

5.ª La preparacion será lo mas laminar posible. Si se consigue en ella la transparencia, la luz, reflejada en el espejo que está por debajo, pasa á su través; de lo contrario debe procurarse la concentracion de ésta encima del objeto mediante una lente superior.

6.ª Las dimensiones que realmente tenga el objeto preparado se calculan con el *micrómetro*. Por tal se entiende el vidrio que ofrece una série de divisiones correspondientes á un milímetro, y destinado á recibir la substancia que se examina. Colocada en el porta objetos del microscópio, se ve el número de divisiones que alcanzan estos y se parte por las milésimas que constituyen la fuerza amplificante del microscópio.

7.ª Inclinado, cual conviene, el espejo ó la lente que concentran los rayos sobre las caras inferior ó superior de la substancia que se estudia, aproximado mas ó menos el cuerpo del microscópio al objeto analizado, en una palabra, presentada la imágen con toda la limpieza posible, se imprimirán algunos movimientos contrarios al cristal sobre que descansa la preparacion, ya por un tornillo, ya por otro mecanismo cualquiera ó por nuestra mano. La agitacion que domina á los elementos orgánicos ó inorgánicos en los primeros instantes del exámen, será un recurso nada despreciable con que poderse enterar de sus volúmenes, configuraciones y hasta á veces color.

8.ª El aparato funcionará con la luz artificial.

Aplicaciones del microscópio á la clínica médica.

Al igual que el Sr. Rade, en su tratado del diagnóstico, admitiremos que los ensayos de micrografia, en medicina práctica, recaen: 1.º sobre los líquidos normales; 2.º sobre los patológicos; 3.º sobre los productos sólidos; y 4.º sobre cuerpos estraños, organizados ó nó. Los siguientes cuadros sinópticos, fundados en la anterior clasificacion, podrán darnos una idea aproximada de los beneficios que reportan el instrumento de Janssen, en las enfermedades internas.

		Los glóbulos rojos podrán estar aumentados en número (polycythemia), disminuidos (oligoocythemia) ó decolorados (clorosis).		
	Sangre. . .	Los glóbulos blancos, idénticos por su forma á los de pus, á veces se presentan en cantidad mas considerable (leucemia de Virchow).		
		Materia pigmentaria. Se encuentra en abundancia en determinados casos (melanemia de Virchow), ya granulosa y libre, ya formando masas irregulares, ya encerrada en células.		
	Esperma.	Zoospermos ó espermatozoides.		
		Depósitos de materias colorantes.		
Líquidos normales.	Orina. . .	Urea.	Cristaliza en agujas blancas, sedosas, (orina concentrada) ó en cristales blancos, sedosos, romboidales, y sus extremos con una ó dos caras oblicuas.	
		Depósitos de procedencia orgánica, <i>fiebriles</i> , ó de procedencia inorgánica.	Ácido úrico.	Cristaliza en láminas romboidales, delgadas, bordes curvos y extremos redondeados.
			Urato de sosa.	Cristaliza en pequeñas agujas.
			» de amoníaco.	Estado amorfo.
			Fosfato amónico magnésico.	Cristaliza en prismas triangulares, las aristas en algunos casos, se reemplazan por facetas.
			Fosfato de cal.	Polvo amorfo.
			Cilindros epiteliales.	
			» hemáticos.	De fibrina y glóbulos rojos.
			» ceruminosos	(Enfermedad de Bright).
			» grasosos.	Estado regresivo de los anteriores.
	» fibrinosos.	Conteniendo mas ó menos cantidad de fibrina y pus.		

Entre los líquidos patológicos que con el microscópio se reconocen, tenemos la serosidad de los quistes ováricos, la de las hidropesias en general, la inflamatoria en la que se reconocen los glóbulos llamados plásticos ó de linfa plástica y por encima de todas ellas el pus con los suyos propios, esto es, los *pioides* y *purulentos*. Aquellos se consideran como la primera faz evolutiva de estos. Los glóbulos de pus caracterizados por una

forma redondeada, color gris bastante débil, granulaciones en la superficie, con un diámetro de 8 á 10 milésimas de milímetro y con núcleos cuyo número varia de 1 á 5, por lo comun 3.

Los productos sólidos que la micrografia estudia, son principalmente los tumores. No repetiremos aquí lo ya consignado en otra parte, sobre la oportunidad de hacerlo en la clinica médica.

	Constituidos por tegido embrionario.— Sarcomas—...	{ Células de forma esférica ó irregular con prolongaciones multiples, tal vez anastomosadas, ó muy delgadas con dimensiones amenudo considerables. Mas característico que las células es su simplicidad en la agrupacion.	
Tumores...	Constituidos por tegido conjuntivo.....	1er. género.— Mixoma.....	{ Red vascular muy pronunciada: entre sus mallas células pálidas, fúrriformes ó anastomosadas.
		2.º id.—Fibroma.....	{ Fibras delgadas en direcciones contrarias. Escasez de vasos.
		3.º Lipoma...	{ Tegido celular-adiposo abundante, con los reactivos de la grasa.
		4.º Carcinom..	{ Tegido alveolar: dentro de los espacios existe un jugo lactecente. Este tiene en suspension células de diferentes formas, en número vario, de 15 á 20, y todas bastante grandes, ovalares ó esféricas.
		5.º Goma sifilitica.....	{ Varios nódulos: cada uno en su periferie células embrionarias normales, y en su centro numerosos elementos celulares, muy pequeños y bastante apretados unos con otros.
		6.º Tubérculo..	{ La granulacion está compuesta de células grandes con muchos núcleos, fusiformes y embrionarias en la periferia, al paso que de elementos celulares de 4 milésimas de milímetro á 9 id., que son las células embrionarias en vias de atrofia, en el centro.
		7.º Granulaciones muermosas	{ Iguales á las granulaciones tuberculosas.
	Constituidos por tegido epitelial.....	{ Forman el epitelioma y caneroide una porcion de células muy parecidas ó idénticas á las epiteliales, entre las que se interpone una substancia amorfa mal definida.	

Pasamos en silencio los caracteres histológicos de una porcion de tumores, como el osteoma, condroma, myoma, neuroma etc., etc.: porque creemos muy difícil que el médico, colocado en el terreno de las afecciones ó enfermedades internas, deba reconocerlos.

Últimamente cuerpos estraños organizados se encuentran en la economía formando el grupo de los parásitos del cuerpo humano. El microscopio está reservado para demostrarnos, en algunos casos, la presencia del animal, solo por la espulsion de una ó varias de sus partes ó su separacion completa del organismo por la salida de la cabeza.— Entre los entozoarios mas conocidos por medio del instrumento de Janssen, tenemos el equinococo, el oxiuro vermicular, el triquino en los músculos, el tricocéfalo en el ciego, el cysticerco en el tegido celular, etc., etc.

LECCION XXVIII.

Sentido del tacto empleado como medio diagnóstico. — Química aplicada á la semeyótica.

Empléase en medicina el **tacto** desde tiempo casi diríamos inmemorial, y ha continuado empleándose en lo sucesivo, con muchísima frecuencia. Cosa estraña; el sentido de la vista y lo propio el del oído han venido á ser amplificados, en su manera de obrar, por instrumentos mas ó menos ingeniosos, mientras que el del tacto se ha empleado, y se emplea aun, solo y aislado de todo mecanismo físico, con todo y ser de grandes y frecuentes aplicaciones. Se hace uso de él bajo tres puntos de vista ó bien para apreciar la dureza y sensibilidad de una parte, ó bien para enterarse de la forma, volúmen, sitio y temperatura de un órgano, ó finalmente, para formarse concepto sobre lo mismo en partes ocultas, pero á poca distancia de las aberturas naturales. A lo primero se llama *presion*, á lo segundo *palpacion*, y á lo *tercero tacto propiamente dicho*, que se divide en vaginal y rectal. Tanto en la presion como en la palpacion se aplican de plono los cuatro últimos dedos de un miembro superior y hasta, si conviene, la palma de la mano correspondiente, con la única diferencia que en aquella aprieta bastante la espresada mano sobre la parte, al paso que en esta se limita el acto á una simple aplicacion. Para el tacto propiamente dicho se requiere cierta disposicion manual, á fin de que el índice quede lo mas aislado que sea dable de sus compañeros.

Reglas para el cumplimiento de la presion y palpacion.

1.^a En cuanto las leyes de la moral y los derechos del pudor lo consientan, estas dos operaciones se verificarán directamente sobre la piel.

2.^a La parte examinada guardará aquella posicion en la que los músculos estén lo mas relajados que se pueda.

3.^a Tanto la presion como la palpacion se practicarán con mucha suavidad para no lastimar al paciente.

4.^a La mano del que observa debe tener una temperatura que no difiera mucho de la del cuerpo del enfermo. Así se evitan impresiones molestas y hasta dolorosas, causas, á veces, de verdaderos errores de diagnóstico.

5.^a En casos difíciles la comparacion con el órgano semejante disipará las dudas.

6.^a La presion y palpacion simultáneas pueden acreditar la existencia de líquido en una cavidad, por el intermedio de un fenómeno que se llama *ondulacion ó fluctuacion*. Cuando las dos manos están diametralmente opuestas designase á distancia, y si muy aproximadas llámase lateralizada.

