

Precisamente la gran excelencia de la Oftalmoscopia ordinaria está en la plena recíproca independencia en que, según expliqué, se mantienen la vista, el reflector y la lente condensadora. Ya en la *Máxima XI* insistí lo bastante acerca de cuán reñidas andan una con otra, la *adaptación* y la *rigidez*, y no cabe relación más rígida que la de formar una sola pieza inflexible, invariable, la testa del explorador y el foco luminoso.

Cuanto á los generadores de luz para la construcción de un poliscopio de foco adherente al observador, con aplicación á los casos exploratorios por iluminación externa, paréceme indiscutible que el único hábil es la electricidad, y aun tomada de un generador de gran fuerza. Fundo esta creencia en la experiencia: todos los he puesto á prueba, y cada uno en diferentes formas.

Y en verdad que sería lástima no poder nunca el médico disponer del poliscopio para exploraciones de iluminación exterior, á que llevo hecha referencia, porque se adapta perfectamente á las condiciones visuales humanas. En efecto: un foco de luz eléctrica del diámetro de dos centímetros (que ya es gran foco para explorar), queda sobradamente *apantallado* mediante un espejo condensador de cuatro centímetros de diámetro, y este reflector-pantalla, colocado á tres y medio ó cuatro centímetros de la raíz nasal, deja cumplidamente expedita la visión binocular para los objetos situados á distancia de visión distinta. Cuanto al calor, es mera cuestión industrial el aislarlo. Cuanto á la total montura, su base es la de una gorrita de *jockey*.

Tan prácticas son las consignadas valuaciones, que hace más de treinta años las aplico *en borrador* á la stomato- y faringoscopia, y hasta á la histeroscopia. Mi aparato de *in-promptu* consiste en un cerillo, ó fósforo de sereno ó cabito de vela, acomodado con la izquierda mano á una cuchara de metal (y aunque sea de palo), que le

sirve de pantalla y reflector; colocado todo ello á unos cuatro centímetros de la raíz nasal, y manejando con la diestra el depresor lingual que la casualidad me depare, ó el *speculum uteri* previamente colocado. Tan expedita resulta la exploración que uno se olvida de que tenga delante ni luz ni pantalla.

Pues, así se harían todas las exploraciones de iluminación externa si, al poder y á las garantías de inocuidad de la luz eléctrica, se uniera, por feliz solución, la razonable independencia entre la acomodación de la vista y la del reflector, tal y como la gozan en mi faringoscopia de batalla los ojos y el conjunto del cerillo y la cuchara. El porvenir dirá.

Clave 6.^a—La oftalmoscopia hay que mirarla como una forma muy singular de la *Optotecnia*, tanto por la naturaleza del objeto explorado, cuanto por la índole óptica del procedimiento.

La *naturaleza del objeto* explorado constituye caso único. Examinar la topografía retino-papilar, es ver, sin previa disección, una región de suyo *preparada* en vida, merced á tener de vidrio su piel y su capa subcutánea: es una preparación anatómica viva guardada en un relicario. Otro caso como este en nuestro cuerpo no se me podrá citar. De modo que la oftalmoscopia es exploración *íntima*; mientras que la más penetrante de las otras no pasa de *interior*, de cavidad natural, tegumentaria, mucosa. Precisamente por esto, la oftalmoscopia puede trascender á cerebroscopia. Y por lo que dice al *procedimiento*, sobre tener una base peculiar, profundamente científica, dista mucho de constituir por sí solo *un total sistema* aislado, absoluto, como lo son las demás formas exploratorias ópticas, v. gr., la rino-, la cisto-, la histo-, la procto-, la otoscopia, etc., etc., sino que vive en constante y muy íntima relación con otros procedimientos oftalmoscópicos unos y oftalmométricos otros, de gran precisión, que

constituyen lo más científico y exacto del Arte exploratoria. El examen del ojo y sus anejos, á la luz natural; el del funcionamiento de los músculos; el de la visión; de su agudeza; de su capacidad cromatóptica; de su campo; de las condiciones dióptricas de los medios oculares; de las optométricas; de su estado de transparencia; del astigmatismo; de las ametropías; de las condiciones de la córnea; de las de refracción por medida objetiva directa é inversa y algunas más de menor cuenta, he aquí el conjunto de procedimientos eminentemente científicos que componen la Oftalmotecnia en el amplio y superior concepto del vocablo, y de los cuales, la ordinaria oftalmoscopia sólo forma una de tantas, y no por cierto la preferente, la característica de la especialidad oftalmiátrica, llamada Oculística en corriente romance.

Esta doble aristocrática alcurnia de la Oftalmoscopia, pues es hija directa de ciencia de precisión, y goza el privilegio de contemplar partes orgánicas íntimas, disecadas en vida, hace de ella un procedimiento excepcional en la práctica, no sólo por su elevación teórica, sino asimismo por su resistencia á dejarse sustituir por otros modos indagatorios más llanos y expeditos.

