprende bien todas las preguntas. Se empezará primero por preguntarle, de un modo general, qué enfermedades ha padecido antes de aquella por la que viene á consultar, luego se le interrogará sobre tal ó cual punto, solicitando cada vez más detalles según cada caso particular.

He aquí, por ejemplo, un sujeto atacado de hemiplejia, de cefalea persistente ó de lesiones cutáneas, de laringitis muy tenaz. Este diagnóstico local es fácil de formular; pero sólo es un jalón. La causa real de esta afección nerviosa ó cutánea, que nada tiene de específica por sí misma, se deducirá del interrogatorio del enfermo: si se averigua que ha habido un chanero, placas mucosas, si se encuentran en el pasado de una mujer abortos múltiples, el diagnóstico de afección sifilítica se impone. No hay, creemos nosotros, ejemplo más típico que el de la sífilis. Su idea debe estar siempre presente en la mente del médico, no sólo á causa de las múltiples afecciones que provoca ó cuya aparición favorece, sino también á causa de las dificultades de que se halla rodeada á veces su comprobación: sea por mala voluntad, sea por ignorancia, el enfermo oculta á menudo su sífilis; en la mujer sobre todo hay que recordar la frecuencia de las sífilis ignoradas.

En la tuberculosis, el examen de los conmemorativos tiene un valor casi tan grande como en el caso anterior; una bronquitis ligera é insignificante en apariencia, un enflaquecimiento que nada explica, adquieren de repente una importancia diagnóstica considerable si se encuentra, — á veces hasta varios años antes, — ya una hemoptisis, ya una pleuresía.

Lo mismo sucede en las enfermedades del sistema nervioso. He aquí, por ejemplo, un sujeto afecto de parálisis: ¿se trata de una parálisis orgánica ó de una parálisis histérica? Si se averigua que el enfermo ha presen-



tado anteriormente crisis convulsivas, que ha sido poliútrico, que ha estado ya paralítico de un modo análogo, hay en estos conmemorativos, hecha abstracción de los caracteres objetivos y de los estigmas actuales, fuertes presunciones en favor del origen histórico de los accidentes.

Sería fácil encontrar otros ejemplos: una ictericia anterior permitirá explicar un dolor abdominal que sobreviene bruscamente, á veces mal definido, y formular el diagnóstico de cólico hepático; un ataque de reumatismo articular agudo hará atribuir á una lesión orgánica del corazón un soplo cardíaco de interpretación difícil; un anasarca que se presenta de repente en un niño, á veces por completo sano en apariencia, será fácilmente referido á su verdadera causa, si se encuentra en el pasado del enfermo una escarlatina ó hasta una angina cuyo origen escarlatinoso había podido pasar inadvertido.

Ciertas enfermedades tienen una tendencia á las *recidivas*, que es útil conocer, tales son: la erisipela de la cara, ciertas afecciones de la garganta, abscesos periamigdalinos, anginas de repetición; un ataque anterior de pneumonía hace hasta cierto punto al sujeto más vulnerable á un nuevo ataque.

Mucho más interesante es buscar en los antecedentes las enfermedades cuyo primer ataque confiere la inmunidad. Entre las enfermedades locales,—en apariencia por lo menos,—que entran en este grupo figura el zona. En primer término hay que colocar las fiebres eruptivas. La escarlatina casi nunca recidiva; lo mismo sucede con el sarampión, por más que se ha indicado la posibilidad de recidivas completamente excepcionales (Chauffard y Lemoine, Comby) y la viruela. En las parótidas, la falta de recidiva, admitida por Trousseau y Roger, Bouchut, parece que no es absoluta, según Catrin, que dice haberlas visto repetirse una vez por quince. La fiebre tifoidea, debidamente comprobada, da casi siempre una inmunidad persistente <sup>1</sup>.

Se ve por estos ejemplos la utilidad de la investigación de los antecedentes morbosos personales, ya creando previamente una presunción en favor de un diagnóstico, ya permitiendo eliminarlo desde luego de un modo casi cierto.

