

Es indudable que el interés de la historia clínica acrece considerablemente en el momento de ocuparse el historiador de lo que constituye lo que viene conociéndose con el nombre de *el estado actual del enfermo*. En medio de la mayor importancia que este punto de la historia tiene sobre los anteriores, toda vez que si estos facilitan la formación del diagnóstico, aquel lo establece de una manera definitiva, cuando hay para ello datos suficientes, sucede, algunas veces, que faltando estos en la primera observación, hay que dejarlo en suspenso hasta que en las sucesivas investigaciones podamos acopiarlos.

Así para el perfecto conocimiento del *estado actual* como para el relato de todas las manifestaciones que de su investigación resulten, deberá procederse de un modo ordenado, que si es verdad, como se ha dicho muy oportunamente, que «el orden y buen método constituyen la arquitectura de las ciencias», admitido este principio, no podemos en buena lógica dejar al acaso el orden en la investigación y en el relato de los datos por la misma adquiridos. Ya sea, pues, que adoptando el consejo de Bouillaud, empecemos por el órgano ó aparato que sufre según los datos que arroje el estado anamnéstico y el actual, ó que á imitación de Raciborsqui recorramos primero todo lo que se desprende del hábito exterior del cuerpo del enfermo, para pasar en seguida al sitio más ó menos probable del mal, y en último término á los restantes aparatos y funciones; es necesario seguir una pauta general, es decir, que dado el examen de un sistema ó aparato, no se emprenda el de otro sin haber terminado completamente el anterior, toda vez que la observación de esta regla tiene la ventaja de favorecer la memoria, y por tanto de evitar omisiones más ó menos trascendentales y la repetición de fenómenos y de detalles que sobre importar una pérdida de tiempo, suele ser ocasión de cansancio y molestia para el que la lee ó escucha.

Siendo el hábito exterior del cuerpo lo primero que se ofrece á nuestro examen, y reconocido por otra parte el sumo interés

que revisten los muchos y variados datos que del mismo se desprenden, consideramos oportuno y lógico comenzar esta parte de la historia por el relato de los fenómenos que en el mismo hayan podido apreciarse.

A continuación de este se expondrá todo lo que de anormal ofrezcan los órganos, aparatos ó funciones, comenzando por el de inervación, al cual seguirá el circulatorio, respiratorio y digestivo, para terminar con lo que se refiera al aparato genito-urinario, procurando siempre en la enumeración de los síntomas que ofrezca cada uno de los aparatos seguir el orden de mayor importancia.

Con todos estos datos se entra de lleno en el *diagnóstico*, ya fijándole á ser posible, ya reuniendo únicamente los hechos más notables que puedan por lo menos conducir á formar juicio del estado del enfermo.

Establecido el diagnóstico, procede consignar el *pronóstico*, ó referir el que se hubiese antes establecido, haciendo notar todas las vicisitudes por qué hubiese pasado, denunciando ingenuamente los errores cometidos, los cuales en nada perjudican la reputación científica del observador, siempre que aparezca por la misma historia del padecimiento, que el juicio equivocado acerca del porvenir del enfermo era el único posible en las circunstancias en que anteriormente este se encontraba. Semejante conducta, además de ser utilísima para la aplicación que puede hacerse en casos de análoga exposición á los mismos errores, es una prueba de la probidad científica del observador.

En la exposición general de la *terapéutica* se deben continuar las principales medicaciones empleadas y resultados obtenidos, lo propio que los medios higiénicos y dietéticos que se hayan puesto en juego para llegar al resultado á que se aspira.

El *diario clínico* comprende el apuntamiento de los fenómenos que se vienen sucediendo en el curso de la enfermedad, desde el comienzo de la observación hasta que esta termina, sea cual fuere el desenlace que lo motive. Ninguna diferencia esen-

cial distingue este punto de la historia clínica del anterior, toda vez que uno y otro tienen por objetivo el estado del enfermo durante nuestra visita, diferenciándose únicamente en que mientras en el primero nos limitamos á la averiguación y relato de cuantos fenómenos se presentaban en el paciente al ofrecerse á nuestra observación por vez primera, en este no sólo nos ocupamos del estado de actualidad del enfermo en la visita diaria, sino también de todas las variaciones y accidentes que pueden haber ocurrido desde la anterior.

No puede desconocerse el relevante interés que la moderna ciencia clínica asigna á las variaciones que en padecimientos de cierta índole pueden ocurrir en la temperatura, á las modalidades circulatorias y respiratorias, así como á las alteraciones que en su cantidad y composición ofrece el líquido urinario, ya en sus relaciones con el diagnóstico, como en el concepto de los valiosos datos que suministra para la fijación del probable, sino siempre seguro juicio acerca la marcha y terminación del padecimiento y aun para señalarnos el derrotero que debemos seguir en el á menudo asaz accidentado terreno de la terapéutica. Con tal motivo, no podrá omitirse, sin grave perjuicio para la observación, el continuar en el *diario clínico* los resultados de las investigaciones que en dichos conceptos se obtengan. De ahí que para facilitar la consulta y la correspondiente comparación de estos importantísimos datos, sea casi punto obligado, en la enseñanza oficial de la clínica, la fijación á la cabecera del doliente de un cuadro en que se marcan los datos indicados, constituyéndose así los llamados diagramas termométrico, esfigmográfico, espirométrico, cualitativo y cuantitativo de la orina, etc.

