

## EL PALUDISMO EN MEXICO.

ASI siempre ejercen poderosa influencia en nuestras creencias, las de las personas con quienes tratamos, sobre todo cuando son más ilustradas que nosotros; siendo casi constante, por esto, que un individuo participe de las propias opiniones que sus maestros. Frecuente es ver abandonar las primitivas ideas, trocándolas por otras que primeramente se consideraban como falsas ó perjudiciales, á consecuencia del cambio de condiciones en la vida de una persona y de la diversa manera de pensar y obrar de los que la rodean; mas para que un individuo modifique radicalmente la opinión que primero se había formado acerca de un asunto, á pesar de continuar en las mismas condiciones de vida que al principio, es indispensable que á ello lo obliguen varios hechos probantes ó considerados por él como tales; pero es notorio que siempre es mucho más difícil aceptar una idea después de haber adoptado la opuesta, que en el caso en que no se hubiera tenido anteriormente ésta.

Es imposible establecer perfecta concordancia entre nuestras ideas y los hechos, mientras no nos acostumbremos á mirarlos tales como son, á apreciarlos en su verdadero estado. Entre los muchos errores que nos impiden hacerlo y que frecuentemente cometemos, ninguno es más frecuente ni de más perniciosa influencia que el que toma origen en preconcebida idea, y si la tiene el que se propone estudiar el paludismo y consiste en suponer que es frecuentísima la enfermedad en la localidad en donde va á practicar sus estudios, está más expuesto á ver esta dolencia en donde no existe, que á dejarla de ver cuando se le presenta.

Cuando comencé á ejercer la medicina ¿qué ideas podía tener respecto á la frecuencia del paludismo en esta ciudad y en qué sentido me deben haber conducido los sofismas de presunción ó *à priori*, en el caso de que hayan intervenido en mis acciones y creencias?

Al terminar mis estudios en la Escuela de Medicina, creía, como la mayor parte y quizá todos mis compañeros, que el paludismo era enfermedad muy frecuentemente observada en la capital de nuestra República. Lo creíamos porque lo habíamos aprendido en la cátedra, de maestros tan respetables como Lucio, que nos decía que esa dolencia era muy co-

mún entre nosotros y que á cada paso la encontraríamos complicando á las demás; lo creíamos también porque en la práctica de la mayor parte de los médicos, muchos de ellos ilustrados, veíamos diagnosticar el paludismo frecuentemente y encontrar sus síntomas, y finalmente, lo creíamos porque la Academia N. de Medicina patrocinaba algo, cuando menos, estas ideas, supuesto que se propuso premiar con quinientos pesos á la persona que resolviera por qué habían aumentado y se habían hecho más intensas las afecciones paludeanas en México y cómo se podrían impedir los progresos del paludismo en la misma ciudad (*Gaceta Méd. de Méx.*, t. 17, pág. 347), sin que en el seno de esa honorable Corporación hubiera entonces (ó si lo hubo no constó el hecho en sus actas) ninguna persona que manifestara dudas acerca de esa frecuencia de la enfermedad.

Extraño y verdaderamente excepcional habría sido, que al comenzar á aventurarme por el intrincado y espinoso sendero de la práctica médica, envuelto por esta atmósfera de opiniones, valiosas para mí, casi uniformes y que debían servirme de guía en mis primeros, vacilantes pasos, dudara yo de la frecuencia de la malaria entre nosotros. No fué así, y por el contrario, cada vez que en una enfermedad febril oscilaba más de un grado la temperatura en el día, es decir, que la calentura tenía el tipo subcontinuo, temía yo el oculto paludismo; cuando un dolor se presentaba ó exacerbaba en determinado y constante momento del día, pensaba en una forma larvada, y consideraba muy fácil llegarme á ver, cuando menos me lo esperara, en presencia de una forma perniciosa. Recuerdo haber asistido, en los comienzos de mi práctica, al Sr. V. T., estudiante de segundo año de medicina, y temiendo que la neumonía de que estaba atacado fuera de origen palustre, á causa de las oscilaciones algo acentuadas de la temperatura y del estado del bazo, solicité el auxilio de otra persona. La familia del paciente eligió al Sr. Dr. B., y éste ratificó mi sospecha y me afirmó que las pulmonías pantanosas (sic) no eran excepcionales en México.

