

dar una orientación acerca de las dermatosis piógenas y tratarlas correctamente. Es un problema sencillo a condición de hacer un diagnóstico preciso y no usar medios terapéuticos que puedan entorpecer el curso normal de las lesiones.

## LOS NUEVOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA EPILEPSIA

por el Doctor

L. BARRAQUER FERRÉ

de Barcelona

Por la importancia de la enfermedad y por lo rebelde del tratamiento, uno de los estudios de mayor interés de la patología nerviosa es la epilepsia.

Iniciada por Pedro MARIE en el año 1887 ha ido creciendo la campaña que tiende a cambiar por completo la concepción clásica de la etiología de la epilepsia.

Desde luego nos referimos a la epilepsia mal llamada esencial, y decimos mal llamada porque en realidad no existe como morbo independiente; el mal epiléptico es siempre una manifestación sintomática de desórdenes profundos en cuyo conocimiento se va progresando continuamente.

Desde antiguo se estudiaba el mal comicial en el capítulo de las neurosis, pero esta clasificación caduca desde el momento que la epilepsia *sine materia* no existe. En efecto y dicho ya de una vez, la epilepsia es la expresión sintomática de una lesión orgánica encefálica, tal es el resultado de las modernas investigaciones y de cuya nueva doctrina Pedro MARIE ha sido el precursor.

La causa de la epilepsia es siempre externa al enfermo y posterior a su concepción, según Pedro MARIE, quien ha publicado recientemente un interesantísimo artículo: «*Quelques considérations sur l'étiologie et sur le traitement de l'épilepsie*», en la *Presse Médicale* de 21 de enero de 1928.

Parece ser que un gran contingente de epilépticos, el mayor, es atribuible a los traumatismos craneales, unos por distocias, partos difíciles que hacen necesario la aplicación de forceps y acarrear lesiones encefálicas, otros por asfixia consecuente a las mismas dificultades de alumbramiento, que en otros casos ocasionan hemorragias parenquimatosas cerebrales. Los profesores COUVELAIRE y LÉRI han puesto de manifiesto la anatomía patológica de estas lesiones hemorrágicas.

Por esto hay que insistir en el interrogatorio para orientarse en la etiología del mal comicial, de cómo fué el parto respecto a duración, intervención obstétrica, si el recién nacido apareció asfíctico y lloró pronto o no lloró, etc.

Otro factor etiológico son las infecciones propias de la infancia, coqueluche, fiebres eruptivas, infecciones estrepocócicas y estafilocócicas.

La sífilis hereditaria es otra responsable de otro número de epilépticos, sífilis difícil muchas veces de encontrar pero que debe buscarse en estigmas específicos de sus antecesores o colaterales.

A veces y aun en el adulto, la causa debe buscarse en la patología de un nervio craneal. Adviértase que ya

por vía noble, por un nervio craneal (enfermedades del oído, de los ojos, de la nariz, las más frecuentes) o por vía linfática, en la región correspondiente del encéfalo aparecen lesiones neuróglícas similares a las de etiología traumática derivadas del parto que determinan los ataques convulsivos.

Pero el punto importantísimo a dilucidar, el problema obsesionante se refiere a la herencia del mal comicial. La nueva doctrina de que la epilepsia es siempre de etiología externa pone en tela de juicio la importancia del factor herencia en la epilepsia llamada antes esencial. Sin embargo, es innegable que vemos familias afectas de epilepsia pareciendo revelar un encadenamiento hereditario. Si reflexionamos sobre esta respuesta predisposición o aptitud del tejido nervioso cerebral en toda una familia neuropática, comprobaremos que se admite sin discusión el hecho y se le da una explicación puramente hipotética, pues nadie ha demostrado la realidad de unas condiciones anatómicas que constituyan terreno abonado para el arraigo del mal a que venimos refiriéndonos.

Obsérvase que entre los familiares de un epiléptico hay que suften la misma enfermedad mientras otros padecen psicopatías originadas o acompañadas de lesiones orgánicas del encéfalo.

De los conocimientos actuales se deducen las importantes conclusiones siguientes:

- a) La coparticipación de la herencia con la etiología epiléptica exógena no ha sido hasta ahora demostrada de una manera fehaciente.
- b) Aun así, y como precaución profiláctica, conviene que los facultativos desaconsejen los matrimonios entre epilépticos o personas afectas de psicopatías similares.
- c) Los padres deben ejercer la más estricta vigilancia sobre los niños, procurando evitar que sufran caídas.
- d) Ante los casos de epilepsia el médico debe profundizar todo lo posible en su etiología, procurando llevar sus averiguaciones hasta las posibles causas intrauterinas, las circunstancias del nacimiento, los traumatismos craneales de la primera infancia, las afecciones, etc.

### BIBLIOGRAFÍA

- Pedro MARIE.—*Quelques considérations sur l'étiologie et sur le traitement de l'épilepsie. Presse Médicale*, enero 1928.
- BABONNEIX y ROGER VOISIN.—*Tratado de patología médica. SERGENT. Tomo XXV.*
- LAIGNEL-LAVASTINE y ROGER VOISIN.—*Epilepsia. Tratado de patología médica. SERGENT. Tomo V.*
- BABONNEIX y ROGER VOISIN.—*Encefalopatías infantiles, tomo XXV SERGENT.*

## CRÓNICA

### EL INTERROGATORIO EN CLÍNICA SU REHABILITACIÓN

por el Doctor

M. RODRÍGUEZ PORTILLO

de Barcelona

La finalidad de la Medicina es la de prevenir, curar o aliviar las dolencias que por ley natural acechan o aquejan los seres vivos, y, por tanto, el hombre.

Para conseguir tan altruista ¡y porque no! sublime finalidad que como a tal nos acerca a Dios, es condición indispensable el conocimiento pleno de aquellas y de los recursos necesarios para precaverlas, curarlas o aliviarlas: lo 1.º constitúyelo el Diagnóstico, lo 2.º la Higiene y la Terapéutica.

Hoy por hoy nos interesa el primero, no en su concepto abstracto, sino en cuanto a los medios que la ciencia dispone para conseguirlo, y aún de éstos, el más fundamental—el Interrogatorio.

El *Diagnóstico* geoméricamente considerado es un punto donde concentran tres líneas.

Valiéndome de una comparación vulgar, lo imagino a una ciudad que para conocerla en toda su extensión y detalles deben seguirse tres caminos: el 1.º Interrogatorio, nos conduce a ella; el 2.º Exploración clínica, nos la hace conocer en sus detalles, y el 3.º Investigaciones físico-químico-histobacteriológicas, ayuda a completarlos cuando el anterior por motivos especiales no le ha sido posible penetrar por sus angostas y estrechas calles.

Es por último el *Diagnóstico*, producto de los tres factores que acabamos de mencionar. Con el interrogatorio, conocemos la entidad nosológica, su antigüedad, la manera de reaccionar del enfermo a los estímulos morbosos, sus antecedentes, en fin, su pasado y su presente: nos muestra el aparato, sistema u órgano afecto y la clase de métodos clínicos de investigaciones físico-químico-histobacteriológicas que hemos de seguir para formar o completar el Diagnóstico.

A pesar, pues, del papel tan importante desempeñado por el interrogatorio en Clínica, es considerado por algunos prácticos como recurso secundario, posponiéndolo a los otros medios de investigación, con los que creen más que suficientes formar un diagnóstico: este solapado desprecio a un procedimiento tan útil y el deseo de rehabilitarlo, han contribuido a desarrollar este modesto tema que por otra parte lo hago gustoso, en señal de gratitud por el mucho bien que con sus enseñanzas he podido prodigar a la humanidad doliente.