Omitimos todo detall sobre el tacto propiamente dicho, porque si es el rectal, entra la cuestion de pleno en los prolegómenos de clínica quirúrgica, y si el vaginal, en los de ginecología.

La química ha prestado desde la antigüedad servicios incontestables para el estudio clínico y nosológico de las enfermedades, recogiendo datos que afectan á la composicion molecular de diversas sustancias ó secreciones.

No hacemos estas exploraciones directamente en el cuerpo del enfermo, cual en casi los restantes medios diagnósticos, sino en productos segregados, saliva, bilis, orina, etc., etc., gases, aire espirado, p. ej. en tegidos estraidos despues de la muerte. Ya se comprende que haremos abstraccion de todos los casos en que tratamos de buscar algun agente extraño al organismo, que haya podido destruir ó alterar la salud, puesto que corresponde esta tarea á la toxicología.

Demostramos la acidez ó alcalinidad de la saliva por medio del papel de tornasol.

El exámen de los líquidos gastro-intestinales corresponde casi siempre á las investigaciones toxicológicas.

Para demostrar la bilis en cualquier líquido bastan algunas gotas de ácido nítrico para que tome un color verde oscuro que á las veinte y cuatro horas pasa al pardo de jacinto.

En la *uremia* puede buscarse el *subcarbonato de amoníaco* en el aire espirado por el enfermo, como resultado de la *urea destruida*. A este fin se aproxima á la boca del paciente una varilla de cristal empapada en ácido clorídrico y en contacto del aire espirado se desprenden vapores blancos de cloridrato de amoníaco.

Las principales investigaciones químicas se han dirigido á la orina. Desde muy antiguo se ha concedido diversa importancia al estudio físico de la secrecion renal; mas tarde, gracias á los diversos reactivos y ensayos, se han podido apreciar cualitativa y cuantitativamente, ya sus elementos normales, ya los anormales que diversas afecciones desarrollaron.

Es necesario conocer la densidad normal de la orina, para poder apreciar con un areometro especial, cuya escala es de 1,000 á 1,040 la cantidad mútua de agua y sales. Aquella es de 1,011 á 1,018: en la albuminuria comu baja á 1,006 ó 1,010; en la de la eclampsia, cuando la orina es escasa, asciende á 1,040 y en la glicosuria á 1,030.

La orina contiene normalmente de 15 á 40 por 1000 de urea y un adulto escreta diariamente de 25 á 40 gramos de la misma. Para dosar la cantidad de urea existen varios procederes, el de Liebig, el de Leconte, el de *congelacion* y el de Chalvet: adoptarémos este último por ser mas fácil su ejecucion, y por consiguiente, mas asequible á las necesidades de la práctica. Este consiste en evaporar dos gramos de orina en una cápsula al baño-maria, antes de que la desecacion se complete, se deja enfriar la cápsula y se echa el ácido nítrico á gotas hasta que la masa cristalina que resulta no retenga gota alguna de ácido. Se lava esta masa cristalina con ácido nítrico saturado de nitrato de urea, se deseca y pesa.

El ácido úrico y los uratos se reconocen casi siempre con el microscopio.

Cuando investigamos la albumina en la orina podemos valernos de distintos medios, á saber, el calor, el ácido nítrico, el alcohol, el tanino, el bicloruro de mercurio, etc.: los dos prime-

ros son los mas usados y característicos. En cualquiera de estos casos, es necesario examinar con el papel de tornasol la acidez ó alcalinidad de la orina: si domina la primera podemos recurrir indiferentemente al calor ó al ácido nítrico, pero si es neutra ó alcalina, podemos emplear tan solo este último ó el primero despues de la correspondiente acidificacion.

Cuando tratamos una orina cáustica ó alcalina por el calor, sin prévia acidificacion, puede dar un precipitado blanco que no es albumina y se compone en gran parte de fosfatos terreos. El ácido nítrico se emplea en la proporcion de un cuarto de la orina ensayada (Jaccoud) y pronto se enturbia el líquido ó se coagula en diversas proporciones, adquiriendo un color blanco que á veces se redisuelve en un exceso de ácido en frio y siempre por medio de la ebulicion.

El alcohol, el sublimado corrosivo y el tanino pueden inducirnos en error, coagulando las mucosidades y precipitando las sales en las orinas.

Estas contienen pequeñas cantidades de azúcar despues de la ingestion de materias feculentas (Bernard), durante el embarazo en la proporcion de 2 á 11 por 1,000, en ciertas afecciones pulmonares y cerebrales por causa traumática, y puede determinarse por punturas en el cuarto ventrículo (Bernard). Existe una afeccion, *diabetes saccharina*, en la cual se encuentra gran cantidad de glucosa de 30 á 200 por 1,00 de líquido urinario.

Existen muchos procederes para reconocer esta sustancia, y los principales son los de Moore, Böttger, Trommer, Barreswil, Fehling, Capezzuoli, Krausse y Mulder.

Cuando la glucosa se halla en pequeñas cantidades, solamente podemos descubrirla por medio de la polarizacion: en esto se fundan el *sacarimetro* de *Soleil*, el *diabetometro* de *Robiquet*, y el *polarimetro* de *Biot*.

Opinamos con Jaccoud que los procederes preferibles son los de Böttger, Trommer y Mulder, y los espondremos sucintamente.

En el de Böttger debe mezclarse la orina con igual volúmen de una solucion acuosa de carbonato sódico (una parte de sal por tres de agua) y luego se introduce en ella cierta cantidad de subnitrato de bismuto muy puro. Calentada luego esta mezcla con la lámpara de alcohol, si existe glucosa; el bismuto, antes blan-

co, pasa á gris, negruzco ó negro, cuya intensidad nos marca la cantidad de azúcar.

Solamente esta coloracion carece de valor cuando hay albúmina, porque el azufre de esta, da un sulfuro de bismuto negro ó cuando el individuo cuyas orinas se analizan ha empleado los preparados de hierros.

El *proceder de Trommer*, que impropriamente algunos concen con el de Frommherz consiste en llenar de orina una tercera parte de un tubo de ensayo; mezclarla con igual cantidad de disolucion acuosa de potasa y dejar caer en esta mezcla algunas gotas de una disolucion dilatada de sulfato de cobre. Se supone que obramos á la temperatura ordinaria y pronto aparece *un magma azul verde* tan abundante como la cantidad de cobre añadida. Si existe azúcar, este depósito se disuelve, agitando el líquido y tomado un color azulado puro. Esta es la primera prueba de la existencia del azúcar; si se calienta la mezcla se obtiene el precipitado rojizo de óxido de cobre. Esta es la segunda prueba.

El *proceder de Mulder* consiste en echar en la orina algunas gotas de una disolucion de carmin *indigo* alcalinizada con carbonato de sosa y calentarla. Si existe azúcar, aquella mezcla azul, se pone verde, roja de púrpura, roja violeta y amarilla clara. Agitada la mezcla á fin de que se ponga en contacto con el oxígeno del aire, estos colores se reproducen en sentido inverso, 1.º amarilla, luego roja violeta, roja de púrpura, verde y por último azul, que se transforma en amarilla con el reposo.

Para investigar el pigmento biliar en la orina nos valemos de la reaccion que ejerce en ella el ácido nítrico comun con cuatro equivalentes de agua. Aparece 1.º una coloracion verde, que se transforma luego en azul, violeta, roja y amarilla. El tinte verde es el característico de la colepirrina. En el proceder de Jaccoud se sustituye el ácido nítrico comun por el mono-hidratado cuya densidad es de 1,052 y se practica introduciendo una varilla de cristal con una gota de este ácido en el tubo de ensayo en que préviamente depositamos la orina: esta gota cae al fondo arrastrando una materia verde, que se reproduce con la adiccion de nuevas gotas.

Se han observado algunas variaciones en la proporcion de cloruros, especialmente el de sodio en la orina, durante algunas afecciones, la neumonia p. ej.; basta echar en ella algunas gotas

de una disolucion de nitrato de plata para que el cloruro de la misma al precipitar en blanco y cuajado nos los acuse.

Al clínico corresponde conocer aproximadamente la cantidad de estos durante el curso de las dolencias y para esto podemos valernos de un vaso cónico graduado (Jaccoud) en el cual se echa determinada cantidad de orina acidulada con algunas gotas de ácido nítrico (para prevenir la precipitacion de los fosfatos) y luego tratarla con una disolucion de nitrato de plata (50 por 100), hasta que atraviere la orina sin dar precipitado. Despues de algun rato el cloruro de plata formado nos acusa en la escala del vaso, su cantidad. Esta observacion repetida diariamente nos ilustra nuestros ensayos. Para comprobar que el precipitado consecutivo es cloruro de plata, basta ensayarlo con el amoniaco que lo disuelve por completo.

Al reconocer los caracteres de la orina en nuestras investigaciones clínicas recuérdese que es necesario atender á la *cantidad escretada diariamente, á su densidad observada por la mañana y por la tarde; á su reaccion antes y despues de la digestion; á su color, olor y consistencia; al análisis y exámen micrográfico de sus depósitos, al reconocimiento de las materias orgánicas, albúmina, bilis, glucosa, etc.*, (Racle).