Había aceptado completamente la idea de que ejercía en un terreno eminentemente paludoso, cuando oí dudar de ello al Sr. Dr. Demetrio Mejía, que decía que el aspecto de los palúdicos de la Costa era muy diferente del de los de nuestra capital, y supe también que algún otro médico negaba la supuesta frecuencia, en esta ciudad, de la enfermedad de que me vengo ocupando. Después he conocido otras opiniones y he quedado persuadido de que entre los médicos existen todas las posibles acerca de este asunto, predominando mucho la de la gran frecuencia de la enfermedad.

Considero que es de gran importancia para el clínico poseer suficien-

tes recursos para saber conocer prontamente si es ó no palúdica una afección. He quedado convencido que es un diagnóstico que no siempre se hace con facilidad; he presenciado notables errores de pronóstico, consecutivos á la falta de exacto conocimiento de la enfermedad; he oído extraordinarios é injustificados elogios; prodigados á medicamentos que no obran contra el paludismo; he creído encontrar en la inadecuada y poco meditada aplicación de la quinina, la principal causa de su descrédito entre el público; me he persuadido de que no se ha dicho la última palabra en la manera de usar este medicamento, y finalmente, estoy presenciando que cada médico conserva su opinión, sin poderla basar en hechos probantes, y que hoy, como hace diez años, la mayor parte dicen que el paludismo es enfermedad muy común en México y la minoría no lo cree así.

¿Qué he observado en mi práctica á propósito de esto? ¿Cuáles son mis opiniones acerca de los distintos capítulos de la historia del paludismo? Voy á decirlo, en resumen, y á presentar las pruebas de mis creencias, para que, si se consideran fundadas, puedan contribuir á desvanecer algunas dudas.

Han transcurrido cerca de siete años desde que comencé á ejercer la medicina y no se han realizado mis temores de presenciar una forma perniciosa. He observado dos enfermos momentos después de que se les había diagnosticado ese padecimiento y he recogido bastantes detalles de un tercero, á quien principié á asistir después de algún tiempo de que uno de nuestros primeros médicos, que falleció ya, lo había tratado de un acceso, que calificó de perniciosa. He aquí algunos detalles de estos tres casos: El Sr. Lic. Enrique M. de los Ríos había sufrido durante algunos días ligeros desarreglos digestivos, de los que iba mejorando, cuando se vió en el compromiso de cenar algunos platillos indigestos. En la mañana siguiente tenía calentura alta, gran malestar y vómitos. Como no llegara yo con la prontitud que él deseaba, solicitó los auxilios de otro médico; quien opinó que se trataba probablemente de una "forma grave de intermitentes," inyectó inmediatamente una sal de quinina bajo la piel del dorso y dejó prescrita otra dosis, para tomar por la boca. Pocos momentos después llegué yo, me impuse de los antecedentes, estudié al paciente, calmé un poco á la alarmada familia, sustituí las cápsulas de quinina con un purgante, y el enfermo curó.

Una tarde fui solicitado con urgencia para acompañar á otro médico que estaba asistiendo á un señor atacado de perniciosa. Fui á una habitación del edificio del ex-Seminario, y ví que el paciente era un señor de

algo más de 80 años, bastante robusto para su edad, que algunos meses antes había sido operado porque tenía un padecimiento prostático, y que no obstante que el mismo enfermo se lavaba todos los días la vejiga con solución bórica, la orina salía amoniacal y con moco-pus. El Sr. Dr. J., titulado en el extranjero, lo asistía en esos momentos ó ignoraba los hechos que acabo de mencionar y que recogí yo, en su presencia, haciendo el interrogatorio de las personas de la familia del paciente, mientras el sacerdote, que era el Dr. Muñoz, se separaba del enfermo. El Dr. J. me refirió que hacía como una semana que estaba asistiendo al Sr. R., que padecía de calenturas intermitentes; que habiendo cedido las calenturas había disminuído la dosis de quinina, hacía dos ó tres días, y que cerca de la una de la tarde, ó sea dos horas antes de que yo llegara, se había presentado el acceso de perniciosa, consistente en calofrío intensísimo, seguido de calentura de más de  $41^{\circ}$  y de marcada modorra; habiéndose apelado, para dominar la enfermedad, á poner una inyección subcutánea de quinina, con la mira de repetirla al poco tiempo. El Dr. J. se convenció con facilidad de que se trataba de una *fiebre urinosa*, y se propuso atender el padecimiento que la originaba y que algunas semanas después acabó con la vida del paciente.