No soy enemigo ¡libreme Dios!, muy amigo y entusiasta de los otros dos métodos de investigación (1); la exploración clínica *crystaliza* los conocimientos descubiertos por el interrogatorio, en tanto que los recursos físico-químico-bacteriológicos ratifican aquella *crystalización* o dan la solución cuando ésta no ha podido realizarse. No dudo pues de la eficacia de estos, pero nadie negará que sin el concurso del interrogatorio es imposible en la inmensa mayoría de casos, formarse un acabado concepto clínico de la entidad nosológica que se busca y mucho menos, dirigir nuestra vista hacia la clase de recursos a emplear para desvanecer nuestras dudas o confirmar nuestro diagnóstico.

No sin razón los médicos del siglo pasado y de primeros del actual, tenían al método objeto de nuestro estudio, en tanta estima, al extremo, que

algunos llegaban casi a bautizar la enfermedad esgrimiendo tan sólo y con la pericia en ellos característica, el arma del interrogatorio.

En la actualidad, hay también médicos que se conculen de este olvido notado entre compañeros noveles que casi todo lo confían a los otros métodos de investigación. El Dr. MIRA es uno de ellos y bien claramente lo dice en los primeros párrafos de su interesantísimo artículo *Un nuevo auxiliar de la investigación clínica: la Automorbografía* (1); en que textualmente dice:

Sin ninguna violencia puede considerarse el interrogatorio como uno de los métodos más importantes de exploración que poseemos para el diagnóstico de enfermedades y no obstante—es extraño— el número de trabajos publicados respecto al mismo es muy escaso, casi insignificante, si se compara con la cifra de los dedicados a los restantes procedimientos de investigación morbosa.

A mayor abundamiento y en esta misma Revista de julio próximo pasado, los Drs. PITTALUGA y TERRADES hacen referencia al mismo asunto; veamos lo que dice el primero en su instructivo tema *La contribución de los médicos al estudio de la Genética*, referente al Interrogatorio:

La renuncia a un interrogatorio detenido por parte de los clínicos durante los últimos lustros debe achacarse a dos causas fundamentales, por un lado el apresuramiento con que se ven los enfermos, por otro lado a la especialización excesiva de los médicos; esto ha motivado que no se haya podido enlazar los datos suministrados por el interrogatorio y los que lo han intentado no han podido dar una cumplida interpretación por falta de la debida cultura médica: al mismo tiempo han confiado en demasía con los procedimientos técnicos (rayos X y laboratorio) por comodidad y por concederles excesiva importancia. Es oportuno recordar que los clínicos de fines del siglo XIX han otorgado siempre gran atención al anamnesis y han insistido en la importancia del estudio de la historia personal y familiar de los enfermos con una insistencia que parecía a aquellos jóvenes, hoy casi viejos, excesiva.

El ilustre ginecólogo Dr. TERRADES en su nota ginecológica *Diagnóstico y tratamiento de la rotura del embarazo ectópico* se expresa así:

El progreso natural de los métodos de exploración de los enfermos ha dejado en un plano secundario al interrogatorio, sin razón para ello, y ahora a su vez la preponderancia que toman los medios diagnósticos de laboratorio ejerce una acción tan sugestiva a los ojos de los noveles que amenazan hacer tabla rasa de la exploración directa del enfermo y sobre todo del interrogatorio, y sin embargo hay enfermedades como la de que trató en que el interrogatorio es la base y a veces el único fundamento de diagnóstico.

Véase, pues, el concepto tenido del Interrogatorio en cuanto a método fundamental de investigación morbosa, por estos conocidos clínicos, amén de otros que podría citar: la experiencia nos dice a cada momento que sin el auxilio de aquel es muy difícil y casi imposible formar diagnóstico de muchas enfermedades, siendo contadas las que con la

(1) Prueba de mi aserto es el tema que publiqué en ARS MEDICA de julio próximo pasado titulado *La neumonía central en la infancia: su frecuencia, errores diagnósticos y manera de evitarlos*. En él demostré el papel trascendental de la exploración clínica y lo mucho que podía esperarse de la Radiología y del Laboratorio (reacción de FARRUS).

(1) Publicado en ARS MEDICA del abril próximo pasado.

sola intervención de los restantes métodos, puedan científicamente ser enjuiciadas.

Ello me hace el mismo efecto que si uno al pretender construir un edificio (diagnóstico) confiara casi tan sólo con los materiales de construcción (piedra, yeso, ladrillos, etc.)—método de exploración clínica—y con los de afianzamiento y decoración—método físico-químico-histo-bacteriológico—y tuviera en poca estima el factor terreno—Interrogatorio—y las condiciones inherentes al mismo, (lugar, naturaleza geológica, dimensiones, etc.)

¿Qué resultaría de tal conducta? Que a pesar de una buena adquisición de materiales de construcción, afianzamiento y decoración, si el terreno no reuniera las debidas condiciones de solidez, el edificio aparentemente construido sería tan frágil que no resistiría los efectos del más ligero vendaval.

Igual sucede con aquellos que conceptúan el Interrogatorio de poca cosa; fían en los datos proporcionados por la exploración clínica y la ciencia físico-químico-histo-bacteriológica; interrogan someramente al enfermo en busca del terreno orgánico sobre el que aplican aquellos y acto continuo establecen el diagnóstico. El mismo resultado acaecido a los primeros tiene lugar a estos clínicos: una vez edificado aquél, se desmorona en la mayoría de los casos así que se metodiza y profundiza el interrogatorio.

Este método constituye el *factor básico* para llegar al juicio clínico y si por circunstancias especiales inherentes al enfermo, no puede hacerse con la extensión debida, sirve de *factor de orientación* señalando donde *podemos* aplicar el método exploratorio y cuando el laboratorio, para con su concurso formar el correspondiente diagnóstico.

No me extrañará encuentre el amable lector, en el decurso de este tema, alguna que otra perogrullada, que causará risa a los ultra modernistas: a estos se les debe decir que en Medicina hay muchas perogrulladas y mucho sentido común, y que gracias a los mismos, los que vivimos muchos años con aquélla, hemos resuelto problemas cuya solución no han podido darla las ciencias auxiliares. Esto motivó, después de comentarlo con algunos médicos eminentes, el que escribiera un artículo en la Revista del Instituto Llorente titulado *La oportunidad en Clínica Terapéutica* en el que demostraba que grandes indicaciones terapéuticas se cumplían con sencillos indicados de sentido común aplicados oportunamente.

Así también un sencillo, pero ordenado y metódico interrogatorio hecho al enfermo, nos pone de manifiesto la clase de entidad nosológica de su mal, orientándonos *ipso facto* hacia el aparato, sistema u órgano que sufre.

Fundándose en ello, el célebre COSTE escribió su libro *Del síntoma a la enfermedad*, cuajado de enseñanzas útiles, verdadera guía de médicos jóvenes y viejos, y donde demuestra con cuanta sencillez puede el práctico remontarse, mediante certeras preguntas, de lo simple a lo complicado y construir con el síntoma sentido por el enfermo u observado por el médico, el síndrome base del diagnóstico.

Transformar el *síntoma* en *signo*; hacer del fenómeno comprobado un *elemento de diagnóstico* y una *fuerza de indicación terapéutica*, en ello, dice el Dr. GRASSET, está toda la medicina práctica; este es el trabajo de semiología práctica que el Dr. COSTE ha facilitado a sus compañeros.

