

Como es sabido, se presentan en el atrepsico marasmático ulceraciones y erosiones en piloro, estómago y duodeno, únicas o múltiples (HELMHOLZ), constituyendo la "gastropatía ulcerosa de Parrot", a veces con perforación sin reacción peritoneal, las cuales no tenían hasta ahora explicación plausible; se argüía la tesis tromboembólica, el ayuno; se asimilaba a las úlceras marasmáticas por decúbito, de la piel, etc.

También los corticoides pueden ayudarnos a comprender su etiología; en efecto, es sabido que el "stress" da úlceras gastroduodenales, con hemorragias y perforaciones, las cuales vienen facilitadas por el ACTH (úlcera cortisónica, úlcera de Curling, de los quemados y *ulcus de ataque aéreo*).

COMENTARIO FINAL.

Por todo lo expuesto se ve la complejidad de la adaptación, que no gira solamente alrededor del eje hipófisis-suprarrenal, sino a través del metabolismo en su totalidad.

Según las infinitas posibilidades de adaptación al "stress", en cada caso habrá caracteres peculiares cuya diversidad no tiene nada de contradictoria; así, por ejemplo, sucede con algunos datos hemoquímicos, que unas veces son de un sentido y otras de otro (hipo-hiperglicemia).

Respecto a determinadas insólitas normalidades citadas en la literatura antigua (proteíemia, metabolismo basal, etc.) coexistentes con enfermedad evidente (atrepsias incluso), diremos que debe desconfiarse de ellas; son más bien "pseudonormalidades" (por ejemplo, la pseudonormoproteíemia de Glanzmann).

Contestes con los nuevos derroteros de la Medicina, puede servir lo expuesto a la tarea de comprender la enfermedad en un sentido integrador vegetativo-metabólico-endocrino. Lo verdaderamente importante es la finalidad teórica a que apunta la escala de regulaciones reactivas-contrarreactivas de la totalidad del organismo: el mantenimiento de la homeostasis a través de la adaptación.

Esta será más o menos imperfecta, pero siempre "llena de sentido".

RESUMEN.

Se considera la distrofia nutritiva del lactante como una enfermedad activa que puede incluirse entre las enfermedades de adaptación. Se analizan los argumentos a favor de esta hipótesis en sus distintas fases de reacción de alarma, reacción de adaptación y reacción de agotamiento.

SUMMARY

Nutritional dystrophy of infants is regarded as an active disease which may be included in the group of adaptation diseases. The evidence in favour of such a hypothesis is analysed in the different phases of alarm reaction, adaptation reaction and reaction of exhaustion.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Ernährungsdystrophie des Säuglings wird als aktive Erkrankung betrachtet, welche unter die Adaptationskrankheiten eingereiht werden kann. Die verschiedenen Phasen der Alarmreaktion, Anpassungsreaktion und Erschöpfungsreaktion werden als Beweisgründe zu Gunsten dieser Hypothese untersucht.

RÉSUMÉ

On considère la dystrophie nutritive du nourrisson comme une maladie active que peut s'inclure parmi les maladies d'adaptation. On analyse les arguments en faveur de cette hypothèse, dans ses différentes phases de réaction d'alarme, réaction d'adaptation et réaction d'épuisement.

AUTOHISTORIA CLINICA

J. NASIO (*).

Director de los Archivos Internacionales de Gastroenterología.

La clásica y fundamental patografía que nace como una representación gráfica de la clínica que inició Hipócrates en la cabecera del enfermo es, sin duda alguna, una de las bases fundamentales de la Medicina. La historia clínica no es una simple constancia o un registro de antecedentes, síntomas, elementos diagnósticos o terapéuticos relacionados con un enfermo. De ninguna manera la historia clínica brinda al médico la vivencia de la enfermedad en un determinado momento; es la expresión de la mayéutica socrática aplicada al hombre sufriente. Justamente con este diálogo, por el cual el médico inquiere al enfermo sobre sus síntomas, es como se realiza la anamnesis clínica, primera etapa de la patografía médica.