El tercer caso es el del Sr. Profesor S., uno de nuestros más antiguos farmacéuticos y padre de un entendido médico que ejerce en Pachuca. El Sr. S., que era y es prostático, tenía manifestaciones muy marcadas de padecimiento vesical, cuando fué atacado de un ataque de perniciosa, ó calificado así por el médico que entonces lo asistía. Yo después he recogido detalles de aquella enfermedad, y como no considerara muy probable el diagnóstico que se hizo, manifesté mis dudas al Dr. S., quien tampoco cree, por lo que él mismo observó entonces y lo que ha pensado después, que su padre haya tenido alguna vez perniciosa.

Empero, si no he presenciado ni una vez alguna escena del paludismo sobreagudo y gravísimo, del llamado comunmente fiebre perniciosa, he podido estudiar algunos enfermos de paludismo vulgar, agudo y crónico, y los he observado casi exclusivamente en los últimos diez y ocho meses.

Con el objeto de estudiar los efectos terapéuticos del pambotano y de la contrayerba, para cumplir con los Programas del Instituto Médico Nacional, rogué á los señores practicantes del Hospital San Andrés, á principios del año pasado, que colocaran en el servicio de la Clínica del tercer año, á todos los individuos que ingresaran por padecer paludismo, indudable ó probablemente. Con desagradable sorpresa veía yo transcu-

rrir los meses sin que pudiera, no digo terminar, pero ni comenzar el estudio de las citadas plantas, debido á que no se presentaban individuos afectados de paludismo. Repentinamente las circunstancias cambiaron totalmente y los palúdicos ingresaban constantemente al servicio, sin escasear tampoco en los demás. Pero estos individuos no habían enfermado en esta ciudad y la capital de la República, considerada por muchos médicos como sitio paludígeno en alto grado, no había podido proporcionarme en algunos meses, á pesar de sus miles de habitantes, lo que en algunos días me procuraban lejanos lugares, á los que habían ido á trabajar unos hombres, muy inferiores en cantidad, al conjunto de la clase pobre de esta ciudad, que es la que concurre al hospital. ¿Por qué ni en mi clientela civil, ni en el Hospital, ni en el Instituto encontraba casos de paludismo originario de México? ¿Por qué entre 87 observaciones registradas en mi libro (sin incluir las recidivas) sólo encuentro dos de paludismo de México (104 y 130) cuando entre ellas figuran las de enfermos que lo contrajeron, no digo trabajando en el ferrocarril de Oaxaca, sino en Tulancingo, Guadalajara, Tampico, Matamoros, etc.? ¿Es posible que tal escasez sea debida á excepcionales condiciones ó que dependa de que haya yo cometido un sinnúmero de sofismas de observación, al recoger mis datos? De paso diré, que temeroso de modificar los hechos, cegado por preconcebida idea, supliqué á un compañero inteligente me auxiliara en esto, y que he tenido la buena fortuna de lograr que el Sr. Dr. Manuel Pérez Redondo tomara nota de todos, habiendo hecho siempre mis estudios clínicos y microscópicos en compañía de otras personas; de manera que en el caso de que haya yo estado preocupado por alguna idea, no he podido por ella falsear mis observaciones y si en este resumen de mis opiniones existen errores, ninguno es debido á inexactitud en los hechos.

No forma parte de mi propósito acopiar la mayor cantidad posible de opiniones referentes al paludismo, ni enunciar siquiera las que actualmente ven la luz pública en obras y periódicos médicos; mi trabajo es esencialmente práctico y únicamente me ocuparé en él de lo que debe preocupar al clínico que trata de reconocer y curar un caso de paludismo.

Los datos anamnésticos son de inmenso valor para el diagnóstico de dicha enfermedad. Es bien sabido que no es un padecimiento igualmente frecuente en todos los lugares de la tierra y el conocimiento de los sitios paludígenos es útil al médico. Por eso he deseado contribuir á la formación de la geografía médica de la malaria en nuestro país y con tal objeto reuno al fin de este ligero estudio los datos que he podido haber, referen-

tes á este asunto, especificando los nombres de las personas que los han proporcionado. Deseaba acopiar más cantidad de ellos, pero no lo he logrado y prefiero presentar un cuadro incompleto que uno inexacto: considero muy inmoral la conducta de los que, á sabiendas, sacrifican la verdad por obtener un pasajero aplauso.