LECCION XXIX.

Diagnóstico.— Sus caracteres , constitucion y clase .

No debemos insistir en este punto para que partiendo de la etimología de la palabra diagnóstico, vengamos á pasar á la noción exacta de este término. *Conocer*, podemos decir vulgaramente, es *diagnosticar*, valorar un conjunto de signos é interpretar el lenguaje mudo del enfermo asignándolo á un grupo nosológico, resolver un silogismo médico dados los conocimientos en patología interna y la apreciacion clínica : hé aquí , otras tantas esplicaciones detalladas de lo que entendemos por *diagnóstico*. Para algunos significa un nombre que relaciona al enfermo con el grupo nosológico, mas entiéndase, que este trabajo seria perdido por completo y cuando más probaria un trabajo de erudicion abstracto y de ninguna manera con el carácter de *concreto*, cual corresponde y necesitamos los que guiados por la teoría , vamos á señalar el grupo nosológico en el cual incluirse deban nuestros enfermos.

Llamar *gástrica* á la calentura que domina á un individuo, sin marcar, sus caracteres condicionales objetivos y subjetivos, que en determinados casos podemos hacer con los calificativos de simple , complicada , franca , larvada , maligna , tifódica , adinámica , atáxica , etc., etc. ; es dar un nombre sin determinar e objeto, y como para nosotros el diagnóstico debe ofrecer la mayor *claridad* posible: de aquí que sea necesario deslindar no solamente el elemento ó elementos morbosos y todos los datos de la

historia clínica en cuestión para que el juicio ó consecuencia emanados de aquellas premisas sean la síntesis mas perfecta. Los factores de la historia clínica, ya se refieran al individuo en sí, ya á los agentes etiológicos, ya al carácter de la dolencia, etcétera, etc., preciso es que se comparen y justiprecien, recuérdese en este punto lo que nuestro querido maestro Dr. Coca dice en el capítulo destinado á la *formacion de la historia clínica*, y se verá que el bello ideal del clínico y el único objetivo á que tiende la ciencia es al *diagnóstico*: ya que el pronóstico y el plan curativo no son mas que consecuencias hasta cierto punto obligadas del primero: no en vano se ha dicho *el conocimiento de la afeccion es el hallazgo del remedio*.

La *claridad* en el diagnóstico no se obtiene valiéndonos de muchas palabras, ni menos de circumloquios: defectos que debemos evitar á toda costa y que conducen á un empirismo perjudicial y al tratamiento sintomático. El extremo opuesto nos conduce inevitablemente á un diagnóstico oscuro é incompleto. Atiéndase siempre á los dos elementos sobre los cuales descansa toda historia clínica, esto es, á la dolencia y al enfermo; diagnosticar la primera equivaldria á repetir ó parafrasear un grupo ó apartado nosológico; diagnosticar el segundo representaria un análisis de circunstancias que dificilmente sujetaríamos al mas ligero rigorismo de una síntesis, y esto es imposible de todo punto, ya que la buena clínica es el conjunto analítico del enfermo y su comparacion respectiva con las nociones previas y sintéticas de las patologías.

No repetiremos los argumentos ni los aduciremos nuevos para demostrar la verdad sentado: baste un caso práctico para consignarlos. Sea una pulmonía la que ataca á un anciano ya postrado por la edad ó por afecciones anteriores, por su impresionabilidad, etc., etc., lo visitamos cuando se ha usado y abusado del plan antiflogístico, del revulsivo, etc., etc., debe á la necesidad el triste consuelo de ingresar en un establecimiento de beneficencia. Y preguntamos ahora, ¿qué extremos debe abrazar el diagnóstico? ¿Comprenderemos el grupo nosológico, bajo el nombre de *pulmonía tórpida ó falsa* ó la incluiremos entre las tórpidas cuyo origen sea tal ó cual, cuyas condiciones del enfermo sean estas ó aquellas y las espresaremos con los epítetos de *tórpida ó degenerada en tal periodo, adinámica, tal vez atáxi-*

ca, *complicada*, etc., etc.? Creemos que no hay duda en aceptar este último extremo: la primera de las condiciones de todo diagnóstico es la *claridad*, ya para el clínico que deba tratar la dolencia, ya para aquellos que deban conocerla: queda señalado si el profesor de una clínica debe poseerla en alto grado, debiendo ilustrar noveles inteligencias y sentidos no impresionados, ni avezados á la observacion.

Entre los dos elementos *enfermo* y *dolencia*, establécense en el ejercicio de la medicina algunas dudas y vacilaciones, sobre todo para los prácticos poco experimentados; existen casos, y no los repetiremos para no molestar á nuestros lectores, en que llegan á formalizarse verdaderas antítesis, recordemos los escrofulosos, cuyo tubo digestivo no tolera los tónicos, los hidrópicos, en los cuales no es posible administrar los diuréticos, etc., etc., y entonces no hay mas que decidirse por uno ú otro de aquellos y esto influye naturalmente en la manera especial de conocer ó de *diagnosticar*, clínicamente hablando, á nuestros enfermos. La experiencia, basada en el mas perfecto conocimiento de las nociones sobre patologías y demás asignaturas fundamentales de medicina pueden darnos la clave para resolver tan intrincado problema. La estadística bien cimentada y en conformidad á las opiniones de nuestro ilustrado profesor el Dr. Coca, es otra palanca poderosísima para la resolucion de aquella incógnita. Pueden darse casos en los cuales el práctico se halle autorizado para posponer un elemento á otro, y si no variar el diagnóstico, á lo menos modificarlos y dar hoy la supremacia á uno de los elementos sobre el de ayer; tal sucede, pues, durante la influencia de una epidemia ó de ciertas variaciones atmosféricas que modifiquen la mayor parte de las afecciones comunes, y por lo tanto debemos conocerlas y diagnosticarlas mejor bajo este punto de vista que bajo el suyo propio.

Dada la *claridad* en todo diagnóstico, primera de sus condiciones para nosotros; creemos que debe ser *completo* hasta lo posible, de manera que no escluya ni abrace extremos ajenos. Parecerá peripatética esta cuestion si no la examinamos con mayor acopio de datos. Procuremos en todos los casos abrazar en el terreno diagnóstico todo cuanto diga ó se refiera al enfermo y á su dolencia, espresémoslo con la mayor *claridad* posible y en consonancia con las ideas médicas mas generalmente admitidas.

sin embargo, olvidémonos de mentar uno de sus elementos, por ejemplo, el carácter de la dolencia ó su estadio, la idiosincrasia del paciente, la influencia especial á que se sujetó, etc., etc., y la noción resultante espresada por la lacónica frase de gástrica, pulmonía, adinamia, etc., envuelve dudas y vacilaciones que solamente podemos disipar completando el diagnóstico. La *claridad* y la constitucion íntegra de este último se halla en razon directa.

El clínico que, guiado por un excesivo celo científico, crea á título de redondear la cuestion, sobrecargar el diagnóstico con detalles de interés escaso ó secundario, tal vez superfluo: caerá en un empirismo ciego, en un pronóstico incierto y en un tratamiento puramente casual.

Para *formular* el diagnóstico es preciso *observar bien* cuanto exista en el enfermo y *compararlo exactamente* con las nociones teóricas prévias de las cuales debe hallarse adornado el clínico y resolver en su vista el consecuente ó tercer término de aquel silogismo.

Analicemos á la ligera la definicion que acabamos de sentar. Para nosotros *observar bien* equivale no solo á poseer todos los datos objetivos y subjetivos del enfermo, á conocer los medios que le afectan, á ser dueños de su pasado y presente, sí que tambien á dominar en lo posible y por completo todas cuantas circunstancias se relacionan con el juicio que vamos á sentar. Ya queda demostrada en estas lacónicas frases la importancia suma del interrogatorio del enfermo y mejor constitucion de su historia clínica y de ineludible observacion de cuanto á él se refiera: mas nos referimos tambien al conocimiento exacto en los casos posibles de los datos topográficos y de cuanto rodee al paciente. Aquí repetiríamos, si no temiésemos molestar las preciosas observaciones que consigna el malogrado Dr. Coca, en la constitucion de una buena historia clínica; pues sin ellas no hay posibilidad de formular un perfecto diagnóstico: necesariamente debe resultar incompleto ó por falta de datos ó por sus errores ó alteraciones y saben perfectísimamente los prácticos en los primeros años de ejercicio cuantos tropiezos y vacilaciones existen y cuan difícil encontramos el tratamiento de las afecciones mas sencillas, sin que dejemos de esponernos en muchas ocasiones al desairado y perjudicial papel de Penelopes.

Si difícil es poner en práctica la primera parte de lo que según nuestra humilde opinión, conviene para formular un buen diagnóstico lo es muchísimo la segunda ó sea la *comparacion exacta de estos datos con las nociones teóricas previamente adquiridas.*

Decimos más difícil porque esta tarea no la enseñan los libros, ni el mejor profesor de clínica; es un lento trabajo de zapa que debemos practicar guiados por aquellos y educados por este último y aleccionados por la experimentación personal á fuer de rectificar inexactitudes.