Casi es inútil advertir que este rigorismo en el apuntamiento diario no es indispensable en todas las historias; casos hay en que lo ocurrido entre una y otra visita, si no es nulo, reviste tan poco interés clínico, que puede muy bien prescindirse de anotarlo y hasta de ver al enfermo diariamente, como suele aconte-

cer en una gran mayoría de los males quirúrgicos y en no pocos enfermos de padecimientos crónicos del dominio de la clínica interna.

Lo que sí importa es fijar la época en que el enfermo entra en convalecencia, ya por lo que puede interesarle directa ó indirectamente, ya para consignar un hecho que tal vez podrá un día llevarnos á deducciones prácticas de cierto valor, ya finalmente para establecer un criterio, lo más preciso posible, acerca de la duración de ciertos padecimientos, sobre todo de aquellos en los cuales su curso largo puede suponerse debido al plan terapéutico empleado. Finalmente, se continuará en este punto de la historia la época en que cesa la observación, consignándose el motivo de ello.

Cuando ocurre el fallecimiento del enfermo, procede la comprobación ó negativa del diagnóstico preformado, y en este último caso la rectificación correspondiente, acudiéndose para ello á la abertura del cadáver.

Este punto de la historia clínica que lleva el nombre de *Autopsia*, no es en rigor otra cosa que una continuación del anterior, con la única diferencia de que antes la exposición se refería al estado de los órganos en función, y aquí corresponde la descripción de las alteraciones que en los mismos se descubren después de la muerte. Con decir que la necropsia, unas veces robustece y confirma la idea que antes se había formado de la enfermedad, que otras ocasiones desvanece la duda, y que en otras, por fin, revela hechos completamente desconocidos, se comprenderá la gran importancia y suma trascendencia que en sí lleva este punto de la historia clínica.

Admitido, como algunos opinan, que la necropsia es el único criterio del diagnóstico, debe ser esta forzosamente el complemento indispensable de toda observación médica ó quirúrgica bien redactada; de ahí el que se considere *incompleta* toda observación en la que por no haber fallecido el enfermo ó por haber sido sustraído el cadáver, por circunstancias especiales, á

la investigación necrópsica, no han podido continuarse en la historia las lesiones anatómicas.

Para que la autopsia llene su objeto, es necesario presentar una descripción minuciosa y acabada de todas las alteraciones, no señalándolas únicamente de una manera general y en sus simples caracteres macroscópicos, como viene haciéndose, sino que hay que estudiarlas en sus modificaciones elementales, siendo preciso para ello practicarla cual lo reclama el estado de adelanto de la ciencia histológica y química y que señalaremos con todos sus detalles en el último capítulo de nuestro trabajo.

Segunda parte.—Consideraciones.—Si hasta aquí el historiador ha debido someterse estrictamente á la mera narración de los hechos por el orden anteriormente trazado, al llegar á este punto puede emanciparse de tal sujeción, y sin faltar á un orden lógico, ni menos á la verdad, debe entregarse al anchuroso campo de las reflexiones. Constituyen estas la que hemos llamado *parte filosófica* de la historia, que bien puede llevar este título, siendo, como es, la destinada á señalar y discurrir sobre los factores más culminantes de la misma, y por medio de razonamientos que tengan verdadero fundamento científico, establecer las deducciones lógicas que de ellos deriven acerca del caso en cuestión. Estas consideraciones pueden versar sobre uno ó muchos puntos de la historia del padecimiento, desde su sinonimia, por ejemplo, hasta sus caracteres de anatomía patológica: así es que unas veces se dirigen á averiguar y discurrir sobre el enlace que tenga ó haya podido tener la enfermedad con una causa determinada; otras sobre el predominio, poca frecuencia ó quizás falta de ciertos síntomas, y muy especialmente acerca del diagnóstico comparativo y de la falta de relación entre los síntomas observados y los datos necrópsicos, etc. De todos estos puntos, controvertibles en muchas ocasiones, puede ocuparse el observador en el capítulo de las reflexiones; esto no obstante, creemos estar en lo más conveniente si aconsejamos elegir entre los hechos discutibles de la historia trazada, el que ofrezca ma-

yor interés para tratarlo con toda la amplitud á que se preste y sea necesario para dejarle completamente dilucidado, siendo menos difusas ú omitiendo hablar, en su caso, de los que tengan poca importancia ó no se presten á la discusión.

Por más que, según ya llevamos indicado, puede prescindirse también en esta parte del riguroso orden establecido para la *expositiva*, teniendo en cuenta las ventajas que siempre se alcanzan de seguir en toda investigación científica un procedimiento metódico y ordenado; consideramos de no poca utilidad establecer una pauta que nos guíe en el planteamiento de las cuestiones que nos proponemos dilucidar.