Para valorar con exactitud el dato referente al sitio en donde se supone que el paciente tomó el germen de su enfermedad, es preciso no olvidar que nada raro es, y sí muy frecuente, que el paludismo se manifieste varios días después de que el enfermo abandonó el lugar palúdico. En mis observaciones se encuentra este fenómeno con mucha frecuencia, sin que sea posible saber si el tiempo que en estos enfermos ha durado la incubación, habría sido igual en el caso en que hubieran permanecido en el foco palustre ó si el cambio de clima y las fatigas del viaje (que muchos han hecho á pie, viniendo desde puntos muy lejanos) han influido en la duración de ese período. El tiempo menor que tenía de llegado á México el enfermo, cuando se manifestó su padecimiento, ha sido, en mis observaciones, de 15 horas (núm. 61), y el mayor de un mes (núm. 59). Aun haciendo abstracción del tiempo empleado en caminar desde el foco palustre hasta esta ciudad, prueba el segundo hecho que la incubación puede durar más de veintidós días, que es el máximum más generalmente admitido. Por lo demás, los grandes intervalos que suele haber entre la terminación de un ataque de paludismo y la recidiva, en sitios no paludígenos, hacen creer que el parásito puede vivir bastante tiempo en el organismo humano, sin provocar desórdenes suficientes para llamar la atención de las personas que lo albergan; y si esto puede acontecer, tratándose de personas que acaban de estar enfermas de paludismo y, por consiguiente, en condiciones favorables para volverlo á tener, ¿qué extraño es que pase algo semejante en las que han estado sanas y que en ellas dure bastante la incubación?

El plazo transcurrido entre un ataque y su reincidencia, en los casos que he observado, ha variado entre 70 y 213 días. No he tomado en consideración, para decir esto, sino los casos en que me ha constado que hubo accesos palustres, que desaparecieron y que hubo recidiva, siéndome preciso atenerme á lo que el paciente ha referido respecto al día en que ésta comenzó. No debe comprenderse entre las recidivas, para el objeto de que en este momento se trata, la de la observación núm. 53, porque el paciente volvió á foco palustre; tampoco se puede aprovechar la núm. 92, para indagar el máximum de intervalo, porque dándole en la noche los accesos al paciente, en la vez primera, no puede saberse con seguridad cuán-

do le dejaron de dar. Por estas razones sólo he hecho el cómputo con las núms. 46, 47, 51, 66 y 71. Los enfermos núms. 47, 51 y 71 salieron del hospital sin que existiera crecimiento aparente de la área esplénica; los núms. 46 y 66 la tenían aumentada. Todos habían tomado quinina, excepto el núm. 51, que únicamente tomó contrayerba. No me he ocupado de la observación 112, porque cuando el enfermo estuvo la vez primera no se diagnosticó su paludismo.

Es conveniente no exagerar la sencillez, con que se puede llegar á conocer si una localidad es paludígena ó no. Si en esto no hubiera dificultad, habría acuerdo unánime entre los médicos que ejercen en el propio sitio, y muchas veces no es así. Indudablemente para indagar la frecuencia del paludismo en un lugar, es indispensable no confundirlo con otras enfermedades, y la práctica enseña que se confunde con alguna frecuencia. ¿Porqué? Porque nada raro es que nos olvidemos del valor y significación precisos de los síntomas, y porque cuando no podemos llegar á establecer el diagnóstico de una enfermedad, pretendemos, y algunas veces conseguimos ocultar nuestra ignorancia, acogiéndonos bajo la protección de un padecimiento de los admitidos como proteiformes, frecuentemente anómalos ó con sintomatología muchas veces incompleta (formas frustras).

Para cometer con menos frecuencia los citados errores de diagnóstico, es útil meditar un poco acerca de la sintomatología del paludismo.

Voy á decir algo respecto á ella, ocupándome únicamente de los fenómenos morbosos que son de verdadera importancia para el reconocimiento de la enfermedad, y de preferencia de los que suelen ser mal interpretados.

El síntoma más constante y más conocido, del paludismo, es la calentura, que casi siempre toma tipo intermitente. En mis observaciones se encuentra un caso de tipo continuo (observación núm. 60); pero supongo, basándome en los datos que proporcionó el interrogatorio de los enfermos núms. 87 y 129, que también ellos tuvieron calentura palustre continua.