La historia clínica permite al médico sintonizar al enfermo, auscultarlo en su estado anímico y somático, conocer su personalidad, su temperamento, carácter y reconocer el gradiente de la sensibilidad sintomatológica del mismo. En las últimas décadas esta solicitud ha sufrido, desgraciadamente, graves e irreparables daños, por cuanto con el pretexto de una extraordinaria tecnificación, en particular radiológica y humoral, se ha comenzado a simplificar a un punto tal que a veces no queda reducida más que al nombre y apellido del enfermo. Si bien es cierto que no podemos proseguir con la historia clínica antropométrica y constitucionalista

(*) Arenales, 1.335. Buenos Aires (Argentina).

de principios de siglo, es necesario, sin embargo, respetar los fundamentales principios que rigen una historia clínica para poder sentar un juicio presuntivo o seguro sobre una enfermedad. Al igual que muchas otras ciencias tradicionales, la historia clínica, en el último cuarto de siglo, ha sufrido los perjuicios de una tecnificación incontrolada y deshumanizada.

El factor tiempo, con el vivir vertiginoso propio de nuestra civilización contemporánea, ha ido desvirtuando algunos objetivos importantes de este basamento clínico, convirtiéndose en todo un pretexto, inadmisibles cuando se trata de la salud del enfermo. En los últimos veinte años la historia clínica ha sufrido un grave daño con la quimioterapia y los antibióticos, que han oficializado su utilización imprecisa e inespecíficamente frente a todo cuadro agudo o febril, a la manera de "palo de ciego", subestimando el diagnóstico y "agilizando" la historia clínica. Si es importante para la biopatografía médica lo que sensatamente BARILARI llama Organización de la Anamnesis, no menos importante es disponer de una autoinformación brindada por el enfermo sobre su estado, aunque ésta sea rudimentaria, exagerada, tergiversada o desviada por factores hijos de la introversión.

Pretendemos liberar al enfermo de las horcas caudinas del menosprecio, justificado en la época de la charlatanería y superchería que obstaculizó durante muchos siglos el progreso de la Medicina. Creemos que en nuestro siglo, humanístico por antonomasia, debemos contemplar los derechos del enfermo; no los que nosotros queramos, sino los que él, de por sí, tiene como individuo libre y soberano. El progreso técnico y la educación social del ciudadano nos brindan un enfermo con un nivel mental superior al del siglo pasado. Esta verdad, que se está haciendo evidente, por desgracia no es entendida aún lo suficientemente y al enfermo le exigimos obligaciones no concediéndole derechos, salvo la comprensión que individualmente cada uno pueda tener en cada caso.

La fe del enfermo frente a su médico, base de la medicina individualista que hoy pretende cercenarse en algunos países, depende de dos factores: 1.º El trato humano; y 2.º La eficiencia técnica. Cuando alguno de estos dos factores defrauda esa fe, éste inmediatamente y con toda rapidez busca otro médico a quien confiar sus esperanzas; y el enfermo, como lo hemos dicho tantas veces, lo último que pierde son sus esperanzas. No es extraño que recurra en pleno siglo científico a curanderos y quirománticos. La fe del enfermo es tan pasionaria como inconstante, de ahí que el médico debe superar siempre los dos factores y garantizar la confianza del mismo con un mejor trato humano y una mayor responsabilidad. Si analizamos las relaciones entre médico-enfermo, descubrimos que incluyen una serie de convencionalismos, no siempre justos ni convenientes, por los cuales se pretende tratar al enfermo como una cosa

casuística. Es por lo tanto necesario aplicar con urgencia un más sensato espíritu humanístico en estas relaciones, en las que debemos otorgar al enfermo el derecho de hablar, de pensar y de expresar su opinión y sus sentimientos sobre su enfermedad. En este sentido la Medicina clásica francesa nos enseñó que al enfermo hay que dejarlo hablar antes de interrogarlo. Nosotros decimos que al enfermo hay que dejarlo hablar aunque lo haga mal, piense peor o interprete equivocadamente.