Sentó una gran verdad, nuestro inolvidable maestro Dr. Picas, cuando decía que en clase se *enseñaba á estudiar.*

Fundados en el convencimiento de esta gran verdad nuestros antepasados exigían una saludable y rigurosa asistencia á las clínicas oficiales y particulares á los noveles Profesores y sigue consignándola el ilustre Graves. La experiencia ajena que nos apropiamos y utilizamos al asistir diariamente á los enfermos de las clínicas de nuestros maestros, es la piedra de toque con que aquilatamos á cada paso nuestros errores y sofismas, rectificamos nuestros juicios apasionados y curamos de nuestras ilusiones. ¡Cuán distantes se hallan las bellísimas explicaciones de los AA. de las mudas pero no menos elocuentes páginas de una enfermería! ¡Felices los que leyeron aquellos y guiados por un buen Mentor sepan interpretar estas últimas! Difícil por no decir imposible esta tarea si deseosos de salvar esta meta por nosotros mismos, desdeñamos los desinteresados servicios de concienzudos observadores: nuestros pasos en la práctica serán perdidos, ilusorios y casi siempre perjudiciales á los enfermos: desecharemos el ejercicio de nuestra carrera por insulso y repugnante, porque no vendrá á satisfacer las más íntimas necesidades morales é intelectuales (Debreyne) y nos veremos reducidos al tristísimo papel de vanidosos plagiarios.

Queda, pues, consignado que para saber conocer en los enfermos, lo que leímos en los libros, es muy difícil, por no decir imposible que podamos efectuarlo sin el ilustrado concurso de otro observador experimentado, que gradualmente nos vaya educando los sentidos é inteligencia: de ahí la utilidad de la clínica de Patología general con antelación á los particulares de medicina, cirugía y obstetricia y la de estas á las de las especialidades.

El diagnóstico puede referirse á uno ó mas síntomas y se llama *sintomático*, elevarse al conocimiento de la causa morbosa y se denomina *patogenico* y por último dar una idea de la afeccion por completo, y este es el que debemos proferir y lo conocemos con el nombre de *nosológico*. No siempre es posible realizar con nuestros raciocinios el hallazgo de este último ó por circunstancias relativas al enfermo ó por las que nos correspondan: sirva un vómito, p. ej., de demostracion práctica de estos tres diagnósticos cuando tenemos esta sencilla nocion hemos formulado el *sintomático*, cuando hayamos conocido su origen, tal vez el desarrollo de gases, ya tenemos el *patogénico* y despues de saber que dependiente de tal ó cual afeccion gastrica ó general: entonces sentamos el *nosológico*. Puede el diagnóstico referirse al desórden orgánico ó funcional y entonces se denomina *fisiológico* y abrazar su carácter morboso y es el *médico*: no hay que insistir mucho para demostrar que el 1.^o es manco para las consecuencias pronósticas y terapéuticas.

Formulado el diagnóstico con la mayor perfeccion posible, no hay necesidad de esforzarnos mucho para demostrar que gozará de diversas condiciones y si cabe, al parecer opuestas, por serlo tambien las circunstancias ó premisas que lo originen. Dado un exámen completo de los datos objetivos y subjetivos del enfermo y dada la posibilidad de su referencia á un grupo nosológico conocido: resultará la certeza del diagnóstico, *desideratum del arte*.

Mas deja comprenderse que en muchos casos, faltan algunas de las premisas por condiciones especiales de edad, estado intelectual, período de la dolencia, etc., etc., no podemos juzgar los datos subjetivos ú objetivos ó tal vez la ausencia de alguno de los mas importantes nos ofrezcan graves dudas y vacilaciones dignas de tenerse en cuenta: supongamos que obtenidos todos aquellos datos no es fácil subordinarlos comparativamente á uno ó mas grupos nosológicos ó existe algun elemento que oculte el fondo morboso de tal manera que el práctico pueda establecer el diagnóstico aproximadamente ó de una manera no *cierta*: de ahí el diagnóstico *incierto*, *dudoso*, *equivoco*, llámese como se quiera, condiciones que le hacen perfectible y que debemos procurar desaparezcan á la mayor brevedad ó en caso contrario andar con suma prudencia al fundar sobre las mismas nuestras considera-

ciones pronósticas y terapéuticas: no insistiremos que sobre un diagnóstico *incierto*, el pronóstico vacila y el plan curativo puede ser empírico, cuando no sintomático.

Dada la *incertidumbre* del diagnóstico que tan frecuentemente observamos en los enfermos de los nosocómios, no por defecto en la generalidad de los observadores, sino por el grado de educacion é ilustracion de los pacientes, por no poder recibir los datos anamnésicos de las familias respectivas, algunas veces por malicia, etc., etc., tratamos de resolver esta incógnita de la manera menos mala posible y ya por comparacion, ya por juicios ó silogismos previos y mas ó menos relacionados con el que se desea fundar, gradualmente venimos en resolver nuestra anhelada incógnita. Y esto se comprende que deba ser así, cuando en los mas de los fenómenos de otra clase, resolvemos muchas cuestiones gracias á comparaciones ó símiles que van escluyendo ó haciendo desaparecer los términos de nuestros paralelos: tal es la idea que debemos formarnos de lo que viene conocido desde muchos años con el nombre de *diagnóstico diferencial* ó por *exclusion*. Si analizamos esta clase de diagnóstico, viene á representar una variante del diagnóstico incierto, pero con tales grados de certeza que la mas escrupulosa necropsia no puede negar ó destruir: es, si cabe, decirlo así, un resultado positivo afirmado sobre la falta de otros negativos. No multiplicaremos los ejemplos prácticos para no ser molestos, basta recordar el diagnóstico de las neumonias centrales, el de algunas pericarditis y afecciones orgánicas de corazon, el de ciertas dolencias hepáticas, etc., etc.

En otros casos el práctico al formular el diagnóstico encuentra tales dificultades y obstáculos que puede estar muy satisfecho, si despues de no pocos tanteos, halla alguno ó algunos datos, pocos en número, que contribuyan á formarlo, y á guiar los inciertos pasos de su terapéutica: no hay que decir que tal diagnóstico será incierto, y mas que tal, hipotético y *negativo*. Queda esplicado cuán difícil será establecer pronóstico alguno y medicacion, siquiera sintomática, cuando tal fuese el diagnóstico de un enfermo. Procuremos huir de este terrible escollo que solamente puede originar dificultades y complicaciones: mas que diagnóstico es un juicio al azar, mas que pronóstico será un calificativo fortuito y el plan consiguiente una desordenada aplicacion de remedios sintomáticos.

Existen por desgracia tales diagnósticos en algunos accidentes imprevistos en la via pública ó en algunos enfermos cuya anamnesis no es imposible recabar, ó en otros casos en los cuales la inesperienza del práctico ó su poca ilustracion le colocan en tan críticas circunstancias.

En nuestros dias van eliminándose algunos de los diagnósticos negativos, y sino se convierten en ciertos ó positivos, adquieren, cuando menos, un carácter hipotético tal, que se aproximan á estos últimos. Débese esta gran modificacion á los modernos medios de investigacion sobre algunos datos objetivos, medios que, desconocidos por nuestros ilustres antecesores, no podian hacerles distinguir en sus juicios, y por tanto, estos forzosamente debian ser mas oscuros. El oftalmómetro leyendo en el fondo del globo ocular, el termómetro acusando con su capilar columna mercurial las décimas del calor de nuestro cuerpo, el esfigmógrafo con sus trazos en la tira de papel, el tubo de ensayo con sus precipitados, el espirómetro con su escala, la pila eléctrica con su poder estimulante son patentes é innegables medios diagnósticos confirmatorios en unos casos, aproximativos otros, y en todos de algun valor para que debamos concedérselo y emplearlos con prudente mesura en bien de los enfermos y para mejor cumplimiento de nuestros deberes. Al hablar del pronóstico y tratamiento, espondremos nuestra conducta, segun la clase de diagnóstico.

LECCION XXX.

Pronóstico.— Como debemos formarlo en la práctica de las afecciones internas.— Sus caracteres y relaciones segun el diagnóstico de aquellas.— Valor de algunos signos pronósticos.

Habrán podido convencerse nuestros lectores al examinar el curso de la obra de nuestro inolvidable maestro el Dr. Coca, que el carácter general práctico impreso en todas sus páginas, hemos procurado dominar en los párrafos que creimos deber añadir, siquiera para ser mas útiles á inteligencias no educadas para la observacion; mas tales condiciones subirán de punto en éste y en el siguiente capítulo: puesto que el juicio pronóstico y el de las indicaciones é indicados para nosotros son consecuencias asociadas íntimamente á los elementos teóricos previos y á las condiciones orgánicas y vitales de la afeccion y del enfermo que asistimos. Predecir lo que acontecerá y aseverar *lo porvenir*, equivale á cotejar los datos pasados y presentes bajo la síntesis diagnóstica, con las esperiencias ajena y propia, y deducir en buena y prudente lógica lo menos *incierto*, ó sea, lo *mas probable*. Si el pronóstico, generalmente hablando, aseguran observadores poco concienzudos, gozar de mayor certeza en las afecciones quirúrgicas que en las médicas, por ser mas fácilmente apreciables las primeras, es no menos cierto que, aun dados todos los medios de investigacion que hoy posee la *ciencia del diagnóstico*, hay dudas y vacilaciones en nuestros pronósticos, tanto sobre afectos médicos, como quirúrgicos. Mas aun, dado un diagnóstico cierto, el pronóstico en contados casos podrá gozar

de tal carácter, ya por los variados accidentes que á cada paso complican la primitiva afeccion, ya por los diversos fenómenos que la modifican sin que podamos conocerlos á primera vista.