§ 13.—Terapéutica exploratoria

(*médico-quirúrgica*)

Clave 1.^a—Incluyo en el grupo de procedimientos *instrumentales* para la formación del diagnóstico la Terapéutica en funciones explorantes, por no dejar incompleto el cuadro de esta técnica, tal y como debe estar constituido en su concepto más alto y comprensivo. ¿Qué más da, en efecto, administrar con un fin meramente diagnóstico los arsenicales á un enfermo sospecho de herpetismo; los mercuriales á otro sospechoso de sífilis; la zarzaparrilla ó el cloruro de oro á un tercero para ver si un síndrome reu-

matoideo lumbo-ciático que acusa es debido, según fundadas sospechas, á la supresión brusca de una blenorragia aguda, ó practicar la abertura en vida de una cavidad natural, á fin de aclarar un diagnóstico obscuro, que practicar la auscultación, la uroscopia ó la termometría al objeto de averiguar si nuestro enfermo conserva sano el corazón, padece nefritis intersticial ó tiene fiebre? Todo es aquí INSTRUMENTO EXPLORATORIO: el fármaco, la cuchilla, el microscopio, el termómetro.

Pues bien; con borrar de los medios terapéuticos el rótulo de «remedios» y aplicarles otro que diga simplemente «instrumentos semeióticos», podrá quedar sosegado en este punto el ánimo más escrupuloso y más reactivo á transigir con el concepto de «Terapéutica exploratoria». Y ello es que este escrúpulo resulta, bien mirado, legítimo, porque en puridad no existe tal Terapéutica. En el médico adúnanse tan consubstanciales como en la Divina Trinidad el explorador del mal, su definidor y su terapeuta, y así resulta que, cuando en esta trina identidad, el explorador toma del arsenal terapéutico *algo* como instrumento ó traza de exploración, caemos en el error de atribuir al terapeuta la acción del explorador; error igual al que cometería quien, sabiendo de uno que es por *oficio* panadero, confundiera, al verle dar pan á un pobre, aquel acto de *caridad* con el de *mercadería de vender panes*.

Tal es el justo concepto que debe merecernos lo que yo, á sabiendas, llamé malamente «*Terapéutica exploratoria*», y que en rigor debe denominarse «*Exploración por agentes terapéuticos*». Lo único que á lo sumo podremos conceder es que, tratándose de una acción común de dos, del explorador y del terapeuta, se llame ésta del segundo modo por el profesor de Patología y Clínica generales, y del primero por el de Terapéutica y Materia médica.

Clave 2.^a—La precedente *clave* suministra un criterio segurísimo para no confundir jamás el acto discreto, per-

fectamente moral y artístico de emplear un agente del arsenal terapéutico como piedra de toque diagnóstico, y el otro acto, más que indiscreto, temerario, inmoral y anti-artístico que Hipócrates en su *Protaforismo* llama, según mi rigurosa versión, *probatura*, calificándola de *peligrosa*. La exploración diagnóstica por medios terapéuticos no es *probatura*, es *prueba*; no se hace al azar, sino con motivo y fin racionales, y precisamente, por esto último, ni es ni puede ser *peligrosa*. — Ambos conceptos deja separados un abismo abierto por esta petición de principio: *prueba* hecha sin fundamento racional y práctico es condenable *probatura*; aparente *probatura* hecha con fundamento racional y práctico, es laudable *prueba*. Y es que, en Medicina, adonde quiera que dirijamos la crítica, siempre se nos impone como regla de criterio el concepto hipocrático de la *decencia profesional*: el ser ó el no ser probo y perito el médico.

Clave 3.^a—Como la clave 1.^a nos preparó solución al argumento de la 2.^a, así la 2.^a nos da solución al de la presente. El arsenal terapéutico es tan vasto y variado como el mundo; sus recursos son medicinales unos, dinámicos otros; gímnicos, dietéticos, etc., ó del orden higiénico no pocos, y, en fin, operatorios, cruentos ó incruentos muchos. De todos puede haber de echar mano el médico, en cuanto explorador, á fuer de auxiliares diagnósticos; mas como por tácito convenio aceptamos unánimes la división tradicional de *lo médico* y *lo quirúrgico*, parece natural que dividamos el campo terapéutico, en cuanto arsenal exploratorio, en dos grandes regiones: una médica, formada de lo farmacológico, lo dinámico, lo higiénico y hasta lo ortopédico (Terapéutica incruenta), y otra *quirúrgica*, que, para nuestro caso, la ocuparán los recursos operatorios cruentos.