El síntoma—sigue diciendo el Dr. GRASSET—es lo que el enfermo ha sentido y la familia comprobado, y lo que ha motivado que llamen al médico. En la exposición de este síntoma, hecho por el enfermo o sus deudos, se encontrarán datos entremezclados de valor muy distinto, unos inútiles, otros altamente instructivos, que sólo el interrogatorio podrá deslindar.

Ello ratifica el concepto que de este método clínico tenemos formado; de hacerlo con más o menos minuciosidad, nuestra conducta clínica futura puede dirigirse hacia puntos distantes de donde radica el mal, al que no se encuentra y de hallarlo lo veremos desfigurado; por ejemplo: ante un enfermo afecto de *edema* de las extremidades inferiores y *ascitis*, nos conviene saber para formar el debido diagnóstico, el origen y naturaleza de ésta: para ello bastará *enterarse* si su aparición ha sido posterior o anterior a aquél: en el primer caso, se tratará de una ascitis de origen renal o cardíaco, en el segundo, de una ascitis por cirrosis u otra causa que haya determinado compresión de la vena cava.

Con un buen interrogatorio hacemos una recopilación fotográfica del enfermo, de sus ascendientes o descendientes, con la cual y mediante la intervención de la lógica la filmamos en nuestra mente, dando vida a los personajes cuyo desenvolvimiento y manera de ser tanto nos interesa para la debida formación del juicio clínico del enfermo.

No expondré detalladamente las fases constitutivas del Interrogatorio, ni me reduciré a trazar el cuadro sinóptico de las mismas; me amoldaré al justo medio para evitar el cansancio del sufrido lector y no restar gratitud y valor a recurso tan preciado.

Entiendo que la pauta a seguir es la impuesta por la lógica natural en la cabecera del enfermo; siguiendo sus consejos, debemos ante todo obtener la *fotografía* de éste y medir su grado de cultura, fiel guía de nuestras ulteriores investigaciones interrogatorias; después, exigirle su *cédula médica personal*, o sean los datos recogidos del enfermo en los primeros momentos de nuestra visita; siguen en orden, el conocimiento de sus *antecedentes hereditarios* y los *personales* para entrar en el relativo al síntoma o síntomas sentidos y continuar con los *comemorativos*, debut de la enfermedad, tiempo transcurrido desde su aparición, evolución, sucesión de los síntomas, incidencias anatómo-funcionales y medicaciones seguidas; llegado a esta fase, última del interrogatorio, procederemos—y aquí viene lo difícil—al enjuiciamiento de todo lo recogido, espigando lo útil de lo supérfluo y buscando, las relaciones anatómo-fisio-patológicas de los hechos y con ello el órgano, aparato, o sistema enfermo, para orientar el fruto de aquél hacia la exploración clí-

nica correspondiente, y en caso de su ineficacia, hacia el método de investigación físico-químico-histo-biológico pertinente al caso.

*Fotografía del enfermo.*—Antes de comenzar el interrogatorio es conveniente dejar hablar al enfermo durante el tiempo necesario para formar concepto de su mentalidad y pulsar a la vez su psiquismo; el tiempo al parecer perdido, compensase con creces por lo mucho que podemos sorprender, entre ello, los caracteres de su voz, su mirada, ademanes, color del semblante, movimientos de la lengua, etc. y particularmente, ganarnos con nuestra amabilidad la simpatía y confianza del enfermo, factor no despreciable dado el papel, por todos conocido, que juega el sistema nervioso en el mecanismo de la defensa orgánica, papel cuyo valor acrecienta, si el examinando es un neuropata o pertenece al sexo femenino; conseguida aquella, pasaremos a trazar su

*Cédula médico-personal.*—Para ello averiguaremos la edad, estado, lugar de nacimiento, condiciones sanitarias del mismo, profesión y género de vida; estos últimos datos tienen una especial trascendencia, constituyendo, como veremos y demostraremos en los capítulos correspondientes, el fundamento de más de un diagnóstico.

*Antecedentes hereditarios.*—El conocimiento de la herencia, a más de orientarnos, sirve para explicar el *porqué* de ciertas reacciones observadas en algunos enfermos desproporcionadas a los síntomas que aquejan; por ejemplo, las convulsiones sobrevenidas en niños por causas banales—herencia nerviosa—el delirio de ciertos enfermos en el transcurso de ciertos procesos toxi-infecciosos agudos de mediana intensidad—herencia alcohólica;—las localizaciones electivas de ciertas enfermedades en órganos de menor resistencia por efecto hereditario—el cáncer, absceso hepático, la cirrosis y litiasis biliar en los colémicos, la apendicitis, la hemofilia, en las enfermedades familiares.—En virtud de estos hechos comprobados cotidianamente en nuestra práctica, los antiguos, finos observadores y pensadores profundos, habían demostrado la importancia de la herencia en el estudio de las enfermedades, con estas instructivas palabras: *A pisis Pisones, ciceribus Cicerones, lentibus Lentulos appellatos esse.*

La *herencia sifilítica* se investigará por la clase de enfermedad de que haya muerto el padre—parálisis general, aortitis, tabes—o por el número de abortos o partos prematuros de la madre; si tiene hermanos muertos de corta edad víctimas de meningitis, y si los que viven presentan anomalías de desarrollo, malformaciones, sordomudez, etc.

Para averiguar la *herencia tuberculosa*, preguntese si algún ascendiente, en caso de vivir, sufre bronquitis crónica acompañada de adelgazamiento o hemoptisis, y si algún hermano ha fallecido de meningitis sub-aguda, tumor cerebral, mal vertebral de POTT, o artritis supurada.

*Herencia alcohólica.*—Ofrece algunas dificultades su averiguación; tan sólo el precedente de epilepsia o neurosis sufridas por algún hermano o por el enfermo objeto de estudio, harán sospechar aquélla.

En ocasiones, la herencia directa no influye en el enfermo y hay que buscar la colateral, como ocurre en las enfermedades mentales; otras veces, una misma enfermedad hereditaria en ciertas familias se deja sentir en los descendientes de distinto modo; por ejemplo, los hijos de un padre alcohólico pueden ser epiléptico el uno, gotoso el otro, distrófico un tercero, asmático, diabéticos los demás.

La *herencia de enfermedades familiares* se descubrirá indagando todas aquellas que tienen un sello especial, como son: la enfermedad de RACKLINGHAUSEN, la miopatía atrófica progresiva, y muy especialmente la *hemofilia*, enfermedad no estudiada hasta fines del siglo XVIII por SIR WILLIAM FORDYCE y ROVE; se observa con mayor frecuencia en los varones y se transmite preferentemente por medio de los miembros femeninos—conductores—de las familias afectas. GRANDIDIER ha formulado con respecto a la herencia hemofílica la siguiente ley «Los varones hemofílicos casados con mujeres sanas que no procedan de familias hemofílicas, engendran hijos generalmente sanos y no hemofílicos, pero si entre éstos hay hembras, pueden contar de nuevo en su descendencia individuos hemofílicos». En virtud de esta ley, las mujeres de familia de hemofílicos tienen casi siempre, aún cuando ellas no sean hemofílicas, hijos con igual enfermedad; así, por consiguiente, si un hombre sano se casa con una mujer hemofílica o con una aparentemente sana pero procedente de una familia hemofílica, la mayor parte de los hijos varones serán hemofílicos; las hijas quedan libres de la enfermedad, pero si se casan con hombres sanos y conciben, los hijos (varones) herederán la terrible enfermedad.