No negaremos la posibilidad de sentar un pronóstico sobre bases seguras é indestructibles: pues un recto diagnóstico y una observacion perfecta conducen casi siempre al mismo; pero debemos atender á que el pronóstico sobre el estado presente es mucho mas fácil que sobre lo futuro, á que en el primer caso contamos con todos los datos sobre qué fundarlo, y que en el último caso faltan no pocos: de todo lo cual es fácil inducir que mientras en unos casos habrá certeza en el pronóstico, en otros incertidumbre relativa y en no pocos la absoluta; que se ha interpretado al lenguaje vulgar con el impropio nombre de *reservado*.

Pronóstico incierto relativo equivale á decir que no conocemos de una manera completa y segura el porvenir ó peripecias que puedan ocurrir al enfermo ó á la enfermedad, y por desgracia esto sucede tan frecuentemente en muchas afecciones médicas, que la variante de la relatividad de este juicio nos marca el grado de ilustracion y de esperiencia del médico práctico; mas la *incertidumbre absoluta*, sea por falta de datos objetivos ó subjetivos, por desconocer el tipo nosológico á que referir nuestro juicio diagnóstico, ó por el engañoso antifaz que reviste el ejemplar morbozo que tenemos á la vista, etc., etc., pueden alcanzar tal carácter que el médico se vea desarmado, para juzgar, predecir y obrar: solo en virtud de aquel tan conservador aforismo del *melius est, anceps, experire remedium quam nullum*, puede, atendiendo á las inclinaciones vitales, sintomáticas ó morbosas, sentar sobre un diagnóstico negativo ó hipotético, un *pronóstico incierto*, pero no *reservado* é inclinaciones que gozan de caracteres especiales.

Se trata de un enfermo cuya anamnesis nos es desconocida, cuyos síntomas objetivos son escasos y tal vez incoherentes, no podemos preguntar por su estado pasado y actual por no hallarse presentes sus deudos ó interesados, y el profesor de una visita de hospital, vése obligado diariamente á tomar indicaciones de momento y fundar en su diagnóstico, hasta cierto punto negativo, pronósticos é indicaciones relativas á ciertos fenómenos marcados ó á tipos análogos mas ó menos similares, el sistema nervioso, el circulatorio, el hábito exterior, el carácter atmosférico

dominante, la influencia epidémica y algunos medios físicos exploratorios; hé ahí algunos de los orígenes obligados de aquellos juicios y planes curativos.

En otros casos hay marcada discordancia entre alguno ó muchos de los datos subjetivos y objetivos, y entonces el observador prudente debe comparar y escoger los mas valiosos é importantes para fundar su criterio y entablar su correspondiente pronóstico y curacion.

El *pronóstico incierto absoluto* se funda en la falta de datos fijos, en su carácter hipotético y en un *diagnóstico negativo* ó ficticio: no hay que insistir que puede variar esta *incertidumbre absoluta* y tal vez adquirir algunos grados de la *relativa* ó por cambiar ó modificarse alguno ó algunos elementos diagnósticos ó por la luz viva que arrojen sobre los mismos el curso, carácter ó fenómenos accidentales de la dolencia: pero hay casos en que al contrario, el pronóstico continúa en este estado de *vaguedad absoluta*, y si para el vulgo podríamos decir *reservado*, en el concepto de que ignoramos á ciencia cierta el porvenir de nuestro enfermo, en el terreno de esta última, el práctico concienzudo debe espresar su opinion relativa á la posibilidad ó probabilidad de terminar de esta ó de otra manera.

No repetiremos cual en Patología general, que el juicio pronóstico puede ser *favorable, desfavorable, mortal de necesidad, ut plurimum*, etc. etc.; pues estos calificativos, mas que á la constitucion del juicio semiótico, son sus consecuencias ó calificativos. Puede suceder, y no insistiremos para no molestar á nuestros lectores, que un *pronóstico cierto* sea favorable ó al contrario.

El *pronóstico general* es el resultado del diagnóstico, de la estension y de la naturaleza de la afeccion, de las causas que han favorecido su desarrollo, tales como la edad, sexo, constitucion, impresiones tóxicas virulentas, etc.: el *individual* particular al enfermo se deriva de circunstancias especiales propias del individuo. Este último es mas difícil que el primero. Hay ciertos síntomas que aisladamente ó agrupados nos marcan con fundada certeza el estado grave ó leve del enfermo: tales signos pronósticos son para el observador un guia seguro en las apreciaciones pronósticas. Vamos á recordar algunas de las que Bouchut sienta acerca de tan importante asunto.

«Cuando, sin prévia diárrrea, el rostro se pone amarillo, lívido ó aplomado, se afila la nariz, hundén los ojos, deprimén las sienés, enfrian y contraén las orejas: conjunto que constituye la denominada *facies hipocrática*, la muerte está próxima.»

«Al principiár una afección aguda, la alteración de la cara por un tinte amarillo, el abatimiento, estupor y sequedad en los labios anuncian el desarrollo ulterior de fenómenos adinámicos ó atáxicos.»

«En la apoplejía la parálisis de los músculos faciales acompañada de vaiven en las mejillas y labios en cada movimiento respiratorio, es un signo mortal.»

«La pulverulencia de las narices y el fuligo en los dientes y labios indican un estado adinámico muy grave.»

«Una congestión aguda violácea del rostro con fiebre, indica asfixia.»

«Una cianosis aguda del mismo, con enfriamiento en la piel es signo de gran peligro.»

«La cianosis crónica del rostro hace temer la muerte en época bastante lejana.»

«El enflaquecimiento rápido y súbito del mismo con decoloración y enfriamiento de la piel anuncia un estado grave y con frecuencia la muerte.»

«En las afecciones agudas el decúbito dorsal es siempre muy grave.»

«El decúbito lateral en las enfermedades agudas graves es siempre un signo favorable.»

«El enflaquecimiento rápido al final de las enfermedades agudas es siempre de buen agüero.»

«Las convulsiones iniciales en una dolencia aguda no señalan siempre gran peligro.»

«Las convulsiones que se presentan en la terminación de las afecciones agudas, son casi siempre mortales.»

«En las afecciones agudas la carpología y el sobresalto de tendones con signos muy peligrosos.»

«Después de convulsiones prolongadas la contractura de los miembros es mortal.»

«La agitación de los miembros dirigidos continuamente fuera de la cama y enfriados al contacto del aire es muy desagradable.»

«El edema parcial ó general en los individuos atacados por una afeccion crónica desde mucho tiempo, anuncia una muerte próxima.»

«En las enfermedades agudas la respiracion profunda y fácil es siempre un signo favorable.»

«La respiracion irregular, entrecortada por inspiraciones profundas y con largos intervalos, es señal de delirio, de convulsiones y de muerte.»

«La respiracion ruidosa y oprimida es signo de asfixia laríngea.»

«La respiracion frecuente, estertorosa y con ruido es signo de muerte.»

«En las afecciones agudas la afonía indica una adinamia profunda muy peligrosa.»

«La fiebre acompañada de tos y expectoracion serosa, rojiza, como zumo de regaliz, es subseguida inevitablemente de muerte.»

«La expectoracion parda, sanguinolenta, de olor gangrenoso, va seguida casi siempre de muerte.»

«El esputo purulento espeso, súcio y abundante, anuncia una muerte próxima.»

«En las enfermedades agudas el pulso desarrollado y medianamente frecuente es signo favorable.»

«La extrema frecuencia ó pequeñez del pulso anuncian gran peligro.»

«En las enfermedades agudas la lengua ancha y húmeda señala una terminacion favorable.»

«Una lengua seca, dura, negra y trémula indica un estado adinámico muy grave.»

«La lengua rubicunda, erisipelada y ardorosa en las afecciones crónicas y caquexias es signo de muguet y de muerte.»

«En las enfermedades agudas ó crónicas la deglucion de líquidos ruidosa en el esófago anuncia una muerte próxima.»

«Las náuseas y vómitos inmotivados en una enfermedad aguda anuncian gran peligro.»

«Alguna vez una regurgitacion continua reemplaza los vómitos de las afecciones agudas, es un signo mortal.»

«El vómito de materiales estercoreos anuncia un gran peligro y hasta la muerte, si la naturaleza ó el arte no restablecen el curso de las materias fecales.»

«El vómito negro en los caquectivos es signo mortal.»

«El hipo es la terminacion de las enfermedades agudas graves, es signo precursor de la muerte.»

«Las orinas claras con nubécula y consecutivas á otras sedimentosas, indican una curacion próxima.»