Insiguiendo, pues, nuestro criterio y nuestras ideas acerca de este asunto, creemos que las consideraciones deberán hacerse por el siguiente orden: 1.º Diagnóstico clínico de la afección basado en la agrupación breve y concienzuda de los síntomas y signos de la misma. 2.º Discusión y exclusión de las enfermedades con las que debe establecerse el diagnóstico diferencial. 3.º Consideraciones sobre la etiología y patogenia. 4.º Discusión de los indicados. 5.º Consideraciones de orden especial que acaso constituyen el objetivo de la historia clínica.

Fácilmente se comprende que esta parte de la historia clínica no es siempre indispensable. Con efecto, casos se ofrecen diariamente que por su extremada sencillez no prestan interés, ni dan materia á discusión. Mas en otros muchos, es tanta la importancia que revisten y tan valiosas las enseñanzas que en el terreno de las consideraciones hemos de encontrar, que su entrada en él se impone, á riesgo, de no hacerlo, que pasen desapercibidos para la ciencia hechos morbosos que, fundidos en el crisol de una severa crítica y fecundados por un buen espíritu filosófico y maduro juicio, sobre contribuir al esclarecimiento de ciertos puntos oscuros dan á la historia clínica un carácter científico que de otra manera no podría alcanzar.

LECCIÓN LXXVII.

De la Necropsia.

Al ocuparnos en la anterior lección de la historia clínica, hemos hecho, como de pasada, algunas breves indicaciones sobre la autopsia considerándola tan sólo en el concepto de constituir, llegado el caso del fallecimiento del enfermo, otra de las partes integrantes de la misma. En el presente capítulo debemos tratar el asunto con mayor latitud, entrando en ciertos detalles cuyo conocimiento es de tal interés, que sería por demás encarecer su necesidad.

Los importantes servicios que la anatomía patológica ha hecho para el adelanto de la ciencia de las enfermedades es tan evidente, que bien puede decirse, parafraseando á Barht, *que el estudio de las alteraciones encontradas después de la muerte, es para la historia natural de las enfermedades lo que la geología para la historia de las revoluciones del globo*. Ella es, en efecto, la que constituye los más sólidos fundamentos de la experiencia, la que más ha influido en los progresos de la nosología y la que permite confirmar ó reformar los juicios anteriores acerca del sitio y naturaleza de los padecimientos.

Tal ha sido la importancia que ya desde remota época se ha asignado á la autopsia cadavérica del cuerpo humano, que inaugurada esta práctica por la escuela Alejandrina, continuose esta sabia costumbre hasta los tiempos de Rufo (un siglo antes de la era cristiana) en que llegó á desaparecer por completo. A raíz del siglo XIII, Federico II levantó el interdicto que prohibía la abertura de los cadáveres humanos, y en 1322 una pragmática de Su Santidad concedió á la escuela anátomo-patológica de Gua-

dalupe (España) el privilegio de abrir los cadáveres con un fin científico, haciéndose más tarde (1488) por los Reyes católicos igual concesión al Colegio de Médicos de Zaragoza, con lo cual quedó preparado el terreno donde implantar los fundamentos de la anatomía normal y patológica. Mas sea porque el espíritu de la época no favoreciera latamente estas investigaciones ó por el atraso en el conocimiento de las leyes fisiológicas, el resultado de las autopsias clínicas no correspondió, por de pronto, al que de ellas se esperaba, siendo preciso llegar al siglo XVIII para que el inmortal Morgagni, fundado en las alteraciones cadavéricas encontradas en más de 600 autopsias que estudió en sus relaciones con los hechos clínicos, creara la Anatomía patológica, iniciando al propio tiempo la fisiología de las lesiones materiales. A partir de esta época, la práctica de las autopsias se propagó desde Holanda, donde con este motivo se creó la celebrada escuela anátomo-patológica de los Albinus y Sandiford, á los demás países de Europa, manifestándose así de cada día mayor tendencia al conocimiento de las relaciones que existen entre los fenómenos patológicos y las alteraciones orgánicas, y como consecuencia de ello y de la aplicación á la ciencia anatómica de los nuevos medios de análisis, los inmensos adelantos con que hoy se nos ostenta la anatomía morbosa.

Este rápido bosquejo histórico sintetiza todo el interés que debe merecernos el examen *post mortem*, ya que, cual en otra parte lo dejamos consignado, constituye la necropsia el mejor criterio del diagnóstico, y la prueba y complemento de toda observación.

Para llegar á los resultados que de la autopsia clínica nos proponemos alcanzar es necesario sistematizar este estudio, es decir, hacerlo en condiciones que permitan hacernos cargo de todo cuanto exista de anormal en el organismo objeto de la investigación.