Cuanto á los recursos exploratorios médicos, ni una palabra necesito añadir á lo expuesto en la *Clave 2.^a*, al es-

tablecer el criterio diferencial, moral y técnico entre *prueba* y *probatura*; mas por lo que dice á los recursos exploratorios quirúrgicos, los admirables adelantamientos del Arte operatoria exigen, como medios diagnósticos, *clave* ó parágrafo aparte. Realmente, no basta decir que hoy el Arte exploratoria llega hasta practicar, v. gr., laparotomías, al solo objeto de averiguar qué mal oculta en su abdomen la persona enferma; hay que ver si lo hecho es lícito, y bajo qué condiciones lo es. En mi sentir, la solución á este caso de conducta es clara, sencilla y terminante.

Estas operaciones, antiguamente mortales casi de necesidad, hoy, merced á los grandes recursos de la moderna cirugía, resultan con grandes probabilidades de inocuidad; mas no se olvide que no llegan, ni en principio, ni casuísticamente consideradas, á dar al médico garantías seguras de que por ellas el enfermo no sufrirá grave y aun mortal detrimento. Mas como quiera que en tales casos se trata de optar entre una muerte segura por falta de diagnóstico, si el ignoto mal fuere operatoriamente curable, y una cura posible y quizá positiva, de ser éste conocido y alcanzado; mientras que, de otra parte, si el mal fuere incurable, con operación exploratoria ó sin ella el enfermo habrá de morir de él, viene la cuestión á resolverse en una optativa del enfermo mismo, ó de aquella persona que, á título de complemento legal ó natural de la del enfermo, se halle autorizada para aceptar como cliente dicha opción, estando obligado el médico á exponer al cliente ó al enfermo mismo, ó *á la autoridad médica competente, si se tratare de menor de edad y sin amparo*, los fundamentos clínicos de la operación exploratoria propuesta. A una ú otra de estas tres entidades toca resolver; mas á ninguna otra. Por tanto, cualquiera operación exploratoria, incluida en las gravísimas de otros tiempos que se practicare faltando á las dichas condiciones, constituirá, en mi sentir (y creo que en el de todo médico decente), algo más que un acto

de los llamados *imprudencia temeraria*, porque, en realidad, revestiría caracteres de *temeridad criminal*.

No me detengo en considerar el doble carácter exploratorio y terapéutico que á menudo reúnen los actos operatorios en que me ocupó, pues en el arte de explorar, esta excelencia no es exclusiva de la técnica operatoria. Si de camino que se practica, por ejemplo, una laparotomía exploratoria y se diagnostica el mal, puede practicarse la cura de éste, mediante un complemento de operación terapéutica, también de camino que por mera palpación se explora, v. gr., una faringe donde se atravesó un alfiler, cabe, en medio de arrebatos de tos y náuseas y asfixia del paciente, y por un complemento de acción, arrancarle de la columna cervical el alfiler, clavado ya en ésta por la violencia misma de la tos, dejando en un santiamén sano y salvo al cuitado con ocasión del explorarle.

Terminaré consignando, como prueba de que el presente asunto está dentro del cuadro natural del *Arte exploratoria*, el hecho de que el cateterismo y las punciones de carácter diagnóstico forman de antiguo parte integrante de los procedimientos semeioscópicos, y no á título de *Cirugía menor*, sino de *Operatoria leve*, y que no hay razón para que no se incluyan hoy en ese cuadro aquellas operaciones un tiempo gravísimas, pero admitidas hoy entre las exploratorias, á título precisamente de transformadas en *no graves*.

§ 14.^o—Leptobio-, Histo- é Hidrotoscopia

CLAVES COLECTIVAS

Clave 1.^a—En lo práctico seamos prácticos. Inútil es y dispendioso de tiempo el que el maestro de estas tres ramas técnico-objetivas—dedicadas á reconocer los productos de la exploración del enfermo—se empeñe en que los alumnos adquieran científica noción de las cosas pues-

tas á su examen en el Museo-Laboratorio de Clínica general: el ideal didáctico, en este ramo, es que sus aprendices, ya que no puedan hacerse desde luego cumplidos prácticos, resulten siquiera certeros practicones. He aquí el fundamento de esta, al parecer, herética afirmación. Analicemos.