Si se tiene en cuenta la importancia extraordinaria de la psiquis sobre el soma, es evidente que ante una determinada enfermedad la patografía médica debe contar con un conocimiento lo suficientemente amplio y detallado acerca de cuál es la interpretación personal del enfermo sobre su estado. Esta interpretación, *prima facie*, es siempre discutible puesto que el enfermo no puede ser médico de sí mismo, pero es indiscutible en cambio que puede ser un sensible e irremplazable contador de lo que le está sucediendo; por mayor *condición interpretativa* que pueda disponer un médico sobre la evolución de un cuadro orgánico, nada puede ser mejor que la forma, manera y emocionalidad con que el mismo enfermo ha de describirlo, ya que por más ignorante que sea el que sufre una enfermedad nunca deja de elaborar su interpretación sobre la misma. El individuo enfermo redacta "in mente", inmediata y empíricamente, la autobiografía de su enfermedad. La historia clínica, al exigir la interpretación personal del médico, hace de la enfermedad un problema eminentemente individual, y como afirma LAÍN ENTRALGO: "La historia clínica debe ser descripción de la activa y constante individuación del proceso morboso." Más aún, diríamos nosotros, existe una doble individuación en las relaciones médico-enfermo: un determinado médico frente a un determinado enfermo, y no un médico frente a una enfermedad.

Por esta razón la historia clínica debería llamarse "autobiopatografía".

La medicina humanística no podrá afianzarse si se reduce a una espontánea e individualista comprensión del hombre sufriente. Tampoco ella puede estar representada por conmisericordias caritativas hacia el enfermo. No; la medicina humanística debe serlo por convicción, por principio y hasta por ciencia y conciencia de los deberes del médico. En esto justamente estriba la importancia fundamental de la autohistoria clínica, que viene a constituir un excelente auxiliar del médico al redactar la patografía médica. En manos de WEIZSÄCKER la historia clínica es más que una descripción de hechos pasados o presentes, ya que es necesario asentar síntomas y fenómenos aparentemente inarticulados e irrelacionables y que si hoy no tienen explicación ante la perspectiva científica, la irán teniendo mañana, cuando el progreso médico vaya cognoscitando lo enigmático.

La importancia de la historia clínica, y en

particular de la anamnesis, ha concitado el interés de conocidos investigadores al calor de la corriente psicosomática. Von BERGMANN, MARAÑÓN, LAÍN ENTRALGO, TANCA MARENGO y W. ALVAREZ, en el extranjero, y entre nosotros CASTEX, BONORINO, UDAONDO, BARILARI, ARÁOZ, ALFARO y ESCARDÓ, han insistido seriamente sobre la importancia de una responsable historia clínica para definir un diagnóstico e instituir un tratamiento.

Prosiguiendo nuestros esfuerzos en busca de una patografía clínica dentro de nuestra especialidad, tal como el modelo de ficha gastroenterológica (NASIO), y alentado por los esfuerzos realizados en el Hospital de Nueva York con el sistema del "Cornell Medical Index Health Questionnaire", hemos llegado a la convicción de la necesidad de instituir tanto en la clínica general como en las especialidades lo que denominamos "autohistoria clínica", que satisfaga los siguientes objetivos:

1.º Un registro detallado de aquellos elementos y síntomas relacionados con su estado de salud y en particular con el motivo de la consulta.

2.º Que la obtención de estos datos no signifique la inversión por parte del médico de mucho tiempo, ni que el ánimo del enfermo sea inhibido por el clima de apresuramiento propio de los hospitales y consultorios modernos, y todos aquellos factores bien conocidos que diariamente gravitan sobre la consulta médica (llamadas telefónicas, suspensión del interrogatorio, acortamiento apresurado del mismo, etcétera).

3.º Facilitar al médico la recolección directa y personal de una serie de datos que aunque no se relacionen íntimamente con el motivo de la consulta no dejan de ser menos importantes.