Antes de fijar el orden que conceptuamos preferible seguir en la práctica de la autopsia clínica y consecuivo estudio de las

lesiones cadavéricas, conviene precisar los elementos materiales que son indispensables para llevarla á buen término. Son los siguientes: 1.º un local á propósito, llamado *anfiteatro de autopsias*, que sobre estar dotado de luz suficiente y bien dispuesta reuna condiciones especiales para que pueda practicarse ante los alumnos y oír los concurrentes las consideraciones que tenga por conveniente hacer el profesor que la practique ó presencie. A las condiciones de limpieza y ventilación que debe reunir el local hay que agregar el que tenga agua en abundancia y demás medios necesarios para el lavado y desinfección, como polvo grosero de almendras, jabón, cloruro de cal, permanganato de potasa, ácido fénico y aun los fenatos alcalinos, para utilizar los que se crean necesarios según sean las circunstancias en que se encuentre el cadáver; 2.º los instrumentos que constituyen la llamada caja de autopsias, que contiene escalpelos, cuchilletes, tijeras, pinzas de disección, martillo con gancho, costotomos, enterotomo, raquiotomo, serrucho, agujas curvas y tubo insuflador. Deben además tenerse á mano una balanza con sus pesos, esponjas, jeringa, una lente, hilo para ligaduras, pipetas para recoger los líquidos, y vasijas de cristal graduadas para los que deban someterse al análisis químico, cápsulas de porcelana con alcohol para colocar las porciones de órganos que deben sujetarse al examen microscópico, y finalmente vasijas con alcohol para la conservación de los órganos que tengan interés para el estudio y bandejas con que transportar fácilmente las piezas patológicas para que puedan ser vistas por los asistentes.

Así el procedimiento operatorio como el orden que se siga en el examen del cadáver, no son cosas tan indiferentes que permitan prescindir de ciertas reglas, sino que por el contrario obligan, como ya hemos indicado, á sistematizar este estudio, siendo evidente prueba de su importancia la diversidad de pareceres que acerca de este punto ha reinado entre los anátomo-patologistas.

Examinaremos los distintos procedimientos empleados para aquilatar sus ventajas é inconvenientes y en su vista fijar en definitiva el que consideremos preferible. Hay quien opina (Chausier y Renard) practicar la autopsia clínica, abriendo las diversas cavidades por el siguiente orden: raquis, cráneo, tórax y abdomen; este procedimiento ofrece el grave inconveniente de que siendo necesario colocar el cadáver en decúbito abdominal todo el tiempo que dure la abertura del raquis y determinándose forzosamente fuertes sacudidas con el raquiótomo, han de producirse modificaciones en el estado de los órganos de las cavidades torácica y abdominal y hasta trastornos en distintos conceptos y más ó menos extensos, cuya causa sería dificilísimo de averiguar.

Chomel, entre otros, aconsejaba comenzar por la abertura del abdomen, después el tórax y luego de estudiados detenidamente los órganos contenidos en estas cavidades, pasar al examen del cráneo, raquis y miembros; en su sentir este procedimiento ofrece la ventaja de poderse apreciar con exactitud la cantidad y cualidades del líquido que tal vez exista coleccionado en la cavidad abdominal, y reconocer fácilmente por la depresión ó descenso del diafragma si existe igualmente derrame en la cavidad torácica, sin el inconveniente que puede ofrecer, si no se tiene la debida precaución, de que se establezca una comunicación entre las cavidades pleural y peritónica, el consiguiente pase del líquido de una á otra cavidad y por resultado final esterilizar en parte el objeto de la necropsia. No falta, por fin, quien sostiene que, si bien se debe empezar por abrir el abdomen, es ventajoso sin embargo, en la mayor parte de casos, después de puestas al descubierto las dos cavidades del tronco, empezar el examen por los órganos torácicos antes de pasar á los digestivos y génito-urinarios, practicando en último término la abertura y estudio del cráneo y raquis.

Este es el procedimiento ordinariamente seguido en las autopsias que se practican en la mayor parte de nuestras escuelas,

pero limitado al examen macroscópico; y como, por otra parte, tal como se encuentra hoy organizada la enseñanza, no se dispone en ellas del personal ni del material indispensable para realizarlas con arreglo á las exigencias de la moderna clínica, han de resultar necesariamente defectuosas é incompletas. Esto no ha de ser, sin embargo, motivo para que dejemos de señalar el procedimiento que nos parece debiera seguirse.

Entendemos, en primer lugar, que el servicio de las necropsias clínicas debería estar íntimamente unido á la enseñanza de la anatomía é histología patológicas, siendo el profesor de esta asignatura el que tuviese á su cargo el practicarlas, ó bien lo hicieran sus ayudantes bajo su dirección, señalando las lesiones encontradas, que uno de ellos anotaría en el correspondiente libro de registro, con los cuales podrían formarse verdaderas colecciones de importantes datos científicos. Sobre esta ventaja, que no es despreciable, ofrecería este procedimiento la de que no siendo el profesor de clínica el que dirija la autopsia, y por lo mismo sin idea alguna preconcebida y sin que el amor propio le interesara más que la verdad, podríanse apreciar y manifestar con perfecta libertad de espíritu las lesiones observadas, confirmando ó contrariando el diagnóstico anatómico, al clínico, que antes se hubiese formado.

El orden que conceptuamos merecer la preferencia, es comenzar por el examen y anotación de todo cuanto de notable se ofrezca en el hábito exterior del cadáver y que pueda ser interesante en el concepto clínico, sin entrar en aquellos minuciosos detalles que casi siempre reclaman las autopsias jurídicas.