La *Leptobioscopia* comprende el reconocimiento de parásitos, así animales como vegetales, así infestantes como infectantes, así pequeños como mínimos (microbios), en cuanto son causa material, presente y adherente de diversas enfermedades. La filiación de estos menudos seres el estudiante de tercer año de Medicina *debe ya tenerla conocida* desde que cursó Historia Natural en la segunda enseñanza, y cuanto al valor etiológico de cada uno de ellos, *aún no ha llegado la época de conocerlo*, puesto que es el catedrático de cuarto año, encargado de Patología interna, quien debe explicárselo. Y, pues apenas hay alumno que dé muestras de alguna somera noción de dicha Historia Natural (esto es un hecho), y por tanto, se hace inútil recordarle lo que nunca supo, ni enseñarle, por no ser la ocasión, que el *acarus scabiei*, v. g., es un artropodo, la *trichina spiralis* una lombriz nematoide, el *distoma hepaticum* una lombriz trematoide, el *tenia solium* un gusano cestoide, el *trichomonas* un protozoario, el *aspegillum* una mucélinea, etc., resulta que, en cuanto á *Leptobioscopia*, no cabe más en Técnica exploratoria que *saturar de experiencia al discípulo*.

La *Histoscopia patológica* el estudiante de tercer grupo la está estudiando en el propio año, simultaneada con la Patología y Clínica generales, bajo las enseñanzas teórico-prácticas del profesor de Histología patológica, y sería incurrir en una de tantas impertinentes y perjudiciales intromisiones duplicar así la doctrina como la técnica histo-patológicas, dando al aprendiz de la exploratoria una formal enseñanza de tal materia; por todo lo cual, en

cuanto á Histoscopia patológica, no queda más arbitrio que *saturar de experiencia al discípulo*.

La *Hidrotoscopia anormal*, finalmente, la forman de una parte elementos químicos generales que el alumno hubo de aprender, y de los cuales salió tan mal aprendido en segunda enseñanza como de los histórico-naturales y, de otra parte, elementos y procedimientos micro- y macro-químicos que está aprendiendo teórica y prácticamente del profesor de Histología patológica, resultando que en Hidrotoscopia patológica sólo queda el recurso de *saturar de experiencia al discípulo*.

Y pues por los tres conceptos resulta idéntica conclusión, ó hay que entregarse al vicio, tan censurable, de que los profesores se invadan mutuamente sus campos de instrucción, y hasta de que en todas las cátedras se pierda el tiempo explicando una misma cosa, cuando esa cosa está de moda, ó tiene que reducir el profesor de Clínica general su empeño técnico exploratorio-objetivo á una mera educación pericial práctica, bajo la fórmula ya tres veces consignada de «saturar de experiencia al discípulo».

Mas, ¿cómo se le satura?—Esto es lo que se encierra en la

Clave 2.^a—Para proporcionar al estudiante de Clínica general un anticipo de experiencia de objetos, y de procedimientos exploratorios de éstos, con que hacer frente á las necesidades primeras de sus observaciones de enfermos, he aquí los recursos apropiados, pertinentes, de fácil y perpetua asimilación y no nada invasores de ajenas atribuciones, de que dispone un catedrático de Patología y Clínicas generales:

RECURSO 1.^o—Ejercicios intuitivos reales de los objetos al natural, mediante numerosas y selectas colecciones de cada una de las tres especies de objetos. Para los humores, lo que se colecciona, como es natural, es la variedad de sus elementos figurados, que es lo reductible á preparado

micrográfico (permanente ó transitorio). Esto proporciona percepción de la realidad, experiencia directa de objetos.

RECURSO 2.º—Una buena *Iconoteca* (según ya indiqué en el comentario á la *Máxima X*), cuyos parciales atlas podrán, habida razón de su naturaleza y según se pueda, estar unos encuadernados y en lugar apropiado de los armarios, y otros en láminas encuadradas que cubran toda pared libre ó disponible, formando permanente exposición. Esto, por la cotidiana vista de unos objetos y la muy frecuente de otros, graba de indeleble modo en la memoria los objetos.

RECURSO 3.º—Frecuentes ensayos al *in-promptu*, colocando en la platina del microscopio objetos de alguno de los tres grupos (leptobios, tejidos y elementos figurados de humores), bajo la doble condición de que el alumno ignore qué cosa va á ver, pero que al mismo tiempo la sorpresa no pase del círculo de los objetos ya conocidos *de vista*, al natural ó en estampa. Esto, ó causa al alumno la inmediata alegría de reconocer lo conocido y recordado, saliendo con bien de la sorpresa, ó promueve un saludable esfuerzo de atención y de memoria por reminiscencia voluntaria que, resulte ó no resulte, arroja siempre un remanente indeleble, á poco que el estudiante sea sentido. Este remanente consiste en grabársele para siempre el recuerdo de aquel objeto, materia de la sorpresa y causa de su mal paso.

RECURSO 4.º—Análisis macro- y aun micro-químicos (sobre todo los primeros), hechos por el profesor ó por su lugarteniente, de un modo sencillo y claro sobre algunos humores patológicos de reciente extracción y, como hubiere coyuntura para ello, de algunas muestras de tejidos morbosos.