Nadie ignora que el paludismo no siempre imprime á sus calenturas el sello intermitente, ni que existen muchísimas intermitentes que no son palustres; pero en la práctica se olvidan algunas veces estos conocimientos, y por eso se toman como casos de paludismo muchos otros en que existe elevación térmica periódica. Pocas son las enfermedades en que jamás se ha observado calentura intermitente; pero indudablemente que las supu-

rativas y las catarrales son las que más frecuentemente la presentan. Los padecimientos gastro-intestinales hacen subir frecuentemente el termómetro á más de 39° y aun de 40°, principalmente en los niños, y en esos padecimientos muchas veces son intermitentes los accesos, que probablemente resultan, en gran parte, de intoxicaciones de origen pútrido.

Se sabe, desde hace mucho tiempo, que las lesiones del aparato urinario pueden ser causa de intermitentes, bastante dóciles á la quinina. En el reuma articular puede haber elevación intermitente y periódica de la temperatura, y lo propio acontece cuando los canales biliares padecen sobre todo si hay angiocolitis; en cuyo caso nace la intermitente hepática, ese síntoma conocido de Sénac y Sæmering y que, según Regnan, presenta el curioso fenómeno de que disminuye tanto más la secreción de urea cuanto más alta es la temperatura. Los cólicos hepáticos pueden ser sustituidos por accesos de calentura, y no ha faltado quien afirme que este es el origen de las calenturas periódicas, con apirexia de una semana ó más días, que se han considerado como casos de paludismo de tipo excepcional.

Hay una variedad de endocarditis séptica, que se confunde casi siempre con el paludismo y por fortuna es muy rara, en la que depende la confusión del diagnóstico de la forma de la curva térmica y de que tardíamente se aprecian los fenómenos de lesión valvular y las embolias múltiples.

“He visto pleuresías subagudas, supuraciones, la tuberculosis miliar, la constipación y hasta la masturbación, produciendo el cuadro de una fiebre intermitente. El examen cuidadoso del enfermo y la ineficacia de la quinina, harán desaparecer el error en estos casos.” (*Traité des maladies des enfants*, par Ad. Baginsky. París 1892, tom. 1º, pág. 277).

En concepto de Eichhorst, la calentura toma el tipo intermitente, únicamente cuando hay infección por microorganismos. Esta afirmación queda en espera de pruebas.

Muy pocos son los tuberculosos que dejan de referir, cuando en sus dolencias anteriores han obtenido asistencia médica, que han padecido de intermitentes y que inútilmente les han dado fuertes dosis de quinina.

Jamás el médico está autorizado para diagnosticar paludismo, solamente porque la temperatura se eleva brusca y periódicamente, en dos ó tres días; por eso en México vemos tantas intermitentes anómalas, tantas que se convierten en tifo, tantas que no ceden á la quinina, tantas que curan con una poca de contrayerba tomada en vino Jerez.

Hasta las enfermedades que de ordinario tienen una curva térmica radicalmente distinta del paludismo común, suelen alguna vez, siquiera

por corto tiempo, tomar tipo intermitente; así por ejemplo, un enfermo llamado Felipe Chávez, que ocupó la cama núm. 2 de la sala de Clínica del tercer año, el día 7 de Diciembre de 1891, y cuya historia consta escrita en el libro en que se anotan en ese servicio las de pulmonía, y fué tomada por el Sr. Antonio A. Loaeza, tuvo dos días antes de la apirexia por resolución, las siguientes temperaturas: M.—37°3. T.—39°1. M.—37° T.—38. Estas oscilaciones, que no eran causadas por acción de ningún medicamento antitérmico, me habrían hecho quizá diagnosticar, en otra época y si no hubiera estado observando con anterioridad al enfermo, la existencia de una pulmonía palustre.

Algo hay en los caracteres del acceso palustre, que falta muy rara vez y que poco se encuentra en los otros accesos de intermitentes. Parece que el sistema nervioso padece mucho más en el primero que en los segundos: la postración en el momento del acceso, antes y después de él es mayor, y lo propio acontece con los dolores difusos, pero principalmente con la cefalalgia, raquialgia y lumbalgia. Es verdad que la apreciación de un dolor varía con la sensibilidad de cada persona y que lo probable es que no siempre padezca igualmente el sistema nervioso; mas á pesar de esto, se puede afirmar que es tan raro observar un acceso palustre exento de estas manifestaciones de padecimiento nervioso, como á uno no palustre con ellas bien marcadas.