Sigue por orden cronológico el interrogatorio de los

*Antecedentes personales.*—El conocimiento de los mismos nos pondrán en condiciones de interpretar y dar el valor real a los síntomas de su enfermedad actual; ello nos explicará si los efectos sentidos por el enfermo a los estímulos patológicos son o no exagerados; si los síntomas somáticos por nosotros observados concuerdan con la enfermedad actual; si el órgano enfermo guarda relación con procesos patológicos sufridos en su infancia; en una palabra, con los datos aportados por el interrogatorio con respecto a este capítulo, podremos cotejar una serie de *fotografías* desde su infancia hasta el comienzo de su enfermedad actual, y, con ello, establecer las relaciones anátomo-fisio-patológicas, únicas que científicamente nos pueden dar la clave del diagnóstico.

Comenzaremos por conocer la clase de *lactancia* y en caso de haber sido esta la mercenaria en lugar de la materna, inquiriremos las causas que a ello obligaron y condiciones personales del ama de cría; si fué la artificial, nos enteraremos de la variedad de leche, del orden y limpieza en la administración de la misma y hasta que edad fué con tal régimen criado. Todo esto nos corroborará el juicio ya formado por la herencia materna, poniéndonos en antecedentes relativos al estado de la nutrición y pa-

tología endodigestiva de su infancia. No olvidaremos de preguntar lo referente al trabajo de su dentición (periódico y continuo), la duración del mismo (raquitismo), y observar los caracteres de sus piezas dentarias (herencia sifilítica).

Buscaremos las enfermedades infecciosas propias de la infancia, sarampión, viruela, escarlatina y otras comunes como la gripe, encefalitis epidémica, anginas, adenoiditis; unas y otras suelen dejar secuelas — bronquitis, linfatismo, síndrome Parkinsoniano, enteritis, etc.

Los *antecedentes nerviosos* no los perderemos de vista y para ello, averiguaremos si hubo en su infancia terrores nocturnos, convulsiones, incontinencia de orina. También nos enteraremos de las enfermedades de los aparatos *digestivo, respiratorio, circulatorio y de la nutrición*, cuyo conocimiento nos ilustrará con respecto a la resistencia de los mismos y a la mayor o menor facilidad para dejarse enfermar: una bronquitis antigua nos hará pensar en una probable tuberculosis; una predisposición a la enteritis hará pensar en una pericolicitis; trastornos digestivos de remota fecha, de evolución discontinua con fenómenos dolorosos intermitentes, harán sospechar una hepatopatía, un úlcus gástrico o duodenal o una apendicitis crónica; unos dolores articulares o musculares sin carácter determinado harán sospechar el artritis; epistaxis frecuentes y anginas de repetición nos inclinarán hacia el es-crofulismo.

Cuando se trata de una enferma, averiguaremos el estado de su función menstrual y vida genital; ello nos dará la clave de un sinnúmero de manifestaciones morbosas habida cuenta de la influencia ejercida por los ovarios en la economía a la que trastorna de muy diferente manera.

Los datos relativos a la aparición menstrual, su periodicidad, duración, abundancia, dolores, supresión incidental, y desaparición definitiva, constituyen valiosos elementos de juicio diagnóstico.

Si la época de aparición de la primera menstruación es *tardía*, revelará un linfatismo o cloroanemia latentes; el clima ejerce, no obstante, manifiesta influencia, pues de todos es sabido que en el clima cálido—*isla de Cuba*, por ejemplo,—aquella es prematura, y en las zonas frías aparece a la edad de los 14 ó 15 años.

La *no periodicidad* indicará una alteración más o menos profunda de su estado nutritivo, una desviación de su metabolismo celular local o general.

Si la *duración* es corta, obedece a iguales causas; en cambio, cuando es larga y abundante, puede ser debida a una plétora de vida, a trastornos ováricos o a la presencia de un fibroma.

Si la *menorragia* se convierte en *metrorragia* habrá que pensar en una probable metritis, fibroma o cáncer.

Cuando es *dolorosa*—*dismenorrea*—pensaremos en la existencia de una causa local, retroversión, atresia de cuello, apendicitis solapada exacerbada en el momento de la menstruación, o en una causa general que las más de las veces lo constituye el *temperamento nervioso*.

La supresión incidental en una mujer joven, sin antecedentes patológicos hereditarios, harán pensar en una probable gestación.

La *desaparición definitiva* de las reglas antes de la edad crítica nos da la clave de muchos procesos somáticos—flegmasias, neoplasias, y de los trastornos funcionales tributarios del gran simpático, cuya causa quedaría ignorada sin el concurso del conocimiento de aquélla.

Es también importante averiguar si la enferma ha sufrido alguna intervención abdominal y en que sentido, pues se da el caso que los trastornos de *insuficiencia ovárica* en ella observados son consecutivos de la obligada extirpación de los ovarios impuesta por afecciones de los mismos—quistes—o por deseos inhumanos.

No concluiremos nuestro interrogatorio sin conocer su *estado* y en caso de ser casada, si existe consanguinidad con el esposo dada la influencia que para los hijos tiene tal circunstancia.

El *número de embarazos a término y el número de abortos* es también útil averiguar por la relación que aquellos tienen en la provocación de la litiasis biliar y por la agravación de ciertos procesos morbosos que latentemente preexisten en la enferma (tuberculosis, nefritis, cardiopatías, obesidad, ptosis, etc.); por el número de abortos y embarazos gemelares podremos dirigir nuestras sospechas hacia una solapada sífilis.

En caso de tener hijos nuestra enferma, nos enteraremos si han sido por ella criados y en caso afirmativo, métodos seguidos y duración de la lactancia; el conocimiento de estos antecedentes nos pondrán sobre el terreno para explicarnos la causa de ciertas anemias, no siempre explícita y no siempre de fácil interpretación.

En cuanto a la busca de *antecedentes venéreos en ambos sexos*, el médico debe desplegar una táctica muy delicada, haciendo ver al enfermo que sus preguntas no son por pura curiosidad, sino en bien suyo; a pesar de ello, ofrece su estudio serias dificultades, unas por incultura del paciente que no sabe distinguir o no recuerda si el chancro que tuvo en su juventud apareció a los pocos o muchos días del último coito, si era blando o duro, si se le presentaron adenitis uni o bilaterales en las ingles; confunde el herpes con aquel por desconocer que existen otras puertas de entrada del espiroquete. Otras veces aquellas dificultades son debidas a la mala fe del interrogado, y unas terceras inherentes al sexo, posición social y circunstancias especiales de la vida matrimonial.

En este último caso, apelaremos la vía indirecta, enterándonos de los caracteres de su micción—dolor, frecuencia, cantidad de orina—de si padece de leucorrea, de si existen trastornos metro-salpingo-ováricos y en caso afirmativo, si la aparición de los mismos ha tenido lugar poco después de haber contraído matrimonio; el resultado positivo de tales preguntas hará sospechar una *blenorragia*.

Para indagar la *lúes* en estas mismas condiciones, nos enteraremos si ha tenido abortos, partos prematuros o gemelares, el número de aquellos y cau-

sas que a juicio las provocaron; si los hijos que le viven gozan de perfecta salud, si se registra algún caso de meningitis, de enfermedad de LITTLE, de sordomudez, de malformaciones, de pseudo-parálisis de PARROT, etc.

Este capítulo objeto de estudio, reviste una capital importancia clínica a pesar del perfeccionamiento actual del método de investigación humoral, no siempre fidedigno ni elocuente como sería de esperar (1). Con el auxilio de las armas proporcionadas por el interrogatorio científicamente aplicado en estos casos, muchas enfermedades—el reumatismo crónico, endocarditis, aortitis, artropatías, nefropatías, etc.—consideradas como producto de causas más o menos teóricas y caprichosas, son hijas de una blenorragia o sífilis antiguas.