II. DATOS REFERENTES AL MEDIO. — 1.º *Clima. Medio epidémico.* Ciertas enfermedades no se observan sino en determinados climas,—principalmente en los países cálidos. La patología de estos últimos es muy especial, no solamente á causa de las afecciones que les son propias, sino

<sup>1</sup> La persistencia de la aglutinación por el suero de un sujeto que ha sido anteriormente infectado por el bacilo de Eberth es una causa de error, que se debe conocer en la interpretación del *sero-diagnóstico* de la fiebre tifoidea.

también á causa de la evolución algo particular que imprimen á las demás enfermedades: así, la tuberculosis y la sífilis parecen tener, en los climas cálidos, una marcha más rápida. La fiebre palúdica, la diarrea de Cochinchina, la fiebre amarilla son las más importantes de estas enfermedades exóticas; más raras son el beriberi, la lepra (islas Sandwich, América del Sur, Noruega), —y aun el paludismo no merece el nombre de enfermedad exótica: se la observa en Europa (Italia, España), hasta en Francia (Dombes, Sologne, Córcega, etc.), y en general en el estuario de los grandes ríos y en las regiones cálidas donde no tiene el agua fácil salida. Es de la mayor importancia saber si un individuo habita ó ha habitado anteriormente un país de malaria: esta noción dará á conocer el origen palúdico de un acceso de fiebre, de una hemoglobinuria, de una megalosplenía, etc.; en los países de malaria el médico debe recordar las formas larvadas del paludismo (pneumonía, congestión cerebral) y por lo tanto tributarias de la quinina: el dato etiológico es aquí muy precioso, no solamente para el diagnóstico, sino sobre todo para el tratamiento.

El conocimiento del *medio epidémico* en el cual ha vivido el enfermo de un modo habitual ó accidental, es igualmente muy útil para determinar á qué causas de contagio ha podido estar expuesto. Esto es cierto, sobre todo para las enfermedades agudas y principalmente para las fiebres eruptivas. Un coriza con fiebre que sobreviene en un colegial cuyos camaradas han sido atacados de sarampión algunos días antes, adquiere, por este solo hecho, un valor considerable y permite casi seguramente predecir el desarrollo de un sarampión; lo mismo ocurre con la escarlatina, la viruela, la varicela, la coqueluche, las parótidas, la difteria: el hecho de que el enfermo ha estado en contacto con un sujeto atacado de una de estas afecciones autoriza á menudo, desde la aparición de los primeros signos, á veces muy ligeros, á formular un diagnóstico precoz.

Aquí, por supuesto, interviene la noción capital de la duración de la incubación: ella es la que da todo su valor á los conmemorativos: recuérdese que es de catorce á diez y ocho días en el sarampión, de dos á cuatro en la escarlatina (es la más corta de todas las fiebres eruptivas), de ocho á diez días en la viruela (Trousseau), excepcionalmente de veinte y hasta de veintidós días, y de catorce días en la varicela, aunque hay casos auténticos,—en corto número, es verdad,—en que sólo ha sido de tres á cuatro días. Gracias al conocimiento de la duración habitual de una fiebre eruptiva, se podrá á veces eliminar un diagnóstico que sin esto sería verosímil: un catarro óculo-nasal, sospechoso por el hecho de que el enfermo ha estado en contacto con un atacado de sarampión, pierde todo



su valor diagnóstico si se demuestra que el contacto tuvo lugar cuarenta y ocho horas antes. Justo es decir,—y eso se aplica á la etiología de las afecciones contagiosas,—que son raros los casos en que se puede fijar en un momento preciso,—y en este solo momento,—el contacto entre el sujeto sospechoso y el sujeto contagiado, y sin embargo, esta investigación forma la base de la profilaxia de las enfermedades contagiosas de la infancia, permitiendo aislar pronto, no solamente los enfermos, sino sobre todo los individuos que se han hecho sospechosos por su permanencia en un medio contaminado.

En tiempo de epidemia, el diagnóstico de la enfermedad reinante se impone desde los primeros síntomas: esto constituye un peligro que conviene evitar: se ha visto demasiado á menudo, en las epidemias de *grippe*, desconocer fiebres tifoideas, en epidemias coléricas, tomar por cólera envenenamientos alimenticios, peritonitis, etc. El médico debe siempre tener muy en cuenta la *constitución médica*, pero no debe tampoco descuidar el análisis minucioso y crítico de todos los síntomas.