Verificado este examen, se abrirá el cráneo, colocando para ello el cadáver en decúbito dorsal y en la disposición conveniente la cabeza para practicar una incisión que, partiendo de la raíz de la nariz, se extienda hasta la protuberancia occipital externa, y otra que desde la oreja de un lado termine en la opuesta, resultando por consiguiente cuatro colgajos que, ransversados hacia fuera, dejan al descubierto la bóveda craneana.

Luego de examinados los huesos del cráneo, se procederá á su sección por medio de un corte de sierra y en el sentido de una línea que, empezando á un centímetro por encima de la raíz de la nariz, pase por la región temporal de un lado á la protuberancia occipital externa, volviendo por la del otro al punto de donde partió. El empleo de la sierra para la sección del cráneo es preferible al del martillo, por cuanto esta resulta más regular, y se hace sin sacudidas, que podrían alterar la sustancia cerebral, y sin fractura de los huesos, cuyos fragmentos, lesionando la masa encefálica, podrían producir trastornos que condujeran á error. Levantada la bóveda craneana, se presenta la dura madre, la cual se incinde con unas tigas de botón y paralelamente á cada lado del seno longitudinal superior, y ejecutando después otro corte de arriba abajo en su parte media y en ambos lados, queda descubierto el cerebro y sin más envolturas que las que le prestan la aragnoides y pia-madre. Después de apreciar todo lo que de anormal exista en este primer reconocimiento, se extrae del cráneo la masa cerebral, librándola de todas las ataduras que la tienen sujeta por medio de secciones en la hoz del cerebro, nervios ópticos, tienda del cerebelo y pares craneanos, procurando que la sección del bulbo raquídeo sea lo más abajo posible. Ya separada toda la masa encefálica de la cavidad que la contenía, se apreciará todo lo que haya de notable en esta cavidad, y luego rebasando de la superficie del cerebro la hoja visceral de la aragnoides y la pia-madre, se corta á rebanadas la masa encefálica para, al propio tiempo, poner al descubierto las diversas cavidades de la misma, y anotar todo lo que ofrezca interés para el estudio.

Para el examen del cuello, que deberá seguir al anterior, se practicará una incisión que partiendo de la eminencia mentoniana termine en el centro del borde superior del esternón; dos incisiones transversales que partan de la línea media resando el cuerpo de la mandíbula, y otras dos paralelas al borde superior de cada clavícula. De este modo resultan dos colgajos cua-

drangulares que permiten, sin necesidad de cambiar la posición del cadáver, reconocer perfectamente las regiones superficiales y profundas y recoger importantes datos acerca de muchas dolencias que radican en los órganos en ellas contenidos.

Sin variar la postura del cadáver se procederá desde luego á la abertura de las cavidades torácica y abdominal, utilizando para ello la parte inferior de la incisión media del cuello, que se prolongará á lo largo del esternón hasta un poco por debajo del apéndice xifoides, desde cuyo punto partirán dos incisiones en dirección á la espina iliaca ántero-superior del lado respectivo, y aprovechando las incisiones supra-claviculares pueden disecarse con facilidad los colgajos laterales y poner al descubierto las regiones condro-costales. Las incisiones abdominales interesarán la piel, planos fibrosos y musculares, cuidando mucho de no interesar los órganos contenidos, sobre todo los intestinos, que pueden hallarse muy inmediatos á los tegumentos cuando hay gran desarrollo de gases. Entonces se procede á cortar con el costotomo cada una de las costillas, á dos centímetros de su articulación condral, introduciendo para ello la lámina obtusa del instrumento por debajo de la última costilla y seccionando los músculos intercostales, verificando lo propio con todas las demás de ambos lados. Terminada que sea esta operación, que se ha de hacer con gran cuidado para no lesionar los órganos torácicos, se procederá á la desarticulación de la clavícula por la articulación esterno-clavicular, y separando en seguida el esternón con las partes cartilaginosas y óseas, rasando todo lo posible la cara interna de este hueso, se levanta el colgajo ventral y se deja caer sobre los muslos del cadáver.

Abiertas así ampliamente las dos cavidades, se empieza el análisis de los órganos contenidos en el pecho, estudiándolos desde luego en su situación y relaciones; extrayéndolos después de la cavidad, se aprecian el estado de la pleura y mediastino, y por medio de un examen detenido y minucioso, las alteraciones que hayan ocurrido en todos los órganos torácicos. Si hu-

biese derrames pleuríticos ó pericardiácos, deberán recogerse con cuidado, y con la etiqueta correspondiente que marque su procedencia, se transportarán al laboratorio micro-químico para ser reconocidos, haciéndose lo propio con las diversas porciones de los órganos que se separarán cuando las lesiones encontradas reclamen el concurso del análisis microscópico. Lo propio debe hacerse con todos los órganos contenidos en la cavidad abdominal, abriendo los intestinos por medio del enterotomo, recogiendo todos los líquidos derramados y separando porciones de órganos para su análisis, pasando después al examen del aparato genital que, como es fácil comprender, debe variar según sea el sexo del individuo.