El interrogatorio respecto a la *vida genital* es altamente instructivo, pues el conocimiento de los *excesos sexuales, la impotencia, la espermatorrea, etcétera*, nos dice el porqué de ciertas neurastenias de causa desconocida y de ciertos trastornos que por su sintomatología nos conducirían sin aquel por senderos equivocados; tal sucede con los casos algún tanto frecuentes que se nos presentan en nuestros respectivos despachos. Enfermos jóvenes por lo general que aquejan dolores lumbo-vertebrales, paitaciones, insomnio, inapetencia, fatiga, ineptitud para el trabajo, de aspecto pálido, ojos hundidos y vista lánguida, preguntadles por sus hábitos sexuales y la contestación que no se hará esperar os confirmará lo que ya presumíais: *abusa del coito o es un masturbador*.

El concerniente al *aparato urinario*, nos coloca en condiciones para orientar los demás métodos de exploración clínica hacia el supuesto órgano afecto. Es quizá este, uno de los aparatos cuya patología puede ser mejor encaminada por el interrogatorio metódico y preciso y tanto es así, que si el Internista cuenta con alguna práctica, puede dar al especialista el diagnóstico casi seguro del enfermo.

Tres son los elementos o síntomas recogidos por aquel de indiscutible valor y que traducen con probabilidades de éxito la entidad nosológica que se busca, estos son: la *hematuria, momentos de la micción en que se presenta y dolor*. Si la hematuria es *inicial*, la afección radica en la uretra posterior o en la prostata; si es escasa y el dolor variable, se tratará de una falsa vía por defectuoso catterismo; si es muy intensa, pensemos en una *rotura de la uretra*. Si la hematuria inicial es poco abundante y la molestia es parecida a un simple escozor alternando con sensación de quemadura intensa, piénsese en la uretritis posterior de naturaleza probablemente *blenorragica*. Si la hematuria inicial es muy abundante e independiente a veces de la micción con polaquiuria nocturna, se tratará de un *cáncer* de la prostata: si el dolor es continuo, vago, poco intenso, de una *tuberculosis prostática*. Cuando la hematuria es *terminal* procede de la ve-

jiga: si la cantidad de sangre es variable y el dolor muy vivo, revelará un *traumatismo*; si es poco abundante y escaso el dolor, de una *descompresión brusca de la vejiga*; si la hemorragia es escasa con algunos coagulos y el dolor en forma de quemazón sentida en la profundidad de la uretra y en el glande, acompañada de deseos constantes de orinar, pensemos en una *cistitis aguda*. Si la hematuria terminal es abundante y espontánea y el dolor también constante acompañado de polaquiuria las más de las veces nocturna y sedimento un poco sanguinolento, estaremos ante una *cistitis tuberculosa*. Si la hematuria terminal a más de no ser constante se muestra caprichosa, lo mismo que el dolor, siendo la frecuencia de orinar continua con ausencia de sedimentación, se pensará en una *neoplasia*. En los casos de ser la hematuria terminal poco abundante y de corta duración, relacionada con los movimientos violentos y de estar acompañada de trastornos constantes de la micción exacerbadas con la fatiga y la posición vertical, por el dolor terminal, por la polaquiuria *diurna* y orines sin pus, se tratará de una *cistitis calculosa*; si aparece pus en la orina, indicará que la litiasis ha dejado de ser aséptica.

En los estados patológicos en que la hematuria es *total*, de aparición inconstante, con coagulos cilindricos y dolores lumbares más o menos vivos piénsese en una enfermedad renal de naturaleza variable (traumatismo (1), neoplasia, tuberculosis, etcétera.) o en procesos infecciosos hemorrágicos, en el histerismo y en los parásitos; el diagnóstico de todas estas afecciones se completará con el auxilio de los demás métodos de exploración clínica e investigación físico-químico-histo-bacteriológica.

Estudiado el historial genito-urinario del enfermo nos ocuparemos del último grupo del capítulo que venimos tratando o sea de las

*Intoxicaciones*.—El conocimiento de las mismas, con respecto al enfermo constituye una fuente de enseñanzas tan extraordinaria, que, bien aplicadas, interpretamos a la luz del día oscuros hechos, nos explicamos raros fenómenos y relacionamos con el metro de la lógica causas y efectos a simple vista invisible e incomprensidos. Las intoxicaciones pueden ser: profesionales, incidentales, jactanciosas, y por hábito.

Por razón de ciertos oficios están expuestos a intoxicación—*saturnismo*—los pintores de paredes y los obreros empleados en las fábricas de minio; al *hidrargirismo*, los doradores, sombrereros y empleados en la industria del pelo; al *arsenicismo*, los que se dedican a la fabricación de flores artificiales, papeles pintados y trituradores de mineral arsenical; los artistas y asiduos concurrentes a los cabarets, al *morfinismo, cocainismo y eterismo*; y, por último, los tratantes en vinos, los degustadores o catadores, los corredores de comercio, los cocineros, etc., son candidatos al *alcoholismo*. Con respecto a esta última intoxicación, recuerdo un caso muy instructivo y que confirma lo dicho en mis

(1) Muchos casos clínicos podría citar de algunos compañeros y otros de mi clientela diagnosticados de sífilis por ser positiva la reacción de B. WASSERMANN y no obstante no responder al tratamiento antisifilítico y en cambio resultar negativa aquella y curarse la lesión con dicho tratamiento.

(1) Véase ARS MEDICA del marzo próximo pasado, Dr. A. OTERO SÁNCHEZ.

primeros capítulos, que pequeños detalles resuelven muchas veces problemas difíciles. Se trataba de un enfermo al que vimos con dos compañeros y diagnosticado previamente por estos de *falsa angina de pecho*, por el dolor precordial discontinuo aumentado con los movimientos, extendido por la zona braquial izquierda acompañado de vértigos y de mediana intensidad; este síndrome no era en mi opinión tan elocuente como a primera vista parecía, ignorándose al mismo tiempo la naturaleza del mismo, noción, en mi sentir, de importancia capital; merced a un detenido interrogatorio, púdose averiguar que desde su juventud y por espacio de muchos años se dedicaba a la degustación de vinos, habiendo adquirido en ello mucha fama, una gran fortuna y un alcoholismo que daba al traste con la una y con la otra. ¡Contrastes de la vida! El diagnóstico resultó, por tanto, una neuritis del plexo braquial izquierdo, plenamente confirmado por el resultado terapéutico obtenido a los pocos meses de nuestra consulta.

En la busca de las *intoxicaciones incidentales* es donde el práctico debe poner mayor cuidado, pensando siempre en ellas y escudriñando los más triviales detalles. ¿Cuántas enfermedades tributarias al parecer de procesos toxi-infecciosos corrientes o considerados de diagnóstico obscuro no son más que consecuencias de intoxicaciones químicas (arsénico, plomo), alimenticias (setas, moluscos, ostras, etc.) y medicamentosas (acónito, belladona, digital, opio, etcétera). En mis curiosas *historias clínicas*, hay una en la que se trataba de un niño de 5 años afecto de convulsiones clónicas, delirio alternando con accidentes comatosos y síntomas de colapso; fué diagnosticado por el médico de cabecera de meningitis aguda; pregunté por la medicación, leí las fórmulas y diagnosticué *intoxicación medicamentosa* por el acónito.