Todos los que han practicado en nuestros hospitales, por algún tiempo, han de estar convencidos de que los enfermos que allí observamos omiten muchos detalles al referir su enfermedad y tienden á hablar únicamente de lo que más les preocupa. Además, en el servicio de la Clínica del tercer año, se interroga á los pacientes sin hacerles entrever que se espera determinada contestación á las preguntas; de manera que si es muy probable que haya habido varios palúdicos que sufrieron cefalalgia, por ejemplo, y no refirieron el síntoma al ser interrogados, es indudable que todos los que lo refirieron la tuvieron realmente, y por consiguiente es indudable que este síntoma existió en más de la mitad de los casos.

El calofrío, el calor y el sudor, tienen menos importancia para el diagnóstico, que lo que generalmente se les concede, á pesar de que tienen bastante. De estos tres síntomas, el segundo es el que menos importancia posee; mas sin embargo, el grado y marcha de él tienen algún valor, porque en el paludismo la calentura casi siempre progresa rápidamente, alcanza cifras muy altas y desciende con celeridad menor que la del ascenso; mientras que en la intermitente sintomática el ascenso es con frecuencia

menos rápido y las cifras altas de la acmé menos frecuentes; pero ni el conjunto de atributos que se encuentran en un acceso palustre es suficiente para asegurar el diagnóstico, ni hay alguno, de los que he recordado en este escrito, que sea peculiar y exclusivo de dicho acceso.

Otro carácter se ha señalado al acceso palustre y tampoco se estima siempre en su verdadero valor: me refiero al tipo inverso de la calentura. Tal tipo se ha observado en enfermedades que no son palustres, notablemente en la tuberculosis, sobre todo aguda; pero también en la piohemia y en la fiebre tifoidea. En la mayor parte de las obras de medicina se exagera el valor diagnóstico del mencionado tipo y se presenta como fenómeno casi exclusivo y casi constante en el paludismo. Ninguna de estas dos afirmaciones es cierta; pero la primera se aproxima á la verdad mucho más que la segunda.

Computando las ocasiones en que el acceso se ha presentado en las doce primeras horas del día y en la otra mitad, en las 97 observaciones que presento (94 del primer grupo, con recidivas, y 3 del segundo), se verá que 70 veces aconteció lo primero y 62 lo segundo. La diferencia que se nota entre la cantidad total y la que resulta de sumar las dos fracciones, indica la frecuencia de las formas anteposponente y posponente, que en su mayor frecuencia y sencillez hacen que en el transcurso de una enfermedad vaya paulatinamente pasando el acceso, de nocturno á vespertino y después á matutino ó al contrario, y que cuando se acentúan más los efectos de esas formas, que es más raro que acontezca, dan lugar primero al cambio de tipo de la calentura, que de cotidiana se convierte en terciana y cuartana ó viceversa, y acaba casi siempre por hacerse irregular.<sup>1</sup>

Las cifras parecen indicar que no es tan notable la predominancia en la aparición del acceso en la mañana, ni en la otra mitad del día; de donde debe inferirse, hasta donde es posible hacerlo con mis observaciones, que tan inexacto es afirmar, con la mayor parte de los autores, que el tipo inverso de la calentura es el fenómeno más valioso ó uno de los más importantes, entre los que se aprecian en el paludismo, como adherirse á la opinión de los que creen que en México los accesos palustres son siempre ó casi siempre vespertinos.

Voy á decir algo referente á la hipermegalia esplénica, que es otro de los síntomas importantísimos del paludismo; pero antes deseo hacer algu-

<sup>1</sup> En mis 90 observaciones (sin excluir las recidivas), hubo 42 cotidianas, 3 tercianas, 1 continua, 1 dudiesa (núm. 82) y 26 que cambiaron de tipo.

nas consideraciones respecto á la exploración del bazo. La parte pósterosuperior de este órgano se encuentra separada de la piel por la gruesa capa de músculos que constituyen la masa sacro-lumbar, por la pared costal, por el espacio costo-diafragmático y por el diafragma; la parte inferior se continúa con el riñón izquierdo, y todas estas relaciones dificultan tanto la exploración de la víscera, que en estado fisiológico es inaccesible á nuestros medios de indagación y que cuando crece, se puede explorar en la porción que queda fuera de las citadas relaciones; mas no en su parte posterior, superior é interna. Yo, por lo menos, lo creo así, y siempre he admirado la habilidad de esos médicos que en sus observaciones refieren las dimensiones exactas de los diversos diámetros del bazo, incluyendo en ellas la del horizontal: para medir la longitud de una línea, es indispensable conocer la situación precisa de sus extremos. Las relaciones que la parte anterior tiene con el estómago y con el colón, poseen también importancia práctica, porque la movilidad de estos órganos y el que estén vacíos, dilatados por gases, por líquidos ó por sólidos, explica los cambios que en la área esplénica suelen notarse de un momento á otro, y explican también por qué la administración de un purgante, según el consejo de Piorry, puede algunas veces desvanecer un error, haciendo ver que se tomaba como esplénico lo gastro-intestinal.