Terminada la investigación de los órganos torácicos y abdominales, debe efectuarse la abertura del conducto vertebral. Esta operación es la más difícil y más entretenida de la autopsia. Para practicarla, hay que colocar el cadáver en decúbito abdominal, elevando el cuello y el abdomen por medio de un zócalo, en esta disposición, se practica primero una incisión transversal que partiendo de una apófisis mastoidea vaya á terminar á la otra, y desde la parte media de este corte se hace partir una incisión longitudinal que se extienda, pasando por el plano medio del cuerpo, hasta la articulación sacro-vertebral; hecho esto se disecan los dos colgajos hasta el nivel de las costillas, se despegan las masas carnosas que cubren los canales vertebrales, y así descubiertos estos, se aplica el raquiotomo doble, tomando el mango vertical con la mano izquierda y el horizontal con la derecha, y colocándole de manera que la serie de apófisis espinosas esté alojada en el intervalo que separa las dos láminas. Cuando estas han sido serradas, se introduce en la abertura el gancho del martillo cerebral, con el cual se separará por tracción el segmento óseo, aislando por medio del escoplo y martillo las porciones adherentes que tal vez se encuentren. Puesto al descubierto el conducto raquídeo se examinará con todo detenimiento, y después de averiguar si existe

algún derrame entre los huesos y la dura-madre, se incindirán las meninges para reconocer la médula así en su situación natural como después de extraída del estuche que la contenía. En último término se procederá al examen de la región ano-coxígea y de los miembros, con lo cual quedará completada la autopsia.

No podemos dar fin á este estudio sin dejar consignado que no es indiferente la manera de recoger los datos suministrados por la autopsia y el método que debe seguirse en la redacción de la que podemos llamar *historia necrópsica*. Esta se compondrá de dos partes: una que será inmediata, en la que se designarán en el acto los caracteres macroscópicos de los órganos enfermos; y otra que será mediata, puesto que siendo su objeto la descripción de los caracteres microscópicos y químicos, no puede realizarse hasta después de haberlos estudiado en el laboratorio micro-químico. Así es que insiguiendo los preceptos que hemos sentado para la práctica de la autopsia clínica, será muy conveniente en la redacción de la misma, ajustarnos al siguiente plan: 1.º Circunstancias particulares del individuo cuyo cadáver se examina. 2.º Caracteres del hábito exterior. 3.º Datos que resulten del examen de las regiones y cavidades estudiadas por el orden que dejamos establecido. 4.º Análisis químico y microscópico de los líquidos y sólidos que resulten alterados. 5.º Deducciones fisio-patológicas, patogenéticas y semeyóticas que los datos necrópsicos permitan formular.

NOTA.—Para más detalles podrán consultarse con fruto las excelentes obras de los Dres. Santero y Bouchut *Preliminares clinicos y Tratado del diagnóstico y semiología*.

ÍNDICE

PARTE PRIMERA.

LECCIÓN		PÁGS.
	I.—Concepto y objeto de la Clínica en general.	1
»	II.—Historia de la Clínica.	5
»	III.—División de la Clínica.	8
»	IV.—Orígenes de conocimiento clínico.	10
»	V.—Continuación de los orígenes de conocimiento en lo normal.	14
»	VI.—Continuación de las fuentes de conocimiento clínico.	18
»	VII.—De la Fisiología patológica como origen de conocimiento clínico.	23
»	VIII.—De la Patología como fuente de conocimiento clínico.	24
»	IX.—La Terapéutica como origen de conocimiento clínico.	26
»	X.—De las ciencias físico-químico-naturales como origen de conocimiento clínico.	28
»	XI.—De las ciencias auxiliares como fuente de conocimiento clínico.	34

PARTE SEGUNDA.