Otro caso muy interesante: un niño de 3 años, presa de intensos dolores abdominales, sin carácter clínico apreciable, de aparición brusca y antecedentes clásicos negativos; pregunté y repregunté a los deudos; supe que tenía la costumbre de jugar con soldaditos de plomo; este detalle me bastó para diagnosticar *cólico de plomo* a pesar de la ausencia de la línea de BURTON.

El Dr. TUGUET, de París, cita el caso de un marino afecto a una enfermedad extraña que no encajaba en marco nosológico alguno y que gracias al interrogatorio se enteró que el enfermo comenzó a sentirse mal a los pocos días de haber bebido un vino de sabor desagradable; este dato y el resultado del análisis de aquél (litargirio) le hizo pensar en una *intoxicación plúmbica* corroborada por la presencia de la significativa línea de BURTON.

Repito lo que al principio de este tema dije: no escatiméis el tiempo invertido en el interrogatorio, pues hallaréis compensación sobrada con el éxito obtenido.

El tercer grupo lo constituyen las intoxicaciones llamadas *jactanciosas*; tienen lugar en aquellos individuos que ya por temperamento (neuróticos) o por una mala entendida dignidad, se ufanan en beber

en momentos determinados líquidos espirituosos en gran cantidad o que por su sabor o fortaleza son repugnantes para los demás. El hallazgo de este dato es muy útil para explicarnos ciertos hechos que por predilección tienen lugar en el sistema nervioso.

Aparece después el cuarto y último grupo, o sean las *intoxicaciones por el hábito*, dignas de ser conocidas por su desgraciada frecuencia, por recaer a veces en personas insospechadas y de alguna posición social y por ser los tóxicos empleados de efectos desastrosos para el individuo y sus descendientes.

Muchos son los que beben sin darse cuenta, sin fijarse en la cantidad y calidad de la bebida; en concepto de algunos, el tomar un aperitivo, desayunarse con una copa de aguardiente, beber coñac o ron después del café y varios vasos de vino durante la comida, es cosa inofensiva ya que nunca han experimentado trastornos nerviosos ni molestias digestivas, antes al contrario, hanse sentido tonificados y animosos; otros, más cucos, niegan o pretenden hacer creer al médico que beben poco, reduciéndose su bebida tan sólo a una pequeña cantidad de vino y aún comprado a un amigo de toda confianza, o de cosecha propia.

En todos estos casos, preciso es que el médico despliegue su diplomacia clínica; que sus preguntas sean, al parecer, inocentes, nunca pronunciar la frase ¿bebe usted mucho vino?, pues con ello, puede el enfermo escamarse o molestarse, obligándole a guardar silencio o a desvirtuar la contestación. Enfermos hay, que la cantidad *escasa*, según ellos, de vino consumido en las 24 horas se ha convertido en 3 ó 4 litros después de un habilidoso interrogatorio; y no se crea que sean estos casos aislados, se cuentan casi casi por docenas, al extremo, que sin pecar de exagerado me atrevo a afirmar que «el alcoholismo crónico es más frecuente de lo que muchos creen; que algunas enfermedades de naturaleza rara y de anormal evolución son tributarias de aquél; y que por su frecuencia, por la ignorancia a veces del que lo sufre, y por los trastornos orgánico-funcionales ocasionados al enfermo y descendientes, puede compararse a la sífilis».

Nos enteraremos del género de vida del enfermo, de sus relaciones sexuales, fijándonos en el modo de expresarse, en sus ademanes, aspecto del semblante y en particular de sus ojos — gli occhi sono lo specchio della anima—. Todo ello contribuirá a completar el estudio del juicio clínico que nos proponemos formar.

Hay otras intoxicaciones dignas de ser conocidas: la *morfomanía*, la *cocainomanía*, la *eteromanía*, que pueden ser sospechadas por la clase de sociedad que vive el enfermo y por ciertos trastornos funcionales del sistema nervioso, tales como alucinaciones, delirios, sudores fríos y taquicardias.

Sigue a éstas el *tabiquismo*, que cuando es intenso ocasiona, a más de los trastornos locales—leucoplasia, faringo-traqueitis, aerofagia, alteraciones digestivas, trastornos generales funcionales del sistema nervioso, cefales, pérdida de la memoria, astenia, opresión y alteraciones visuales.

Y, últimamente, hay que recordar la *carbonemia*

por el óxido de carbono, consecutiva a la respiración de gases por combustión lenta y por escape del gas del alumbrado; cuando la causa de aquella es desconocida, la adquisición de nuestras sospechas mediante el interrogatorio, nos orientarán hacia el Laboratorio buscando el óxido de carbono en la sangre.

Recopilados y distribuidos in menti por orden de importancia los antecedentes personales del enfermo objeto de nuestro estudio, pasaremos sin interrupción al examen del

*Estado general* representado por su nutrición y por sus fuerzas; cuando su nutrición está disminuída—adelgazamiento— y éste ha sido rápido y relacionado con trastornos gástricos, habrá que pensar en algún proceso grave del aparato digestivo: neoplasia gástrica, id hepática, o id pancreática; y si va acompañada de pérdida de fuerzas, dirigiremos nuestra atención hacia la tuberculosis, la diabetes o la sífilis en su período secundario. Si el adelgazamiento ha tenido lugar lentamente con escasas pérdidas de fuerzas y trastornos digestivos banales, tenemos derecho a pensar en un estado neuropático o en una ptosis, caso muy frecuente en la práctica. El factor pérdida de fuerzas—astenia—tiene también su importancia diagnóstica que precisa averiguar por ser tributaria de varias enfermedades. Si el enfermo asténico presenta trastornos nerviosos que encuadran dentro del síndrome neurasténico, no hay duda que se tratará de una psico-neurosis y allí tendremos que dirigirnos. Si averiguamos que ha tenido recientemente una enfermedad infecciosa aguda (tifoidea, erisipela, gripe), enfocaremos nuestra actuación hacia la exploración clínico-químico-físico-bacteriológica de los principales aparatos, en especial del circulatorio (corazón y sangre), y del urinario.

Si la astenia está asociada a palpitaciones, disnea ligera, tos seca, llamaradas de calor y adelgazamiento, pensemos en la tuberculosis que confirmaremos o rectificaremos con los clásicos recursos que todos conocemos, en las anemias de causas diversas y en la cuorosis. Hay otras enfermedades en las que la astenia es casi el síntoma dominante y que más llama la atención del enfermo, como son la *leucemia* cuyo síntoma revelador es la esplenomegalia; la *miastenia pseudo paralítica* de ERB-GOLDFLAM que se caracteriza por la coincidencia de trastornos asténicos ostensibles en el lado de los nervios craneanos (fenómenos bulbares, parálisis ocular, ptosis), por la constatación de la reacción de JOLLY; y por disminución de la excitabilidad eléctrica bajo la influencia de excitaciones tetanizantes repetidas producidas por corrientes farádicas con intermitencias frecuentes; la *enfermedad de ADDISON* con o sin pigmentación bronceada en cuyo último caso mídase la tensión arterial y búsqese la *raya blanca*. Y, últimamente, el *mixedema*, acompañado siempre por los síntomas característicos de la cara, su tinte, su apatía, lentitud de su elocución, etc.