Mientras que hay un pequeño porcentaje de enfermos escrupulosos y espontáneamente detallistas con respecto a toda clase de antecedentes, la gran mayoría restante rehuye, recela y es impermeable a una requisitoria amplia imprescindible en una historia clínica. Estos objetivos, cuya necesidad no se discute, pueden ser logrados mediante el establecimiento de una serie de preguntas indeterminadas, pero importantes, que se refieran a la salud psicosomática y que convenientemente redactadas pueda el enfermo contestarlas y al mismo tiempo expresar sus opiniones por escrito sobre su enfermedad.

Las ventajas de la autohistoria clínica son:

1.º *Facilidad*.—El enfermo a solas con su cuestionario—o con la ayuda de una enfermera o secretaria si es necesario—puede contestar en pocos minutos y sin inconvenientes todas las preguntas del mismo. Puede además dar a conocer su interpretación sobre la enfermedad que padece.

2.º *Rapidez*.—La autohistoria clínica permite al médico entrar en posesión de importantes datos sin invertir en ello su tiempo.

3.º *Preparación historial del enfermo*.—Co-

locar al enfermo ante un cuestionario aparentemente de rutina es obligarlo a efectuar un ejercicio previo al interrogatorio que realizará el médico directa y personalmente de acuerdo a los cánones comunes de la historia clínica. Muchas preguntas a las cuales será sometido no le tomarán de sorpresa, ya que la contestación a la autohistoria le ha obligado a relacionar su juicio con las mismas.

4.º *Complemento de la historia clínica*.—Uno de los aspectos más importantes de este sistema es que el médico pueda redactar su historia clínica en ventajosas condiciones al tener en sus manos la autohistoria, ya que en primer lugar no le permitirá omitir ninguna requisitoria, dato importante relacionado con el motivo de la consulta, y en segundo lugar, no podrá dejar de tener en cuenta algunos datos que el enfermo ha contestado afirmativamente a pesar de no tener ninguna relación aparente con su enfermedad actual; en este sentido hay que destacar que muchas veces el médico omite ciertas preguntas por creerlas negativas o por no ponerse en el trance de una sistemática cadena de "no" por parte del enfermo. Así, nos ocurre muchas veces que el enfermo se sorprenda frente a ciertas preguntas que él estima fuera de lugar, a tal punto que a pesar de reconocer nosotros su importancia, optamos en la mitad del interrogatorio por renunciar a las mismas. En la autohistoria clínica el enfermo contesta esas requisitorias con toda tranquilidad y meditación.

La historia de la Medicina no brinda una notoria y límpida progresión gradual del conocimiento, sino por el contrario, toda ella se ha hecho a saltos en forma súbita y exabrupta, ya que en medicina los hechos son más importantes que las teorías y siempre superiores a las propias doctrinas; no se puede por lo tanto efectuar diagnósticos predirigidos, ya que siempre aparecen elementos dispares que luego en la evolución de la enfermedad demuestran su decisiva importancia. La autohistoria clínica nos previene a nosotros de caer en un dogmatismo prejuzgativo del diagnóstico clínico.

RESUMEN.

Una autohistoria clínica, en forma de un cuestionario que es llevado por escrito por el enfermo, se juzga como un complemento extraordinariamente útil de la historia clínica que luego realiza el médico. Ahorra tiempo y facilita el interrogatorio.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, W. C.—Nervosismo, disepsia e dor. O. Liv. Med. Ltda. Rio, 1949.
 BARILARI, M. J. y GRASSO, L.—La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis. Buenos Aires. "El Ateneo", 1948.
 BERGMANN, G.—Patología funcional. Barcelona. Labor, S. A., 1950.
 LAÍN ENTRALGO, P.—La historia clínica. Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1950.
 NASIO, J.—Clínica y Laboratorio, 2, 7, 1953.
 PINTO FILHO, H.—Rev. Gastroenterol., Brasil, 4, 845, 1952.
 SILVA MELLO, A.—Rev. Brasil Médica, 4, 158, 1947.
 TANCA MARENGO, J.—Rev. Gastroenterol., Guayaquil, 5, 1, 1950.