Es á menudo interesante determinar cuál ha podido ser el agente del contagio. El análisis del *agua*, la investigación de los elementos figurados que puede contener, el estudio atento de su conducción y de las causas de contaminación á que está expuesta, facilitarán el diagnóstico de una epidemia de fiebre tifoidea, de cólera, al principio, y con frecuencia se podía detenerla con medidas de higiene apropiadas (filtración, ebullición, conducción de agua pura). La *leche* es también frecuentemente un agente de contagio: se la ha acusado de transmitir la fiebre aftosa, la escarlatina, y en fin, la tuberculosis: está demostrado que es á menudo bacilífera. Pero las afecciones digestivas de las criaturas son las principalmente determinadas por la leche; tomada en excesiva cantidad, y sobre todo alterada por las fermentaciones que en ella se producen,—con tanta mayor rapidez cuanto más elevada es la temperatura,—es la gran causa, se podría decir la única, de la diarrea infantil; es de la mayor importancia asegurarse de la naturaleza y de la calidad de la leche dada á un niño, pues el uso de una leche absolutamente fresca,—ó, lo que es más fácil de obtener, rigurosamente esterilizada,—permite prevenir estos accidentes y á menudo curarlos.

En la tuberculosis, el modo de contagio es casi siempre muy difícil de determinar; el número de casos en que se puede sacar partido para el diagnóstico de la permanencia del enfermo en un medio contaminado (cuartel, taller, etc.), es todavía bastante limitado; la tuberculosis declarada en uno de los cónyuges puede á veces ser un argumento en favor de la infección tuberculosa del otro esposo. En la sífilis, esta investigación

etiológica, á menudo útil, principalmente para el diagnóstico del chancro, es de ordinario infructuosa, aparte ciertos casos de epidemia de sífilis vaccinal, de sífilis profesional (sífilis de los vidrieros), y los casos de sífilis por transmisión de la criatura á su nodriza ó inversamente.

2.º *Agentes físicos*.—La influencia del frío, y sobre todo del *enfriamiento*, considerable en las antiguas teorías médicas, ha perdido en el día gran parte de su valor: el número de enfermedades llamadas *à frigore* se reduce más cada día: para no citar más que un ejemplo, se sabe que la pleuresía serosa, llamada *à frigore* es, en la mayoría de los casos, de naturaleza tuberculosa.

Sin embargo, está fuera de duda, que el frío, ó mejor el enfriamiento, sea general, sea parcial, invocado á menudo por los enfermos, desempeña un papel en la génesis de cierto número de enfermedades; tales son notablemente las amigdalitis, los corizas, ciertos ataques reumáticos, las neuralgias, las parálisis de los nervios periféricos y sobre todo la parálisis facial. En todos estos casos, el médico no debe olvidar la gran parte que corresponde á la predisposición; por otra parte, los mismos enfermos saben á menudo que, si se resfrían, tendrán ya un coriza, ya una angina, ya un ataque de diarrea, etc. Esta acción nefasta del frío es temible, sobre todo cuando el cuerpo está en sudor y principalmente en los convalecientes; el enfriamiento desempeña un papel en la aparición de la albuminuria y del anasarca consecutivos á la escarlatina, en la aparición de las bronquitis y de las congestiones perituberculosas en los tísicos, etc.

El frío puede también provocar directamente congelaciones más ó menos extensas. Congestiones pulmonares rápidamente mortales, y aun la muerte súbita, se observan á menudo en sujetos expuestos á una temperatura muy baja.

El *calor* es un factor etiológico menos importante. La insolación, caracterizada por la simple alteración del dermis ó por fenómenos nerviosos (congestión cerebral, á veces mortal) es debida á la acción directa del sol sobre los tegumentos. La patogenia de este accidente, que ataca á las tropas en marcha, es un poco más compleja; parece depender del hacinamiento, de la fatiga, de la elevación de temperatura del medio ambiente, etc.

En fin, las *quemaduras*, cualquiera que sea la causa (calor radiante, llama, agentes químicos), pueden acarrear tras sí, independientemente de los accidentes locales (pérdidas de un miembro, cicatrices viciosas), accidentes viscerales (congestión pulmonar, ulceraciones intestinales, desórdenes bulbares) subordinados más á la extensión de las lesiones que á



su profundidad, y de las que el médico debe siempre acordarse antes de sentar el diagnóstico de una quemadura.

La muerte fulminante puede sobrevenir en los individuos puestos en contacto con los hilos conductores de una corriente de *electricidad* de alta tensión.

3.º *Traumatismo*.—El traumatismo desempeña un papel en la génesis de cierto número de afecciones correspondientes á la medicina; la pneumonía llamada traumática, con ó sin fractura de costillas, la tuberculosis á veces, la hematemesis consecutiva á una úlcera del estómago y casi siempre latente hasta entonces, son ejemplos de ello; el síncope, á veces mortal, puede suceder á un traumatismo, á menudo insignificante, de la región cervical ó del hueco epigástrico.