Terminado el estudio del estado general, pasaremos de lleno en el de los *Commemorativos*, o sea el modo de comenzar la enfermedad actual, evolución, diagnósticos emitidos y tratamientos seguidos. Por el modo de comenzar el proceso—brusco o lento—

pensaremos en una toxi-infección, aguda o crónica, en cuanto al primero se exceptúa la fiebre tifoidea, paratífus y colibacilosis, de comienzo relativamente lento; con respecto al segundo, debemos poner bien en claro el síntoma que abrió la escena, procurando iluminar la memoria del enfermo en caso de duda; por ejemplo, cuando sospechemos una nefritis crónica hemos de averiguar si el enfermo tuvo epistaxis, cefalea y edema palpebral; hay casos en los que el paciente recuerda perfectamente el debut de su mal, v. g., hay tabéticos, que manifiestan que sus primeros síntomas fueron diplopia y dolores fulgurantes; addisonianos, que no olvidan que el cambio de color de su piel fué el primer síntoma; tuberculosos, que afirman que la causa de su mal fué un constipado antiguo y rebelde, contraído desde hace algún tiempo; paralíticos generales, que achacan su enfermedad a un ataque epileptiforme; dispepticos, que comenzaron por una hematemesis, melena...

Téngase en cuenta, que entre las enfermedades de comienzo lento hay algunas que por circunstancias especiales lo hacen de un modo brusco, tales como la tuberculosis miliar, aneurisma de la aorta, ulcus duodenal, etc., etc.

*Elevación.*—Precisa conocer si es *continua* (procesos infectivos corrientes) o intermitente y si esta intermitencia es periódica (paludismo) o irregular (tuberculosis, cáncer ulcerado del útero, infección de la vesícula biliar, sífilis hepática, enfermedad de BRIGHT, ciertas afecciones cardíacas) y si esta irregularidad es por crisis, en cuyo caso hemos de pensar en el asma, taquicardia paroxística, angina de pecho, etc.

No es menos importante percatarse bien de la *Agrupación progresiva de la enfermedad y de la sucesión de síntomas*. Por el conocimiento de la primera, nos damos cuenta de que estamos frente a una dolencia grave, que puede ser curable combatiendo la causa hasta entonces ignorada—anemia crónica por metritis hemorrágica—o que a más de ser grave, se considera por su naturaleza, su modo de obrar, escasos recursos terapéuticos, etc., etc., tisis, cáncer.

En cuanto a la *sucesión de síntomas*, con su estudio nos orientaremos para la formación del diagnóstico como sucede, por ejemplo, en el caso de edema de las *extremidades inferiores*; puede ser el edema de origen cardíaco, renal, hepático, flogístico y nervioso. Si el edema ha sido precedido por opresión, disnea de esfuerzo, y desaparecen con el reposo, es de origen cardíaco; si a pesar del reposo en cama no desaparece en totalidad y va acompañado de edema palpebral y los síntomas subjetivos antes mencionados son poco intensos, estaremos ante un brightico; si el enfermo acusa trastornos gastro-intestinales, ligero tinte amarillento en las escleróticas y abultamiento más o menos pronunciado del abdomen, tendremos derecho a pensar en un edema de origen hepático; si éste va acompañado de dolorimiento de las piernas y cierta turgencia de la piel, pensaremos en una feblitis (origen flogístico); y, por último, si el enfermo examinado tiene antecedentes neuropáti-



cos con ausencia de síntomas somáticos, no hay duda que el edema observado será de origen nervioso. (1)

Otro ejemplo clínico demostrativo del valor que posee el conocimiento de la sucesión de síntomas ante un enfermo afecto de *ascitis* es preciso en buena ley para formular el plan terapéutico, establecer el consiguiente diagnóstico etiológico, y para ello nos valdremos de los datos suministrados por aquella; si la *ascitis* va acompañada de edema de las extremidades inferiores y ha sido posterior a éste, se tratará de una *ascitis renal* o *cardíaca*; si el edema ha sido posterior, se tratará de una *ascitis hepática* (cirrosis, neoplasia) o consecutiva a una *pileflebitis* adhesiva o a un cáncer del peritoneo; en todos estos casos, el edema es tributario de la compresión de la vena cava inferior.

Otro capítulo importante en el Interrogatorio es el de las

*Recidivas*, ya que existen enfermedades cuya aparición está a menudo influenciada por determinadas funciones orgánicas, por ejemplo, la enteritis, erisipela, ciertas dermatosis (eczema de la cara) que recidivan con la aparición del flujo catamenial. El conocimiento de este hecho me hizo obtener un éxito en el tratamiento de una antigua y rebelde enteritis, considerada por algunos colegas de naturaleza tuberculosa.

Conviene, por último, inquirir datos acerca de la existencia incidental de ciertos síntomas en el curso del proceso que se estudia y que brillan por su ausencia durante nuestra primera visita, por ejemplo, la melena, el azúcar, la albúmina; no se olvide tampoco averiguar la clase de fármacos prescritos durante la enfermedad actual con anterioridad a nuestra primera visita, para explicarnos el mecanismo de ciertos trastornos observados durante nuestro examen en las mucosas—irritación gastrointestinal, vesicular, renal, por ingestión de yodo, arsénico, hierro, sales de quinina, de potasa, etc.—o en ciertos aparatos (cardiopatías, artropatías, gastropatías, etc.), consecutivas alteraciones neuro-musculares que, de no saberlas interpretar, ofuscan todo juicio clínico, como sucede con la taquicardia aparecida en plena evolución normal de un proceso infeccioso agudo (reumatismo poliarticular agudo) por la administración intempestiva de estimulantes cardíacos.

Hecho el estudio detenido y quizá un poco pesado del Interrogatorio en Clínica y demostrado con elocuentes ejemplos su importancia trascendental para la formación del diagnóstico, permítaseme exponer mi modesta opinión formada con las enseñanzas de algunos lustros de práctica médica, acerca de las normas de conducta a seguir para allanar el camino del interrogatorio y obtener del mismo, el máximo de rendimiento clínico-terapéutico; estas normas aunque algún tanto distintas según se trate de enfermos agudos (coma) o crónicos, hanse de amoldar al siguiente cuestionario-resumen que es preciso tenga el médico grabado en su mente.

(1) HUCHARD fué uno de los clínicos que primero llamó la atención acerca de los edemas de origen neurótico.

1.º *Fotografía del enfermo*.—Decúbito adoptado, movimientos respiratorios, aspecto de la cara, expresión de sus ojos, movimientos de la lengua, caracteres de su voz, mentalidad y tiempo de permanencia en la cama. Las preguntas en busca del grado de mentalidad deben hacerse con dulzura para captarnos la simpatía y confianza del enfermo y con ello, asegurar el buen resultado terapéutico, previa formación del diagnóstico.

2.º *Cédula médica-personal*.—Edad, lugar del nacimiento, condiciones sanitarias del mismo, género de vida, profesión, estado, número de hijos naturales (sic) o legítimos, y temperamento y constitución del otro cónyuge.

3.º *Antecedentes hereditarios paternos, maternos y colaterales* concernientes a la herencia nerviosa, tuberculosa, neoplásica y familiar.

4.º *Antecedentes personales*, haciéndonos cargo de los datos físico-patológicos de cada edad de la vida del enfermo o sea 1.ª y 2.ª infancia, adolescencia, juventud, adulta y vejez; a recogida de aquellos, ha de ser ordenada, para lo cual, lo más práctico, es comenzar por lo concerniente al sistema nervioso, seguir con lo referente a los aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio, génito-urinario y concluir con lo relativo al sistema óseo, linfático, articulaciones y aparatos de la audición y de la visión. Cuando se trata de una enferma, conviene hacer incapié en lo referente a la función menstrual, siguiendo la pauta expuesta en capítulos anteriores, así como también la que atañe a los abortos y partos prematuros.

Aconsejo asimismo detenerse en lo que hace referencia a las intoxicaciones *profesionales, jactanciosas, por hábito* y las *incidentales*, por el caudal aportado de enseñanzas prácticas.