«En las enfermedades agudas la retencion urinaria es un fenómeno muy grave, con frecuencia mortal.»

«La rareza ó completa supresion urinaria anuncian gran peligro.»

«El sudor frio en la cabeza, pecho ó brazos en una enfermedad aguda es un signo mortal.»

«Un sueño profundo y duradero en las afecciones febriles es siempre grave.»

«La soñolencia, coma y caro permanentes despues de algunos dias de delirio y convulsiones, son fenómenos que indican la muerte.»

«Al principio de las afecciones, el delirio es mucho menos peligroso que en el término medio de su evolucion.»

«El delirio es mucho mas grave en los viejos que en los niños.»

«La esperanza y la alegría en las enfermedades agudas son signos favorables.»

«El abatimiento, la tristeza, los pesares, la nostalgia y las pasiones concentrativas complican siempre las enfermedades muy gravemente.»

Pudiéramos ir enumerando mayor número de proposiciones, pero creemos que estas son las principales.

Se deducen de la afeccion, del paciente, de la etiología, curso, regularidad, sencillez, benignidad, evolucion franca, etcérra, etc.

Recuérdese que dado un diagnóstico cierto y completo el pronóstico podrá serlo, generalmente hablando: que la incertidumbre y vaguedad de aquel se reflejan de una manera esplicita en este último, y así se comprenderá la necesidad de que el práctico procure conocer la dolencia y el paciente para juzgar de los acontecimientos futuros y de la probable evolucion de los fenómenos morbosos.

LECCION XXXI.

Tratamiento. — Sus elementos , caractères , constitucion y clases.

Tratar, clínicamente hablando, equivale á decir que , conocidos el enfermo, la enfermedad y los medios curativos , los pongamos en mútuas relaciones de armonía y aplicar y modificar á cada paso nuestros juicios , segun la esperiencia. Si á fuer de observadores , *ministros é intérpretes de la naturaleza* (Baglivio), debemos sujetar nuestro criterio á las circunstancias especiales de cada caso y de ningun modo alterar y modificar estas y adaptarlas á nuestros juicios : resultará cierto é inconcuso aquel tan decantado principio *de que si no nos atemperamos á las leyes de la naturaleza , no podemos imponérselas*. En esto se fundan los extravíos é incertidumbres de los sistemáticos que , fieles entusiastas de sus utopias y basando sus observaciones en los ensueños de su exaltada imaginacion , mas que atender al enfermo, enfermedad y medios de curacion ; buscan la incógnita viendo todos los elementos al través de un prisma engañoso que si por un lado los obliga á admitir irritaciones, astenias , nervosismos, afecciones vitales ú orgánicas de una manera exclusiva , por otro ven individuos con idiosincrasias de tal ó cual género , sanguíneos , nerviosos , biliosos , etc., etc., y por último, no dejan de rebuscar efectos hipotéticos ó imposibles y contradictorios en los agentes terapéuticos. Han desaparecido, en una palabra , los indicantes é indicados naturales y los crean á gusto del observador.

Los elementos naturales del tratamiento son, como nos lo indican la Patología general y la terapéutica, por un lado los indicantes y contraindicantes que derivan del enfermo, enfermedad y demás circunstancias que con ellos se relacionan (estacion, clima, caractéres epidémicos, endémicos, punto en que se halla el paciente, si es en el hospital, campamento, buque, casa particular, etc., etc.), y por otro de los conocimientos que sobre higiene, terapéutica, materia médica y medicina operatoria puedan servirnos para cumplir las indicaciones y contraindicaciones. El carácter relativo de los indicados y contraindicados se convierte en mas ó menos absoluto, segun el grado de certeza que adquiera el diagnóstico: no es posible concebir sino excepcionalmente un tratamiento acertado en una afeccion cuyo diagnóstico sea hipotético y mucho menos negativo.

El carácter de *cierto, positivo ó directo, incierto, negativo ó indirecto*, modifican el tratamiento de una manera asaz frecuente y ya se deja comprender que sus modificaciones se acomodarán á las del diagnóstico ó tal vez á las de los indicantes y contraindicantes. Que á un diagnóstico *cierto*, puede y debe corresponder un tratamiento *incierto*: véase lo que sucede en la tisis y cáncer y viceversa á una inflamacion encefálica de asiento desconocido y que no por eso dejamos de tratarla con medios seguros y ciertos.

Lo mismo podríamos decir relativamente á los demás caractéres poniéndolos en relacion con los diversos diagnósticos: haremos notar tan solo que el tratamiento directo ó indirecto no solo se armonizan con las nociones de etiología, de la lesion anatomico-patológica ó proceso orgánico de los modernos, trabajo morboso de los antiguos, si que tambien con las circunstancias individuales del paciente en general y las de aquel caso en particular, recordaremos aquellos en que el temperamento sanguíneo, el hábito, una idiosincrasia, etc., etc., reclaman los antiflogísticos en ciertos enfermos por dolencias de carácter no flogístico y en casos excepcionales no podemos emplearlos ó debemos ser muy parcos en su uso.

El tratamiento que se dirija á la causa y que *filosóficamente* hablando es el mas lógico, puede emplearse en algunos casos, pero en muchos no puede tener lugar, ó por no conocerla, ó por haber dejado de existir, y por lo tanto, vernos condenados á mi-

norar sus efectos y entablar lo que denominamos con el epíteto de *sintomático*. En muchos casos estos son múltiples, y si debiésemos tratarlos á la vez, nuestro plan de curacion seria una confusa y hasta contradictoria terapéutica desatendiendo aquel sano principio de *quo simplicius pharmaca administrabis, eo incedes*, y el *clucius*, no menos conservador de *quoties ad morbos accedunt, toties errant*.

Curar un enfermo ó una enfermedad, no es multiplicar los medios de accion de una ó mas clases y estimular ó hacer representar á nuestra economía la suerte de un elemento al cual no le concedemos tregua, ni accion propia: para nosotros la fisiología patológica, y por lo tanto, la fisiología terapéutica, se fundan en leyes dependientes de las condiciones orgánico-vitales de nuestro cuerpo, y el primer elemento es este último; ni la espectacion, ni la actividad descabellada representan la verdadera terapéutica: el eglecticismo que adoptamos es el resultado de las mas atinadas observaciones.

El estudio de los elementos morbosos ó de los caractéres, simpatías, connivencias orgánicas, etc., etc., nos aclara la marcha que debemos seguir para tratar de eliminarlos uno á uno ó simultáneamente ó tal vez de conceder la prioridad á alguno, aunque sea en perjuicio de los demás: *el occasio præceps* lo sentó el Anciano de Coos sin restriccion alguna.

De aqui que hay que atender por un lado á estos elementos patogénicos, á su carácter agudo ó crónico, á las lesiones consecutivas, al papel primitivo ó secundario que representan respecto á la afeccion, á alguna ó algunas complicaciones, tal vez á una intercurrencia que embarace ó impida el libre desarrollo de aquella enfermedad: en fin, podríamos sentar aquí muchos preceptos de patología general y terapéutica, y á buen seguro que no habríamos mentado una centésima parte de las terminantes leyes de cada individualidad en la práctica.

Cotejar los indicantes y contraindicantes, dados los primeros, buscar el mejor ó mejores indicados, y aun dadas las indicaciones, excogitar la oportunidad de su cumplimiento, es obra de mucha trascendencia y tarea solo asequible á los atentos y prácticos observadores que, dotados de todas las dotes físicas é intelectuales, ven enfermos y atienden á las enfermedades. Triste divorcio el de aquellos prácticos que, atentos á los progresos del

arte y deseando llegar á un mas allá , solo ven los enfermos al través de sus sistemas ó atienden á las enfermedades , segun la preconcebida opinion que les inculcaron ciertos A A : semejante tarea seria tan estéril cual la educacion que se quisiera dar á un jóven aislándolo del trato de la sociedad y entregándole buenos tratados de moral y filosofía : podria alcanzar muchos conocimientos , mas no sabria aplicarlos y mucho menos darles el valor propio. Las deducciones mas lógicas , las estadísticas mas prudentes , las opiniones mejor fundadas y los sistemas menos espuestos á errores cuando se aplican al estudio de la patología , pueden y deben ser interpretados por el que desea , y por fin , sabe ver en el *libro enfermo* ó en las *patologías reales* : no es posible otra cosa , y en esto consisten las principales diferencias que separan los estudios médicos de los demás conocimientos humanos.

No es posible trazar leyes absolutas ó relativas , ó fijar principios inamovibles y llegar á consecuencias inmutables ; lo absoluto ó relativo , la fijeza ó variabilidad dependen siempre en el terreno práctico de las condiciones individuales , y por lo tanto , contingentes y susceptibles de transformarse.

Así se comprende el torbellino vertiginoso que agita incesantemente á nuestros terapeutas y nosólogos al llegar á realizar las indicaciones ; así se comprende que aun dados los experimentos en animales y en el hombre , son para cada uno distintas las apreciaciones sobre determinados agentes terapéuticos , y si para los primeros hay argumentos inconcusos para sostener un aserto , para los segundos no existen , ó al contrario , vean resultados opuestos. Aun dada la firmísima base del hipocratismo y con el criterio vitalista , conviniendo en una indicacion é idénticos indicados , tal vez disientan las opiniones sobre la fisiología patológica y terapéutica , y por lo tanto , se modifiquen en sus consecuencias. El *tot homines , tot sententie* , tienen frecuente y amplia cabida en nuestras aseveraciones prácticas.