RECURSO 5.º—Con motivo de estas sesiones experimentales, ofrécese ocasión naturalísima de que los alumnos se ejerciten en la *Técnica de aprestos histo-microbio-*

químicos, comprendiendo en los últimos el análisis así de pequeñas como de grandes cantidades de los respectivos productos. De esta técnica, que es común á la exploratoria y á la necróptica, repito mi referencia á la *Secc. 2.^a del Trat. V*, donde se habla de ella con aplicación á una y otras de estas artes clínicas.

Clave 3.^a—En todo objeto de examen histológico ó hidrotoscópico, bien sea contemplativo al microscopio, bien analítico por modo macro- ó microquímico, debe tenerse entendido que, aun en los mayores extremos de morbosidad, no todo lo que le compone es morbosos. Esto, aun en lo más extravital, en las *concreciones*, se realiza, según el PRINCIPIO IX de mi doctrina de Patología general, es decir, que siempre el *substratum* patológico ofrece en tal ó cual proporción mezclados el *tanto de muerte* (principios anormales) y el *tanto de vida* (principios normales) de la enfermedad. Así, tomando como ejemplo la orina, esto es, el producto más capaz de ser invadido de elementos anormales por la forma y anormales por la substancia, hallaremos: caracteres físicos, elementos inorgánicos y elementos orgánicos, que serán, respectivamente, normales unos, patológicos otros, ó por su naturaleza ó por su proporcional cuantía. Lo mismo se observará tomando un extremo ejemplo histológico, analizando los elementos constitutivos del tumor más maligno, más apartado del normal tipo anatómico.

Importa, pues, no reducir el examen de tejidos y productos morbosos á lo que en ellos aparezca como cualitativa ó cuantitativamente anormal: sería esto formar de lo patológico una idea absoluta, en lugar de la relativa fundada en la proporción entre lo sano y lo enfermo, que es la real y verdadera y, por tanto, la noción á la vez doctrinal y clínica de todo lo morbosos.

Clave 4.^a—En todo examen de humores, si el análisis cualitativo de sus elementos plasmáticos ó amorfos es útil

dato, el cuantitativo de los mismos, donde pueda hacerse, lo es aún más, por constituir su resultado un dato de precisión; empero, de los elementos figurados que suspensos ó en poso se contienen en aquéllos, el análisis cualitativo resulta el más útil, puesto que el cuantitativo, representado por el recuento de dichos elementos, ni arroja datos precisos, ni es, por regla general, de necesidad clínica.

Para dar expresión concreta á mi pensamiento, recurriré á la determinación de casos. Así, propongámonos, como ejemplo de examen plasmático, el de unos orines diabéticos. En el examen del plasma de estos orines, será útil descubrir, por reacción cualitativa, que hay en ellos glucosa, y más útil aún determinar por pruebas cuantitativas el tanto por ciento de la misma en el plasma urinario. Así, pues, concretada la primera parte de la presente *Clave*, no hay más que hacer extensivo el caso á la albuminuria y demás variantes diabéticas, así como al de anormalidades plasmáticas de los demás humores.

Explicada esta primera parte de la *Clave*, propongámonos ahora, para hacer patente la segunda, el examen de los elementos figurados de la sangre. ¿Se trata, v. gr., de averiguar simplemente si entre éstos se halla ó no se halla la *filaria sanguinis hominis*, el bacilo carbunculoso ú otro parásito animal ó vegetal? Es éste un caso de análisis cualitativo; por él se trata de si la calidad, la especie de cosa de tal ó cual naturaleza forma ó no parte de los elementos configurados de la sangre. De no verse en la gota recogida la cosa buscada, podrá quizás faltar fundamento seguro para afirmar que ésta no se halla en la restante sangre del enfermo; mas como aquélla se muestre bajo el microscopio, la afirmación de su existencia es terminante: la total sangre está inficionada. Empero, si de esta prueba de calidad, que supongo afirmativa, queremos pasar á la de cantidad, ¡ah! ya en este nuevo análisis no podemos prometernos un resultado preciso, terminante. ¿Cómo ele-

varnos, mediante una operación aritmética, exacta sí, por aritmética, pero temeraria por infundada, desde el número visto y cuidadosamente contado bajo el microscopio, hasta el concepto de la relación de cuantía entre aquel número y el total contenido en los cinco kilos de sangre de nuestro cuerpo? ¿No cabe la posibilidad de que el día en que bajo el microscopio hallemos número mayor, sea menor el contenido en la total sangre, y viceversa, resulte mayor éste el día en que aparezca menor aquél?

Desengañarse: el análisis cuantitativo es de fiar en los plasmas, por virtud de las garantías que éstos nos dan de la igual difusión en que por toda su masa están *dosados* sus elementos amorfos componentes; mas de la igual repartición de los mórficos, ó dotados de figura propia, ¿quién nos responde, donde no disponemos de más norma que un penoso recuento, hecho en una mísera fracción de milímetro cuadrado ó cúbico del total humor?