5.º *Información de su estado general*, fuerzas, nutrición y temperatura, de los cambios en el mismo operados y tiempo en ellos invertido, para formarnos el concepto de agudeza o cronicidad así como el grado de gravedad de su mal.

6.º Indagación del síntoma o síntomas aquejados por el enfermo y tiempo transcurrido desde su aparición; si es único, ver si es patognomónico (tos metélica) o propio de varios procesos (cefalea, prurito, gastralgia, etc.); en caso de ser múltiples, cotejar su valor real para considerarlos en el grupo de los *esenciales* o *secundarios*. El conocimiento de esta etapa interrogatoria nos hará sospechar, en parte, la entidad nosológica que buscamos, completando aquella, los conocimientos dimanados de los conmemorativos cuyo estudio constituye la séptima y última parte del interrogatorio.

Por los conmemorativos nos enteraremos como ha tenido lugar el *debut*; del síntoma o síndrome constitutivo de la sospechada entidad nosológica; evolución de la misma; síntomas incidentales presentados y tratamientos seguidos.

Por el resultado obtenido con esta norma de conducta nos daremos perfecta y científica cuenta de la relación anatomo-fisio-patológica existente entre el síntoma o síndrome ofrecido por el paciente y el órgano, aparato o sistema afectados, concediendo a cada

uno el valor merecido a pesar del disenter del enfermo.

Conocida la relación referida, estaremos en las debidas condiciones de orientar nuestra conducta hacia una determinada exploración clínica o investigación físico-química-histo-bacteriológica o ambas a la vez, para así completar el objetivo médico—el diagnóstico.

Excuso decir, que cuando por circunstancias especiales (niños, ancianos, dementes, comatosos, etc.), no pueda hacerse un interrogatorio directo, nos valdremos de la familia o personas conocidas del enfermo. En casos de gravedad, procuraremos ser breves, enterándonos de lo más importante para completarlo después con el auxilio de los parientes.

Cuando se trata de enfermos crónicos se obtienen muy buenos resultados con los procedimientos de los Drs. MIRA y PITTALUGA detalladamente expuestos en ARS MEDICA.

## VIDA MÉDICA MADRILEÑA

por  
FÉLIX HERCE  
de Madrid

Ha sido en el mes que termina el acto culminante, la solemne sesión en que se ha rendido homenaje a Gregorio MARAÑÓN, por sus éxitos en Cuba y como premio a su labor diaria, docente y de investigador, y, por qué no decirlo, homenaje de simpatía para muchos, a su inquietud ante problemas sociales de vital interés. *Los Progresos de la Clínica* pueden estar orgullosos de su organización.

El Colegio de Médicos acordó en su primera Junta de Gobierno, la creación de un tribunal de agravios.

Fallecieron en Madrid, un periodista médico, Pedro SAINZ LÓPEZ, dedicado a los asuntos de los médicos titulares, y un académico, el doctor FERNÁNDEZ CARO, presidente de la Sociedad de higiene y conocido por sus propagandas en pro de la vivienda sana, por sus trabajos sobre alcoholismo y otros problemas de interés social.

La *Gaceta Médica Española* inauguró su ciclo de conferencias; en el Instituto MADINAVEITIA dió un cursillo el profesor LABBÉ, de París, y la Academia Médico quirúrgica Española celebró su sesión extraordinaria dedicada a la vacuna FERRAN; de todo esto damos detallada cuenta a continuación.

### CONFERENCIAS

#### Primer Curso Eugenésico Español

El día 2 de febrero se celebró la solemne sesión inaugural de este curso en el anfiteatro grande de la Facultad de Medicina.

El Dr. NOGUERA expuso el programa del curso, su finalidad, su interés polimorfo y la esperanza de que de sus enseñanzas se puedan sacar futuras orientaciones para las leyes de gobierno.

El profesor RECASENS pronunció su discurso inaugural sobre «*Eugenésia y procreación*».

Comenzó hablando del origen histórico de la palabra eugenésia, empleada con el significado actual en los poemas homéricos.

Describe las teorías eugenésicas de los espartanos mandando a los niños débiles: esto es exagerado; no hay que pensar sólo en el valor físico; la eugenésia debe tender a producir seres fuertes, física e intelectualmente.

GALTON fué el primero en 1880 que orientó esta ciencia, que se puede definir como un conjunto de reglas para la aplicación de las leyes biológicas al perfeccionamiento de la especie humana, físico y psíquico.

Expone con prácticos ejemplos lo que representa la selección artificial en las especies animales y vegetales, evitando los procesos degenerativos y produciendo, en muchas ocasiones, especies muy superiores a las originarias, deduciendo el orador que iguales procedimientos aplicados a la especie humana pueden crear razas vigorosas, no sólo físicamente, sino también desde el punto de vista intelectual.

Trata de la selección natural, realizada sabiamente por la Naturaleza, aniquilando con prematura muerte a los seres que vienen al Mundo en condiciones de debilidad física, en tanto que la selección natural busca por medio de cruces con razas superiores el mejoramiento de la especie; cita como ejemplo el resultado obtenido en la raza humana, hecho observado en América, en que en los países en que los cruces se han realizado entre individuos de la raza blanca han dado frutos superiores a los originarios; pero cuando los cruces se realizaron con indios o con negras, lejos de mejorar la raza, la han llevado a un grado de disminución de energía física e intelectual.

Expone brillantemente las leyes de la herencia, enumerando las enfermedades hereditarias, que se presentan y que pueden ser perfectamente evitadas con una selección artificial, impidiéndose de este modo que la masa hereditaria que trae cada individuo al nacer pueda perpetuarse; a esto es a lo que tiende la eugenésia.

Se ocupa de la necesidad del reconocimiento prematrimonial, no con carácter prohibitivo del enlace, pero sí informativo obligatorio, para que, por lo menos, sepan los seres a qué va a dar lugar su unión.

Divide la procreación en tres modalidades, referentes a número y calidad: la limitada, la restringida y la eugenésica.

Desde el punto de vista médico, la fecundación es ilimitada mientras dura la vida sexual en la mujer, y contra la creencia del vulgo, tan fuerte es el hijo nacido a los veinte años como el que nace a los cuarenta.

Desde el punto de vista social, sí existe problema.

Hace un detenido estudio de las teorías de MALTHUS, moral y socialmente prostituídas por las exageraciones del ne-malthusianismo.

La limitación de hijos se puede considerar desde tres puntos de vista: médico, moral y social. El médico debe impedir que sea repetidas veces madre la mujer que padece enfermedades cardíacas, renales, respiratorias, neurosis graves, sífilis terciaria, que además de peligrar su vida, lanza al mundo seres enfermos o depauperados.

El problema social es más complejo: los sueldos son cortos, el coste de la vida, elevado; la protección del Estado, ridícula; empieza al octavo hijo, y se limita a unas pocas pesetas y que no paguen matrículas; la solución es muy distinta.

Se muestra contrario a la esterilización femenina por capricho.

Hace consideraciones sobre la esterilización obligatoria, que se impone en algunos Estados de Norteamérica para evitar que los epilépticos, los criminales y los altamente degenerados puedan engendrar hijos que trágicamente heredarían las taras morbosas de los padres.

Terminó el profesor RECASENS diciendo que no es en la limitación o ilimitación de la procreación donde existen los problemas de eugenésia; lo interesante es la unión eugenésica, en que nazcan únicamente los que por su vigor físico son capaces de luchar en la vida y en su inteligencia, o pueda germinar la llamada del genio o, por lo menos, ser seres verdaderamente útiles.