Existen , por desgracia , muchos casos en que las indicaciones causales y sintomáticas se ignoran ó no se pueden cumplir , y debemos buscar algun carácter en el cual apoyar nuestras determinaciones , así , por ejemplo , en las afecciones orgánicas que ofrezcan hiperestesias , la indicacion calmante no se debe á otros motivos ; en las neuroses sin asiento ni carácter demostrados ,

las lesiones de la motilidad las corregimos con los antiespasmódicos.

Las discusiones científicas sobre patología general, terapéutica, materia médica y patología interna, trascienden con harta y lamentable frecuencia en el cumplimiento de las indicaciones clínicas, y si dejamos á un lado todo cuanto á ellas se refiera por evitar el vértigo del doctrinalismo, somos ciegos empíricos y apenas podemos dar un paso por sendero fiel sin que una servil imitación sea nuestra inseparable norma de conducta.

Ni ese afán especulativo, ni la ciega práctica conducen al clínico por buen camino: debemos formular y sentar nuestro criterio según autorizadas opiniones y la sana práctica de nuestros respetables maestros y profesores, escarmentar, como se suele decir, en cabeza ajena y empezar á dar los primeros pasos en el ejercicio de nuestra carrera, escudados por una suma prudencia y cordura que solo á fuerza de una voluntad decidida podemos adquirir: fecundemos nuestros esfuerzos con una prudente duda y reserva en admitir lo nuevo, no olvidemos lo hecho por nuestros antecesores y sepamos aplicar las consecuencias útiles. El eglecticismo absoluto es difícil de alcanzar, mas el relativo paulatinamente se adquiere, si nuestras observaciones atentas, imparciales, completas y razonadas se maduran al contraste del incesante acrecentamiento en nuestras nociones, bajo las inflexibles leyes de la severa lógica.

Una de las consecuencias prácticas de las debatidas cuestiones y quizás la mas trascendental, es la imperiosa necesidad de que la educación clínica sea completa y existan y se aúnen todos los elementos para tal fin. Esas clases prácticas, cuyo primordial objeto es dar á conocer á los nuevos observadores, ejemplares vivos morbosos y traducir é interpretar al lenguaje científico lo que se halla escrito con síntomas y caracteres fenomenales, deben ser objeto de la especial solicitud del ramo de Instrucción pública, ser bien dotadas de *medios materiales é intelectuales*, durar por un espacio de tiempo proporcional y conforme con las necesidades de su enseñanza. Todos sabemos las dificultades y obstáculos *tradicionales* que se oponen á que las clínicas de nuestras facultades se eleven á su debida altura: pero dadas las condiciones del actual plan de estudios, no queda otro recurso para verificar el grado de instrucción clínica en los alumnos, que los exáme-

nes fuesen esencialmente prácticos y tanto mas ampliados en cuanto correspondiesen á los últimos cursos de clínica: la corriente vertiginosa de nuestros dias, el deseo de alcanzar un título profesional en corto tiempo, y la no asistencia obligatoria á clase, no pudiendo preguntar el profesor al alumno: han sembrado en las clases clínicas un ordenado desórden y maleado los últimos y ópimos restos que nos legaron nuestros antepasados y queridos maestros. Constituir las clínicas bajo este pié, equivale á suprimirlas de hecho y conservarlas nominalmente. No se nos arguya en contra de nuestras humildes opiniones, que las clínicas de ciertos eminentes profesores nacionales y extranjeros dan escelentes resultados y concurren á ellas estudiosos profesores: tal argumento es insostenible; primero, porque los que á ellas asisten, guiados por su insaciable deseo de aprender sabiendo ya *estudiar* y en no pocos casos preguntando al profesor, ó desempeñando ciertos cargos honrosos en aquellas visitas, pueden aprovechar el tiempo y los conocimientos que diariamente el Profesor vierte á la cabecera de los enfermos ó en clase; segundo, porque en ellas se trata, no de iniciar, sino de perfeccionar, y tercero, porque el terreno oficial se reemplaza por el oficioso.

Inútil es advertir que en el tratamiento de las afecciones internas figuran la higiene, la farmacología y no pocas operaciones quirúrgicas, ramas todas hasta cierto punto independientes, pero estrechamente unidas por el fin que se proponen, por las indicaciones que desean cumplir ó por las armónicas relaciones de mútuo apoyo que se prestan.

Bastará en algunos casos la higiene, en otros esta y la farmacología llevarán á buen término el cumplimiento de ciertas indicaciones; pero en algunas es necesario el concurso de los medios ó agentes quirúrgicos si deseamos cumplimentar las consecuencias de algunos indicantes.

La base mas natural para clasificar estos medios es la de su naturaleza ú origen á que pertenecen, y no hay que repetir lo^s tres grupos ya apuntados: mas recordemos algunas consideraciones acerca de los mismos.

Así en la higiene, por ejemplo, vemos ciertos párrafos cuyos preceptos aplicamos con suma frecuencia, por ejemplo, los de la atmosferología, bromatología y perceptología, etc.

Lo mismo podríamos decir respecto á ciertos grupos de medicamentos , y aun dados estos , son muy distintas las indicaciones que nos proponemos cumplir con ellos , si nos referimos á la práctica de las afecciones esternas ó tal vez á las especiales del sexo ó de la infancia. Por último, no insistiremos en señalar el reducido, aunque no menos importante número de operaciones, por lo general pertenecientes á lo que se ha convenido en llamar *cirugía menor* que diariamente empleamos para la curacion de ciertas afecciones médicas.

Deslindadas los indicantes y la indicacion ó tal vez indicaciones que deseamos cumplir, es necesario escogitar los indicados, y si bien de un modo general la terapéutica, la clínica de Patología general y los grupos nosológicos especiales nos trazan reglas para su hallazgo y aplicacion, solo la ilustrada esperiencia del Profesor y las consecuencias prácticas de ella emanadas pueden guiarnos en tan intrincada solucion. Así se comprende la diversidad variada de fórmulas y de criterios en adoptar distintos caminos para llegar á idéntico resultado. No aludimos en manera alguna á las medicaciones, cuyo criterio es el desórden y la polifarmacia, y cuya brújula es el primer síntoma que observamos: tal tratamiento no merece los honores de este nombre, aunque el que lo prescriba sea médico: contentarse con escribir recetas ó pócimas no puede ser ni el ejercicio, ni la ejecucion de la medicina: nos referimos, por ejemplo, al predominio de las indicaciones locales, sobre lo general, á un estremado uso ó tal vez abuso de las aplicaciones esternas y á un casi punible descuido del tratamiento general, á un ridículo abuso de los antiflogísticos directos, sin atender á que tonizamos al individuo con la dieta ú otros medios reparadores: ó que empleamos los evacuantes sin proscribir los alimentos, etc., etc.

Recuérdese que el médico, mas que hacer uso y abuso de muchos medios debe procurar su sencillez enlazada con una prudente actividad y no emplear á la vez agentes que se destruyan: pues á no ser en dados y muy especiales casos, seria imposible sacar deducciones prácticas, ni regular la fisiología de nuestra terapéutica.

Dados los indicantes, buscaremos los indicados, y aun entre ellos escogeremos el que cumpla mejor la indicacion. Pueden idénticos medios servir para obtener distintos resultados, ya variando en su cantidad, en su manera de aplicarlos, etc., etc.

Es posible que agentes terapéuticos distintos obtengan el mismo resultado, dependiendo de las circunstancias individuales del paciente ó de modificaciones impresas en la enfermedad.

El sello ó carácter fisiológico-terapéutico de las acciones y resultados obtenidos con un determinado grupo de agentes ó medicamentos constituye las medicaciones y ciertos estados morbosos las clasifican: así, por ejemplo, la hiperemia con los anti-flogísticos, la anemia con los tónicos, etc., etc.

Las distintas medicaciones hánse multiplicado al compás de las ideas médicas, y aunque algunas han sufrido rícos combates y controversias, otras resistieron la crítica mas desapasionada y subsisten todavía: no las indicamos por corresponder esta tarea á la terapéutica y materia médica.

Los agentes terapéuticos, al obrar ó impresionar sobre uno ó mas elementos de nuestra economía, necesitan para producir resultados consecutivos, que puedan obrar ó actuar, gracias á su composicion química ó cualidades físicas que el cuerpo sea capaz de ser impresionado, y por último, que no existan agentes ó causas que se opongan á estas íntimas operaciones.