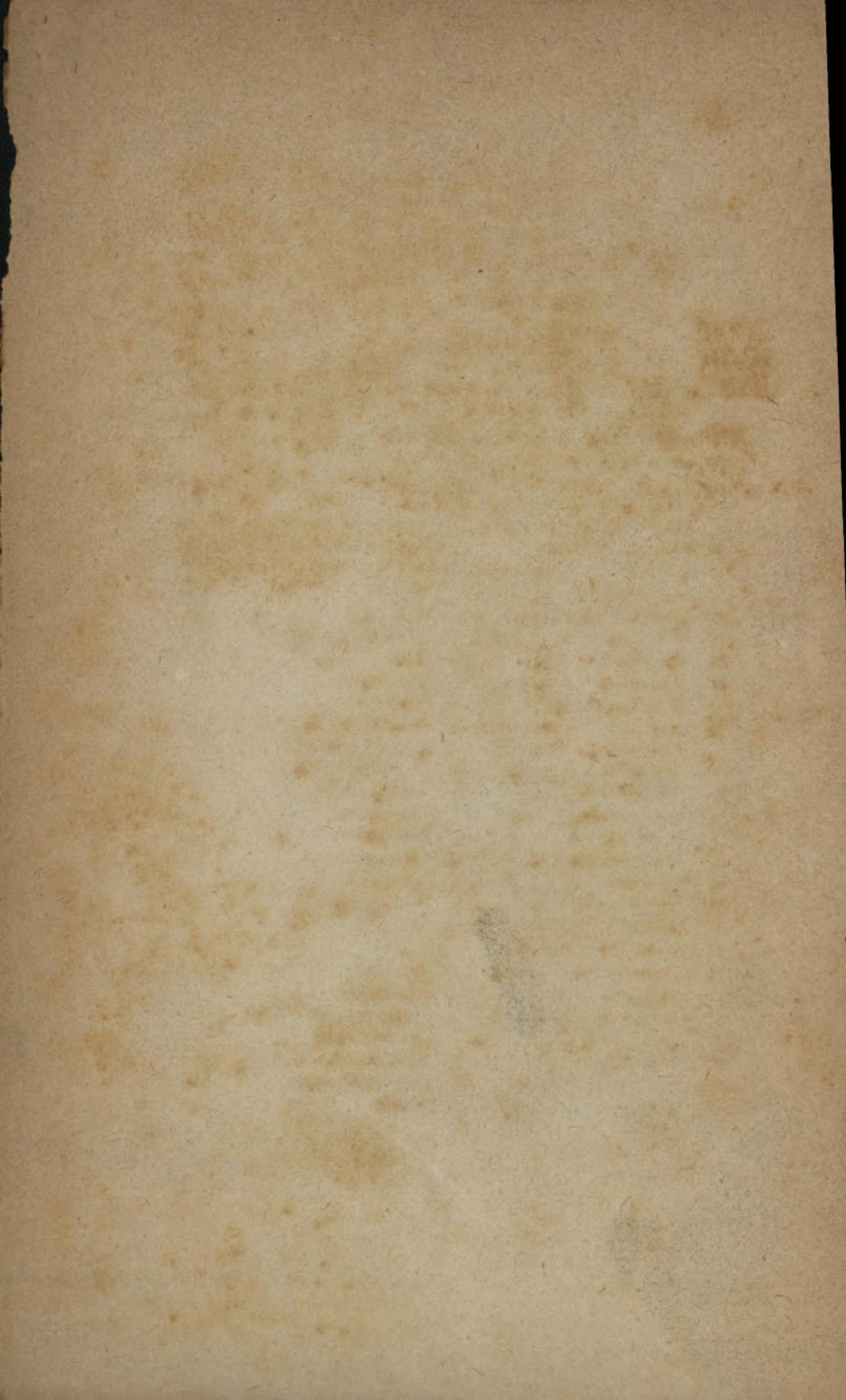
	PÁGS.
LECCIÓN XII.—Diagnóstico médico.—Principios y objeto del diagnóstico.	39
» XIII.—Necesidad del diagnóstico y método que debe seguirse para llegar á él.	40
» XIV.—De la observación y experimentación en clínica.	44
» XV.—Cualidades necesarias para la observación clínica.	47
» XVI.—De los sentidos externos como elementos indispensables para la observación.	49
» XVII.—Necesidad de la vista, del oído y del tacto.	51
» XVIII.—Cualidades intelectuales del médico clínico.	54
» XIX.—Continuación de las cualidades intelectuales del médico clínico.—Memoria.—Imaginación viva y profunda.—Animo tranquilo y despreocupado.	58
» XX.—Procedimientos de examen de los enfermos de dolencias internas.—Interrogatorio. Métodos de Rostan y Bouillaud.	61
» XXI.—Técnica del interrogatorio.	66
» XXII.—Investigación del conmemorativo.	69
» XXIII.—Exploración del enfermo.—Examen del estado actual.	73
» XXIV.—Dificultades que se ofrecen en el examen de ciertos enfermos. Manera de subsanarlas.	75
» XXV.—Importancia del examen del hábito exterior del cuerpo, del rostro y superficie cutánea y de los decúbitos.	78
» XXVI.—Examen del aparato sensitivo.—Investigación de las facultades anímicas.	82
» XXVII.—Examen del estado de los órganos en el alienado. Particularidades del pulso y del peso del cuerpo.—Importancia del conmemorativo.	87
» XXVIII.—Reconocimiento del aparato de la visión.	92

	PÁGS.
LECCIÓN XXIX.—Exploración de la retina. Retinoscopia fosfeniana.	95
» XXX.—Inspección por medio de instrumentos destinados á proyectar los rayos luminosos en el interior de los órganos ó cavidades.	98
» XXXI.—Dificultades del examen oftalmoscópico.—Aspecto del fondo del ojo.	103
» XXXII.—Cerebroscopia.	106
» XXXIII.—Exploración del aparato auditivo.	110
» XXXIV.—Exploración de la trompa de Eustaquio.—Métodos y procedimientos.	113
» XXXV.—Laringoscopia y laringoscopio.—Su historia, objeto y procedimiento de exploración.	116
» XXXVI.—Exploración de las fosas nasales. Rinoscopia.	122
» XXXVII.—Exofagoscopia y Gastroscopia.	123
» XXXVIII.—Reconocimiento de la fuerza muscular.—Dynamómetro.—Dynamógrafo.	129
» XXXIX.—De la electricidad en Clínica.—Consideraciones generales.—División en estática y dinámica.—Diferencia en sus efectos.	134
» XL.—Aparatos generadores de la electricidad.—Sus tres clases: aparatos estáticos; pilas; aparatos de inducción.	138
» XLI.—Aplicaciones de la electricidad al diagnóstico y pronóstico.	144
» XLII.—Reglas y procedimientos que deben seguirse para la aplicación de la electricidad médica.	149
» XLIII.—Aplicaciones de la electricidad en Terapéutica.	153
» XLIV.—Exploración del cráneo y de la columna vertebral.	163
» XLV.—Inspección física del pecho.—Palpación.—Succusión. — Mensuración. — Cirtometría y cirtómetro.	168
» XLVI.—Espirometría y espirómetro; su objeto y aplicaciones á la clínica.	174