En algunos casos, los enfermos refieren á un traumatismo más ó menos antiguo la aparición de una jibosidad, de un tumor blanco, de un absceso frío: ésta es una tendencia que no se debe olvidar, á fin de no atribuir á la relación de los enfermos más que un valor muy relativo.

Por el contrario, está fuera de duda que un buen número de afecciones del sistema nervioso dependen de un traumatismo: tales son: las parálisis localizadas en un grupo de músculos ó en una mitad del cuerpo, el temblor generalizado ó parcial. Todos estos hechos parecen ser solamente, lo mismo que los desórdenes psíquicos consecutivos á los grandes accidentes, el *railway-spine* y el *railway-brain*, formas de neurosis traumáticas, de histeria traumática; su pronóstico, á pesar de la ausencia de lesión material, debe ser reservado, porque las manifestaciones de la histeria traumática pueden persistir durante años.

Al lado de estos traumatismos verdaderos, se deben colocar los traumatismos *morales*, las sacudidas morales, las penas, las preocupaciones, la extenuación en todas sus formas, que son capaces de hacer nacer desórdenes del sistema nervioso, dispepsias, trastornos mentales, etc., de provocar, en una palabra, la explosión de la histeria y sobre todo de la neurastenia.

4.º *Medicamentos*.—A veces será útil preguntar al enfermo qué medicación ha seguido ya. Si se averigua que un médico le ha hecho seguir algún tiempo antes un tratamiento antisifilítico, se tiene con ello un gran argumento en favor del diagnóstico. El salicilato de sosa permitió admitir un ataque anterior de reumatismo agudo.

En estos casos, lo que importa sobre todo es notar el efecto de estos medicamentos llamados específicos; un acceso de fiebre curado por la quinina tiene las mayores probabilidades de ser debido al paludismo; igualmente, sobre todo en el efecto terapéutico de los medicamentos

antisifilíticos, hay que recordar el antiguo adagio: *naturam morborum curationes ostendunt*, pensando, sin embargo, que no traduce una verdad absoluta: se conocen casos de lupus tuberculoso claramente mejorados por el tratamiento mercurial.

En fin, ciertos medicamentos pueden determinar accidentes, que conviene conocer: el coriza y el acné yódicos son ejemplos de ello, etc. Tales son, en fin, las numerosas variedades de erupciones medicamentosas causadas por el empleo de la antipirina, de la quinina, de la copaiba, de la cubeba, del yodo, del bromo, del cloral, del mercurio; son esencialmente polimorfos y, á excepción de algunas (acné yódico de localización particular, hidrargiria cutánea descamativa), no presentan, fuera de la noción etiológica, carácter distintivo alguno. De donde el precepto de preguntar siempre á un enfermo que presenta una erupción, si ha tomado algún tiempo antes uno de los medicamentos susceptibles de provocar accidentes cutáneos.

En este grupo, es justo también colocar los accidentes cutáneos, con reacción febril ó no, que pueden observarse varios días después del empleo de los sueros medicamentosos.

#### EXAMEN DEL ENFERMO

Una vez hecha la investigación de los conmemorativos, conviene proceder al examen del enfermo. Varía en cada caso particular. Recordemos, no obstante, sus reglas principales.

1.º El *modo de empezar* la enfermedad debe ser objeto de una investigación atenta. Si se trata de una afección crónica, de una tuberculosis pulmonar, por ejemplo, hay que apelar á los recuerdos del enfermo, preguntarle en qué época ha empezado á toser, á enflaquecer, etc. Si se trata de una cirrosis, se averiguará que varios meses, á veces antes de la aparición de la ascitis por la que el sujeto viene á consultar, había dispepsia, pituitas matinales, etc. Demasiado á menudo, cuando ha sobrevenido un episodio agudo, desde entonces tienden los enfermos á datar el principio de su enfermedad: la hematemesis que bruscamente viene á revelar la existencia de una úlcera del estómago, no es generalmente su primera manifestación; investigando, se averiguará que había antes dolor después de las comidas, ardores epigástricos. La hemorragia, el reblandecimiento cerebral, van casi siempre precedidos de cefalalgia, de pérdida de la memoria y de vértigos, signos todos ligados al ateroma cerebral; el verdadero principio de la enfermedad es á menudo anterior en varios meses al principio visible de los accidentes.