En estas sucintas consideraciones sobre las condiciones de todo agente terapéutico, fundamos nuestro criterio, sentando que admitimos las cualidades ó caractéres de las sustancias, las alteraciones ó impresiones tan variadas que cada dia observamos en nuestro cuerpo sujeto á medios terapéuticos, la participacion ineludible que concedemos á la connivencia orgánica y á su absoluto concurso, y por último, no desconocemos que aun dados estos elementos indispensables pueden observarse, y por desgracia, los vemos con sobrada frecuencia, casos en los cuales hay un órden de causas ú obstáculos dependientes, ya de los agentes terapéuticos, ya de circunstancias inherentes á nuestro cuerpo ó bien estraños á entrambos que imposibilitan ó hacen infecunda y estéril la terapéutica mejor dirigida.

FIN.

ÍNDICE.

Dedicatoria.	v
Prólogo.	vii
Leccion 1.^a —Etimología, definicion, division é importancia de la clínica.—Carácter especial de la misma.—Causas que modifican desfavorablemente sus resultados.	11
Leccion 2.^a —Reseña histórica de los institutos clínicos.	21
Leccion 3.^a —Doctrinas y sistemas médicos.—Sus inconvenientes y ventajas.—Sus causas.—Supremacia de la medicina de observacion.	26
Leccion 4.^a —Posibilidad de referir todos los sistemas á dos, á saber: el vitalismo y el materialismo ú organicismo.—Sin la reunion de entrambos no puede concebirse la vida.—Escuela vitalista hipocrática: no es la representacion de un sistema, sino de la medicina de observacion.—Sucinta esposicion del vitalismo hipocrático bajo el punto de vista del « <i>natura morborum medicatrix.</i> »	34
Leccion 5.^a —Fuerza medicatriz en las enfermedades.—Definicion de estas últimas.—Elementos que deben considerarse en ella: afeccion, reaccion del organismo y tendencia medicatriz.	46
Leccion 6.^a —Procederes de la naturaleza medicatriz para la curacion de las dolencias, á saber: 1.º Eliminacion.—2.º Neutralizacion.—3.º Regeneracion.—Circunstancias que se refieren á los resultados de las reacciones vitales en las enfermedades, segun el carácter de aquellas.—Papel que desempeña el médico en el tratamiento de estas últimas.	56
Leccion 7.^a —Escuela organicista: su historia y esposicion.—Definicion del organicismo.	66

Leccion 8. — Escuela organicista: juicio critico acerca de ella.	72
Leccion 9. — Observacion clínica. — Condiciones físicas é intelectuales necesarias para observar y raciocinar de un modo conveniente.	81
Leccion 10. — Condiciones intelectuales necesarias para la observacion.	90
Leccion 11. — Modo de interrogar á los enfermos. — Método de Mr. Rostan. — Idem de Mr. Bouillaud. — Este último es preferible en la mayoría de casos.	103
Leccion 12. — Generalidades acerca de las historias clínicas. — Partes de que debe constar la misma cuando el enfermo fallece. — Explicacion de la primera y segunda.	109
Leccion 13. — Continuacion de la anterior. — Parte tercera. . .	115
Leccion 14. — Partes cuarta, quinta y sexta de la <i>historia clínica</i>	126
Leccion 15. — Generalidades acerca de la esperimentacion clínica. — Para verificarla con fruto es necesario conocer el remedio, el enfermo y la enfermedad. . .	135
Leccion 16. — Circunstancias de interés secundario en la esperimentacion.	143
Leccion 17. — Estadística médica: generalidades y objeciones acerca de la misma.	148
Leccion 18. — Esperiencia en medicina: uno de sus principales elementos es el tiempo. — Diferencia entre ella y la rutina. — Esperiencia falsa. — Idem verdadera: esta puede ser tradicional, comunicada y propia. — La esperiencia debe ser razonada.	162
Leccion 19. — ¿ Es preterible para los intereses de la Humanidad el ejercicio simultáneo ó el aislado de la medicina y cirugia?.	170
Leccion 20. — Demostracion de la verdad en medicina. — Certeza matemática. — Idem histórica. — Id. empírica. — Grado de certeza en medicina.	178
Leccion 21. — Objeciones contra la certeza de la medicina. — Su solucion.	186
Leccion 22. — Medios físico-químicos aplicados al diagnóstico de las enfermedades. — Juicio que en general debe formarse de los mismos. — Clasificacion de los físicos	

	fundada en los aparatos de sensibilidad especial del médico.—Medios físicos que perfeccionan la accion del oido.—Percusion.—Breve reseña histórica.—Su division en mediata é inmediata.—Reglas generales de percusion.—Reglas especiales segun la parte percutida.	209
Leccion 23.	—Auscultacion.—Breve reseña histórica.—Su division en mediata é inmediata.—Estetoscopio y sus principales variedades.—Reglas generales de auscultacion.—Reglas especiales segun la parte auscultada.—Aplicaciones.—Dinamoscopio.	220
Leccion 24.	—Medios físicos de diagnóstico que amplian el aparato de la vision del médico.—Su clasificacion.—Termómetro y termometría.—Su historia y grado de importanciá en nuestros dias.—Reglas para llevarla á cabo con el mayor fruto posible.—Sus aplicaciones.	224
Leccion 25.	—Medios físicos destinados al reconocimiento del aparato circulatorio.—Cardiografia clínica.—Polygrafo.—Sus usos.—Esfigmógrafo.—Medios físicos para el exámen del aparato respiratorio.—Laringoscopio.—Espirometro.—Mensuracion torácica.—Cirtometro	250
Leccion 26.	—Medios físicos que amplian la vision del médico y que se refieren al sistema nervioso de la vida de relacion del enfermo. — Oftalmoscopia. — Reglas para emplearla de un modo conveniente.—Sus usos.—Cerebroscopia.—Electricidad.—Su historia. Aparatos electrogeneradores.— Distintos procedimientos para su aplicacion.—Resultados de la electricidad como medio diagnóstico.	265
Leccion 27.	—Apéndice á los medios físicos de exploracion que amplian ó perfeccionan la vista del profesor.—Endoscopia.—Microscopia.—Microscopio.—Su historia y variedades.—Breve juicio crítico sobre el mismo.—Reglas que deben cumplirse en los ensayos de micrografia.—Algunas aplicaciones de la microscopia en las enfermedades médicas.	288
Leccion 28.	—Sentido del tacto empleado como medio diagnóstico.—Química aplicada á la semeyótica.	299

Leccion 29. — Diagnóstico.—Sus caracteres, constitucion y clases.	305
Leccion 30. — Pronóstico.—Cómo debemos formularlo en la práctica de las afecciones internas.—Sus caracteres y relaciones segun el diagnóstico de aquellas.—Valor de algunos signos pronósticos.	313
Leccion 31. — Tratamiento.—Sus elementos, caracteres, constitucion y clases	319

ERRATAS.

PÁGINA.	LÍNEA.	DICE.	LÉASE.
52	38	En circunstancias,	En circunstancias contrarias
53	17	importante	impotente
54	23	cegarse	cerrarse
74	6	fundado	fecundado
74	9	microscopia que crece	microscopia crece
77	11	ser tambien ser	ser tambien
86	29	esfigmógrafo, químico, etc. reactivos prestan	esfigmógrafo, etc., etc., prestán
87	22	caridad	cavidad
89	25	tendrán	tendrían
97	31	ya	y
101	17	Al	El
107	28	dolor, á	dolor, fuese á
112	4	el cual de estas	en el cual estas
138	13	Saltem non ne noceas	Saltem non noceas
150	2	hoque	choque
161	5	serie reputacion, ya por	seria refutacion, por
171	6	inútiles	útiles
174	33 y 34	en-tras	en-tre otras
175	20	externas	internas
188	17	Solucion de la segunda	Solucion á la segunda
190	6	alguna fija	
211	21	maciso	macizo
219	17	arta	harta
212	5	arta	harta
213	20	Buehiut	Bouciut
232	22	Buehiut	Bouciut
214	33	Buehiut	Bouciut
215	2	cautehu	cautcheou
215	7	cautehu	cautcheou

PÁGINA.	LÍNEA.	DICE.	LEÁSE.
217	28	bronquio cefalico	braquio-cefálico
225	34		
217	28	caba	cava
220	5	especialmente en	especialmente á
220	9	Pareo, adquirieron	Pareo adquirieron
220	11	del todos	del todo
220	13	esto aquel	aquel
221	3	difficiluis	difficillius
221	9	distingue	distinguen
221	10	Laroy d' Etiol	Leroy d' Etiolles
221	32		
265	27	oradada	horadada
223	3	baja ni	baja, ni
223	24	ó enteramente desnuda, ó	enteramente desnuda ó
223	35	laminosos	laminares
228	28	al que	por el que
229	22	succucion	succusion
229	17	mas facilidad	mayor facilidad
230	11	palabra de la misma parte, como arrancando la palabra como arrandando la	de la misma parte
232	16	modifica de fenómenos	modificada de los
236	31	occiones	ocasiones
237	16	es construido	está construido
265	15	Heldelberg	Heidelberg
267	36	<i>flevoectasias</i>	<i>fleboectasias</i>
278	10	ocico de tonca	hocico de tenca
283	13	peroneo	perone
265	7	oftalmologia	oftalmoscopia
290	29	aces	haces
292	22	multuplicador	multiplicador
294	22	todo por	todo para
295	26	Rade	Racle
300	20	detall	detalle
302	24	100	1,000
313	2	formanlo	formulando