Para dar á los entusiastas de estos recuentos á ojo de buen cubero las mayores ventajas, llevemos el cálculo á los mismos glóbulos rojos de la sangre, los cuales ofrecen el más aproximado ejemplo de difusión de elementos suspensos que pueda ofrecer el humano cuerpo. He aquí sobre qué bases descansa el cálculo: 1.^a, un promedio fisiológico de dotación de glóbulos rojos, que oscila entre 4.500.000 y 5.500.000 de éstos, no por la total sangre, *sino por milímetro cúbico*, de lo cual, á fuerza de ceros, se *inducen* 25².000.000¹.000.000 de glóbulos por la total sangre humana; 2.^a, una dotación *fisiológica relativa* de un diferente número de glóbulos por espacio dado, según sexo, edad y temperamento individual normal; 3.^a, diferencias notables en la capacidad normal hematogénica, según la calidad de los glóbulos, inducida por el propio temperamento, sexo y edad (ó quizá determinadora de éstos), lo cual no importa á nuestro objeto, y 4.^a, una relación establecida entre un espacio centimilimétrico sobre sangre sujeta á movi-

mientos mecánicos imperfectos, y la total capacidad circulatoria.—Ante este cuadro de negaciones de garantías, venga el más ciego y diga qué bases de precisión ofrece tal cálculo, y qué es el cálculo sino mero culteranismo aritmético, donde no hay formales bases de precisión.

Y con esto llegamos al esclarecimiento del último inciso de la *clave* objeto de este comentario, donde dice del análisis cuantitativo de elementos figurados que no arroja datos precisos «ni es, por regla general, de necesidad clínica».—Por este inciso se advierte que el clínico no ha menester para tales recuentos, tan prolijas operaciones, pues tiene á todas horas manera hábil, pronta y certera de evaluar por sentido práctico el alza ó baja de los elementos figurados; la visible mejoría si el alza se realiza en elementos normales, la visible agravación si el alza recae en elementos patológicos, y viceversa respectivamente. ¿Qué mejor *cuenta-hematies* que el rostro, y si no las fuerzas físicas, y si no la animación moral, y si no la respiración y el pulso y, quiérase que no, todas estas manifestaciones del enfermo juntas? ¿Puede darse mayor miseria analítica que sujetar á un cálculo muy ceremonioso é incierto sobre una mínima parte, pero tan mínima, y por el enojoso procedimiento de picaduras, aquello que con sólo responder el enfermo á nuestro saludo de entrada se ve y se oye?—Aplíquese esta verdad al recuento de leucocitos, de glóbulos de pus, de zoospermos, de cuantos elementos humorales, figurados, normales ó patológicos se quiera, y se verá claro en este particular.

Esta clara visión se reducirá, en última síntesis, á una paráfrasis de la presente *Clave*, es decir, á que en punto á plasmas, todo análisis cuantitativo ó cualitativo es útil; mas que, en punto á elementos figurados, todo lo que tiene de provechoso el determinar por examen cualitativo el *sí* ó el *no*, la *presencia* ó la *ausencia* (aunque con la reserva práctica de que ésta no es tan fehaciente como aquélla), tiene

de ilusorio el echar cuentas galanas, molestando al enfermo, siendo así que de la noseontopsis cotidiana, ó comparada, resultan valuaciones positivas, balances instantáneos en que todo interviene menos la molestia del enfermo y el talento aritmético del médico.

Ahora, á pesar de lo dicho, enseñen los maestros, aprendan los discípulos esa aritmética, pues, según mi riguroso principio experimental, no aspiro á que tales procedimientos caigan en desuso porque á mí me parezcan excusados y pedantescos, sino porque los demás se convenzan de que ese contar es en lo infinitamente pequeño del microscopio lo que el contar de las estrellas en lo infinitamente grande de los espacios.

Ahora, para terminar el presente TRATADO, he aquí una sumaria relación de cómo se procura en mi enseñanza conciliar los intereses prácticos con los doctrinales de la asignatura, así durante el curso como en los exámenes de prueba de estudios.

ARTÍCULO TERCERO

Plan general

adoptado por el autor para el buen régimen y la economía de tiempo en la enseñanza de Patología general con su Clínica y Preliminares clínicos, durante el reducido período de los ocho meses de curso, y contando con la eficaz cooperación de profesores y alumnos.