SUMMARY

A clinical auto-history in the form of a questionnaire to be filled up by the patient, is regarded as an extremely useful complement of the clinical history obtained later by the doctor. It saves time and facilitates questions.

ZUSAMMENFASSUNG

Die selbst-aufgestellte Krankengeschichte in Form eines vom Patienten ausgefüllten Fragebogens wird als äusserst nützliche Ergänzung

der klinischen Krankengeschichte betrachtet, welche später vom Arzt vorgenommen wird. Sie ist zeitsparend und erleichtert das Ausfragen der Kranken.

RESUME

Une autohistoire clinique, sous forme de questionnaire, rempli par écrit par le malade, est considérée comme un complément extraordinairement utile de l'histoire clinique que le médecin réalise après.

Elle économise du temps et facilite l'interrogatoire.

COMUNICACIONES PREVIAS

LOS VALORES HEMATOLOGICOS MEDIOS
EN CANARIAS

(Nota previa.)

T. CERVIA.

Director del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife.

Santa Cruz de Tenerife (Canarias).

En la presente nota previa nos limitamos a exponer un problema tal y como lo tenemos planteado. Trataremos en primer lugar de completar las pruebas objetivas que aseguren la certidumbre de las bases donde lo hemos asentado.

Durante cerca de treinta años de intenso ejercicio profesional en las Islas en el extenso campo de la Medicina interna, se nos han ido perfilando, entre otras cosas, unos valores hematológicos y clínicos que por su frecuencia y carácter banal bien pudieran considerarse entre nosotros como caracteres normales o subnormales, en tanto que tendrían otra significación más patológica en otras regiones geográficas.

Estas características hematológicas, especialmente frecuentes en mujeres, serían así:

A) Cifras de hematies variables entre 3,5 y 4 millones por mm³.

B) Valor globular por encima de 1, llegando hasta 1,4 como límite no patológico.

C) Leucopenia habitual por debajo de 6.000, con frecuencia de 5.000, llegando hasta 3.000 y aun menos, sin ostensibles trastornos.

D) Neutropenia responsable de la leucopenia, fluctuando las cifras relativas de granulocitos por debajo del 50 por 100 y aun del 40 por 100.

E) Hipo o aquilia con o sin trastornos abdominales de tipo fermentativo.

F) Alteraciones vasculares caracterizadas por fragilidad vascular marcada (facilidad para equimosis ("cardenales") y aparición temprana de puntos vasculares rojos en piel como diminutos angiomas).

G) Aunque todo esto puede transcurrir sin sintomatología clínica, con cierta frecuencia va acompañado de dolorimientos imprecisos y mal localizados, inestabilidad neurovegetativa acusada e incluso en ocasiones con ligera afectación de la función hepática según las pruebas correspondientes.

Una vez completados nuestros todavía parciales datos objetivos, confirmando indudablemente la realidad de estos hechos, habremos de precisar si este cuadro, que pudiéramos calificar de "síndrome", tiene carácter fisiológico o patológico, y en todo caso qué factores juegan en su génesis, y si son raciales, constitucionales o adquiridos.

No creemos en el significado racial, porque en el mosaico español el canario es hijo de la afluencia continuada a lo largo de los siglos de personas de todas las regiones hispanas (y aun de varias naciones extranjeras, naturalmente muy en minoría), fundidas con la raza aborigen, ya casi imperceptible.

Tampoco podemos atribuirlo a algo constitucional peculiar a los canarios, pues son relativamente frecuentes nuestras observaciones de mujeres peninsulares que trasplantadas a Canarias, al cabo de cierto tiempo adquieren la fisonomía hematológica de las isleñas.

En la discusión de los factores habrán de tenerse en cuenta los correspondientes a la geofísica (clima y demás circunstancias del "habitat"), al género de vida y, sobre todo, a la alimentación.