Se puede explorar el bazo patológico con la inspección, la palpación, la auscultación y la percusión. La primera sólo es provechosa en los casos en que el órgano está suficientemente voluminoso para sobresalir del borde costal. La palpación puede ser útil en casos de hipermegalia menos marcada; se practica haciendo que el paciente se acueste en decúbito lateral derecho, con los muslos doblados y el tronco algo encorvado; en esta posición es fácil sentir el bazo, cuando ya ha crecido pero no desborda aún, hundiendo la mano en el hipocondrio. La auscultación, que según Griesinger y Mosler, permite oír un soplo vascular en el momento del acceso, no ha justificado todavía el valor de los resultados que, según se dice, puede proporcionar y sólo será fructuosa cuando se practique durante el acceso. La percusión es indudablemente el mejor medio que hay para explorar el bazo; pero no procura útiles resultados, sino cuando esta víscera ha crecido ya lo suficiente, para que la matitez esplénica pueda apreciarse en la línea axilar posterior; porque aun cuando el borde anterior llega á ella algunas veces, en estado fisiológico, no se produce allí sonido mate, debido á que al percutir en el límite exacto de los órganos abdominales macizos, vibran los contiguos, que casi siempre contienen gases, y al vibrar modifican el sonido, aclarándolo.

En el paludismo es casi constante el pronto crecimiento del bazo; mas entre mis observaciones se registra un caso (núm. 112) en que no fué perceptible ese crecimiento, y otro (núm. 105) en que fué muy poco aparente. Además, el bazo crece en muchas enfermedades que no son palustres y principalmente en las infecciosas y en las que provocan congestión en el dominio de la vena porta, habiendo de notar, como verdadera curiosidad clínica, que así ha acontecido en algunos casos de supresión menstrual, durante los días en que debían existir las reglas.

El rápido crecimiento del bazo, en los casos de paludismo, y las consideraciones que he hecho á propósito de su exploración, me hacen desconfiar de la exactitud de esas observaciones en que el diagnóstico se basa en gran parte en *ligero aumento* de la área esplénica.

Presento una observación (núm. 90) verdaderamente interesante, porque los accesos intermitentes, la hipermegalia esplénica, la diarrea y la poca tos, en un individuo que llegaba de foco palustre, hacían pensar que se trataba de paludismo; pero el examen de la sangre no comprobó tal diagnóstico y la necropsia probó que se trataba de tuberculosis generalizada, más marcada en el bazo y en el mesenterio; ¿pudo algún estado patológico de la víscera esplénica, dependiente del carácter paludoso de la localidad que habitó el enfermo, favorecer el desarrollo de las granulaciones en ese órgano?

Si el acceso de intermitente, aun en los caracteres todos que frecuentemente posee en el paludismo y rara vez en la sintomática, es insuficiente para afirmar el diagnóstico, también lo es la asociación de dicho acceso y la hipermegalia esplénica; pero, en cambio, la falta de ésta tiene valor y debe inclinar mucho al clínico á desconfiar de la naturaleza palustre de aquel.

Ciertamente hay circunstancias en que es muy difícil equivocarse al diagnosticar paludismo con tipo febril intermitente, aconteciendo esto cuando el enfermo acaba de estar en un sitio paludígeno, tenga elevaciones intermitentes de temperatura, que alcancen prontamente una cifra elevada, duren muy poco en ella y desciendan rápidamente al principio y después con menos celeridad; que estas elevaciones sean acompañadas de dolores difusos en todo el cuerpo, pero mucho más marcados comunmente en la cabeza, el raquis y la región lumbar; que rápidamente crezca el bazo, y finalmente, que ni por el interrogatorio ni por el examen del enfermo, se pueda fundadamente suponer la existencia de otros padecimientos que expliquen los síntomas observados.