I

ADQUISICIÓN PRÁCTICA DE CAUDAL SEMEIÓTICO

Ya desde el 2 de Octubre, y en las diversas enfermerías del Hospital clínico, se da, durante los primeros quince ó veinte minutos de la hora y media reglamentaria, enseñanza práctica de examen de síntomas observables por los

medios naturales ó comunes de percepción y manipulación. Este anticipo de experiencia, comparable al de letras mayúsculas en lectura y escritura, y aun al de palotes, por la fundamental sencillez de algunas de las exploraciones de este género, está dispuesto con la mira de que los estudiantes adelanten, desde principio de curso, en aquello que no requiere previa iniciación artística, mientras por las tardes se van imponiendo en la teoría aplicada, la variedad y el manejo del instrumental, y demás materialidades de la *Técnica exploratoria*, á fin de poder en su día los propios alumnos ir aplicando al examen de enfermos los diversos instrumentos y procedimientos, según los vayan dominando.

Este sistema de *nulla dies sine linea*, aplicado á la práctica semeiótica, va acumulando en cada alumno un respetable caudal de experiencia propia, directa; caudal que se asegura y beneficia sin más que esta sencilla combinación: Cada día se toma en las enfermerías nota doble de los síntomas observados durante la breve sesión; de estas dos notas, una se la queda el profesor; la otra se da á un alumno designado al efecto para que provea la propagación de copias entre sus compañeros; el nombre de cada síntoma guía á los alumnos para hallar en el *Glosario de 785 síntomas* de la obra de PATOLOGÍA GENERAL, lo que constituye para cada fenómeno sintomático observado por ellos los elementos didácticos, es decir, etimología, definición descriptiva y principales variedades, si las hubiere. Y como con esto y su propia observación reúnan los discípulos un cabal y firme conocimiento, los 200 ó 250 síntomas de exploración natural cosechados, como quien dice, «á ratos perdidos», aquellos síntomas son, y no otros, los que se incluyen como materia semeiótica en el Programa de temas prácticos del examen de curso. Es decir, que en este particular se procede como en las clínicas especiales, donde sólo aquellos casos en ellas observa-

dos constituyen argumento de examen. De los síntomas que han sido objeto de instrumental ó de proceder analítico exploratorio, el examen de fin de curso los incluye en el de los instrumentos y procedimientos mismos que han sido aplicados á los enfermos durante aquel determinado curso. Total: que en el fondo quedan sujetos al mismo sistema práctico que los síntomas observados al natural, los explorados por medio de instrumentos y de procedimientos analíticos.

II

ORDEN GENERAL DE EXAMEN SEMEIÓTICO

(salvas las excepciones señaladas en las págs. 31 y 32)

Este orden difiere mucho del que en la *Secc. 2.^a del Trat. II* aconsejo á los prácticos, y la razón de ello es obvia. Lo que importa al médico es un orden fisiológico, por la doble ventaja de ser éste el más natural y el de más fácil recuerdo, para lograr sin saltos, lagunas, olvidos ó distracciones, reunir el conjunto síndrome clínico de cada caso; mientras que lo interesante para la enseñanza es una especial sucesión en la cual se concilien estos dos factores pedagógicos: la marcha desde lo expedito á lo arduo, y la fácil selección de regiones explorandas hecha en el *Album policlínico de estancias*, más bien que de enfermedades á explorar. Así, por ejemplo, el examen de lenguas es, como expedito, de los primeros (síntomas locales cefálicos), y, dentro de esta prioridad, la gran revista de lenguas se acuerda en aquel momento en que el estado del Album clínico acusa la oportunidad de ver de dicho órgano, en todo el Hospital, la más notable variedad de estados sintomáticos.

Hecha esta advertencia, y mientras la práctica no aconseje alguna variación, el orden didáctico de examen de fenómenos morbosos es el siguiente:

I, Síntomas exteriores generales; II, Sint. ext. cefálicos; III, Sint. ext. cervicales; IV, Sint. ext. del tronco; V, Síntomas ext. de las extremidades; VI, Sint. sistemáticos de la motilidad; VII, Sint. del aparato digestivo; VIII, Síntomas del respiratorio-fonético; IX, Sint. del cardio-vascular; X, Sint. de los aparatos secretorios diseminados; XI, Sint. del aparato génito-urinario en uno y otro sexo; XII, Sint. de la sensibilidad general cutánea y muscular; XIII, Sint. de los aparatos de especial sentido; XIV, Síntomas relativos á memoria, imaginación, entendimiento, sentimiento, voluntad, razón y conciencia.