	PÁGS.
LECCIÓN XLVII.—Estetoscopia en general.—Auscultación torácica.	178
» XLVIII.—Signos suministrados por la auscultación en las enfermedades del aparato respiratorio.	182
» XLIX.—Estetoscopios.	188
» L.—Preceptos técnicos para la auscultación pulmonar.	192
» LI.—Auscultación cardíaca.—Generalidades.—Recuerdo anátomo-fisiológico.—Preceptos y reglas de auscultación cardíaca.	197
» LII.—Dynamoscopia y dynamoscopio.—Sus aplicaciones.	202
» LIII.—Esfigmología.—Esfigmografía.—Esfigmógrafo.	207
» LIV.—Pleximetría.—Percusión.	213
» LV.—Presinervoscopia.—Exploración de la sensibilidad local en las regiones precordial y preaórtica.	217
» LVI.—De la compresión en las enfermedades del aparato respiratorio.	224
» LVII.—Examen de la cavidad abdominal.	228
» LVIII.—Exploración del aparato digestivo.	232
» LIX.—Exploración de la región renal.	235
» LX.—Examen de la orina.	237
» LXI.—Análisis de la úrea.	239
» LXII.—Investigación de las orinas sedimentosas.	243
» LXIII.—Investigación de la albúmina en las orinas y sus causas de error.	250
» LXIV.—Investigación química del azúcar glucósico en la orina y sus causas de error.	255
» LXV.—Análisis cuantitativo de la glucosa urinaria.	259
» LXVI.—Investigación de la bilis y medios de demostrar su presencia.	272
» LXVII.—Investigación de la sangre en la orina.	279
» LXVIII.—Investigación del moco y del pus en la orina.	282

	PÁGS.
LECCIÓN LXIX.—Investigación de los tubos uriníferos, esperma y parásitos en la orina.	285
» LXX.—Investigación de los líquidos patológicos.	287
» LXXI.—Termometría y termómetros.—Sus aplicaciones á la clínica.	291
» LXXII.—Termometría cerebral.	295
» LXXIII.—Investigación del peso de los enfermos.	298
» LXXIV.—Microscopia. — Microscopio. — Micrómetro. Sus aplicaciones á la clínica.	300
» LXXV.—Técnica del microscopio.	305
» LXXVI.—De la historia clínica.	310
» LXXVII.—De la necropsia.	320





ERRATAS NOTABLES.

<i>Página.</i>	<i>Línea.</i>	<i>Dice.</i>	<i>Debe decir.</i>
4	10	Σλωπ.	Κλωη
5	5	reasumirse.	resumirse
8	1	de siglo.	del siglo
16	26	pneumocomiosicós.	pneumocóniósicos
18	25	Lección V.	Lección VI
19	22	Microscópica ó Histoquí- mica.	Microscópica é Histoquímica
22	23	regonal.	regional
23	1	Lección VI.	Lección VII
24	25	Lección VII.	Lección VIII
25	8	intervencón.	intervención
26	25	Lección VIII.	Lección IX
28	24	Lección XIX.	Lección X
30	19	fisiologica.	biológica.
31	4	realizan en la economía. Si la química animal no pos- pusiese al acto.	realizan en la economía; si la química animal no nos hubiese dado
31	20	alubminuria.	albuminuria
51	3	escrupulosa.	escrupulosa
73	5	suministados.	suministrados
81	23	entrecruzados.	entrecruzados
87	16	alineado.	alienado
98	16	luminosós	luminosos
99	27	imáhen.	imagen
106	21	tres.	cuatro
110	25	macsilar.	maxilar
114	última	condneto	conducto
122	7	como y también.	como también
128	27	gastrocópia.	gastroscópia
145	32	conservacón	conservación
152	última	meningo-miolitis.	meningo-mielitis
153	1	amon.	amen
id.	id.	aténia.	atonía
id.	id.	motrizes	motrices

<i>Página.</i>	<i>Línea.</i>	<i>Dice.</i>	<i>Debe decir.</i>
155	9	abdo: minal.	abdominal
162	10	Caterismo.	Cateterismo
171	25	fisiológicas.	fisiológicas
173	22	veidenciar.	evidenciar
175	última	arriba.	abajo
176	2	arriba.	abajo
181	34	base.	sabe
191	28	el.	al
191	16	mano.	mono
191	22	perspectiva.	perceptiva
191	23	pero el.	pero al
192	13	las mencionadas.	los mencionados
234	25	duedeno.	duodeno
240	12	albuminioideos.	albuminoideos

NOTA.—Por error en la compaginación ha debido colocarse al final de la obra el cuadro de León Didelot «Ensayo fisico-químico de los cálculos y sedimentos urinarios» que corresponde á la Lección LXII

610.622
HMS