Me vengo refiriendo exclusivamente á la forma intermitente y franca del paludismo, porque su conocimiento exacto sirve de base al de las otras formas y porque las diferencias que con ellas presenta son de secundaria importancia. No siempre se encuentran reunidos en ella los caracteres apuntados en el párrafo anterior; mas si cuando todos existen, no proporcionan completa seguridad al diagnóstico, ¿qué acontecerá cuando faltan algunos? No he mencionado otros síntomas, que con frecuencia se hallan, porque tienen muy escaso valor para el reconocimiento de la enfermedad: tal es la tos, que se marca más durante el calofrío y es seca ó poco flemosa; tales son también la anorexia, el amargor de boca, la basca y la diarrea, que es completamente excepcional en los casos que duran poco tiempo.

La prueba de que son insuficientes para garantizar la exactitud del diagnóstico del paludismo, en muchos casos, los síntomas que por la exploración usual recoge el médico y que son los que he mencionado, se encuentra en la frecuencia con que éste vacila y apela á la acción de los antiperiódicos y á la del cambio de clima, para encontrar un dato que sirva de comprobación á su inseguro diagnóstico. La prueba de que son deficientes esos síntomas, se encuentra en la frecuencia con que fracasa la quinina, que indudablemente es un medicamento preciosísimo, que en dosis moderada (un gramo para los adultos, en cada día) domina casi siempre en dos días al verdadero paludismo.

Los clínicos deben afanarse por acopiar la mayor cantidad posible de síntomas y sobre todo los que no son comunes á muchas enfermedades.

En la composición de la sangre palustre, estudiada con el microscopio, se ha creído encontrar caracteres patognomónicos; pero no existe unánime acuerdo acerca de este asunto. Por supuesto que no me refiero á la cantidad de glóbulos ni á su riqueza en hemoglobina, porque si estos datos no son despreciables, distan mucho de poseer bastante valor para el reconocimiento de la enfermedad; quiero hablar de los parásitos del paludismo y de otro atributo, conocido desde hace tiempo, pero al que los clínicos no conceden, en mi concepto, la gran importancia que posee para el diagnóstico: me refiero á la melanemia.

Soy enemigo de sacrificar el método por hacer alarde de erudición, muchas veces aparente, y de ocultar el plan y verdadero objeto de un trabajo, por no desperdiciar oportunidad para colocar en él ideas, que aunque sean ciertas y provechosas, contribuyen á ocultar el mencionado objeto; por este motivo pasaré en silencio las opiniones emitidas en diversas épo-

cas acerca del parásito del paludismo, y no haré mención de algunas ideas que me han sugerido las discusiones actuales acerca de este importante asunto.

Para llegar á saber con precisión si en la sangre de los palúdicos existe algún elemento, parasitario ó no, causa, efecto ó fenómeno coexistente del padecimiento; pero cuya presencia sea constante y sirva por lo mismo para establecer el diagnóstico, se debe indudablemente hacer lo siguiente:

1º Reunir un sinnúmero de casos de paludismo tipo, *perfectamente reconocido*, y observar las modificaciones existentes en la sangre de esos enfermos.

2º Observar de la propia manera la sangre de individuos no palúdicos, para saber si en ella no se hallan esas alteraciones.

3º En caso de que se encuentre un parásito, se procurará inocularlo, para saber si es capaz de producir el desarrollo del paludismo tipo; pero esto no puede servir para enriquecer la sintomatología y facilitar el diagnóstico, sino para aclarar la etiología.

Podría creerse con superficial examen que existía alguna confusión en lo anterior, supuesto que para encontrar un dato que sirva para establecer el diagnóstico considero necesario reunir previamente casos perfectamente diagnosticados; mas sólo aparente es dicha confusión, pues ya se vió que en muchos casos es posible diagnosticar sin apelar al examen de la sangre, y se va á ver que en la acción de los medicamentos se encuentra otro dato valiosísimo, así como se obtienen observando la marcha de la enfermedad y su terminación: el observador no se encuentra en las propias condiciones que el clínico que va á curar; éste tiene que obrar, aun con un diagnóstico inseguro, aquel debe sacrificar el tiempo en beneficio de su observación y no inferir sino con datos seguros ó de probabilidad bien averiguada.

Hay casos de paludismo que pueden servir de modelo de la enfermedad, y en ellos no es indispensable que el médico recurra al examen de la sangre para diagnosticar y curar; en cambio son los que debe aprovechar el observador que indaga y busca nuevos atributos; pero tales casos no siempre se encuentran y ciertamente que no son de esa categoría la mayor parte de los que se presentan en esta capital.

(Continuará.)