III

ORDEN PARA CADA DETERMINADO RAMO DE TÉCNICA EXPLORATORIA

1.º Teoría aplicada de cada instrumento y procedimiento, ó de cada grupo instrumental y procesal.—2.º Examen práctico por desmonte y remontura del instrumento ó aparato dados, y ejercicio metódico elemental del procedimiento.—3.º Aplicación exploratoria respectiva de lo uno ó lo otro, ó de ambos elementos técnicos al examen de estados fisiológicos entre alumnos, según las reglas indicadas en el comentario á la *Máxima V*.—4.º Pase de los discípulos á la Clínica para aplicar el ya ejercitado instrumento y procedimiento, bajo la dirección inmediata del catedrático ó de su profesor clínico adjunto.—Y 5.º, aplicación, por los mismos alumnos, del procedimiento general de *Aprestos histoquímicos*. (V. TRAT. V, Secc. 2.ª)

IV

PROGRAMA ESPECIAL DE TÉCNICA EXPLORATORIA

(V. á continuación el Programa 3.º de exámenes.)

V

PROGRAMAS PARALELOS DE EXAMEN

Por lo presente, y á reserva de lo que la experiencia sugiera, mis Programas de prueba de estudios de la total asignatura son tres: uno, teórico, de *Patología general*; otro, *teórico-práctico*, de *Preliminares clínicos*, y un tercero, *absolutamente práctico*, de *Temas y problemas* técnico-clínicos.—Un solo bombo de resorte, provisto de 60 bolas, basta para el total examen, puesto que fácilmente cabe ajustar á sesenta el número de lecciones de cada uno de los tres diversos Programas, bastando, con esto, una sola urna para los tres sorteos.

Por lo que dice á esta reducción, lo más trabajoso es la de la *Patología general* en relación con mi obra de texto; mas esta reducción se impone, no tanto por la extensión del libro, cuanto por la enormidad de materias teóricas y prácticas que la asignatura abarca. Sin embargo, el acomodamiento está calculado á conciencia, según el grado de interés práctico inmediato de los temas científicos. Lo propio hay que decir de algunas reducciones, aunque menos extensas, del Programa de *Preliminares clínicos* en relación con el contenido del presente libro, que ya desde su aparición es natural constituya obra de texto.

Cuanto al Programa de *Temas y problemas prácticos*, á la vista salta la conveniencia de irlo variando más ó menos con el tiempo, á fin de acomodarlo á las particulares mudanzas inherentes á las cosas del orden experimental.

Ahora, como patrón general de proporciones entre las diferentes materias del curso, de reparto de tareas y, muy especialmente, para guía y comodidad de aquellos de mis profesores de asignatura que tienen adoptada ó que puedan en adelante adoptar en su enseñanza mis doctri-

nas, trazaré á continuación un bosquejo de cada uno de los tres Programas que rigen en mi cátedra desde la reforma oficial de la enseñanza de Clínica de Patología general en España, de que en el Prólogo llevo hecha histórica reseña, y en los Apéndices al mismo la copia de documentos.

Programa 1.º—Patología general

(Sesenta lecciones)

CONTENIDO Y SU REPARTO.—Siendo imposible, según queda dicho, dar como asunto de tan sobrecargada cátedra los tres tomos de mi CURSO DE PATOLOGÍA GENERAL, y estando íntimamente entrelazadas todas las partes de su contexto, se encarece desde el primer día á los alumnos la necesidad de que cada cual lea para sí toda la obra, por ser ésta la indispensable condición de buena inteligencia de las partes de ella, que serán asunto de cátedra y de examen de prueba de curso. Los buenos alumnos dan muestras de hacerlo; los malos, sobre que malos se quedan, por cualquier sistema que con ellos se adopte, facilitan más por éste su merecida calificación.

Sobre tal advertimiento, forman este primer Programa las materias que, por tomos y páginas, voy á señalar: Del TOMO PRIMERO (concepto de la Medicina y Nosología) se da todo, excepto lo contenido en páginas 93 á 108, 112 á 115, 119 á 127, 129 á 132, 133 á 146, 149 á 176, 188 á 214, 408 á 416, 417 á 419 y última.—Del TOMO SEGUNDO (Nosografía) se pueden dar la Introducción, toda la Etiología, sin más que en la sintética condensar mucho la parte anatómica del «Concepto del encéfalo», á lo cual se presta la profusión de representaciones esquemáticas; luego dar asimismo lo más substancial de la Energología y de la Nosobiótica; de ésta, la «Introducción» y toda la «Analítica» (páginas 848 á 954), suprimiendo el capítulo

«Desnaturalizaciones» (páginas 884 á 914).—Finalmente, del TOMO TERCERO (Nosognomía) dése toda la Semeiótica ó «Teoría de los síntomas» (páginas 29 á 59).—(La Gnóstica y la Teleutognosis, como teorías superiores sobre diagnóstico, pronóstico, indicación, momento clínico, convalecencia y muerte, son más para meditadas que para leídas á empellones de curso.)—Y por lo que dice al «Glosario sintomatológico», ya al componerle advertí que no lo dedicaba á texto de lección, sino á consultorio de por vida para quien lo hubiere á mano.

Programa 2.º—Preliminares clínicos

(*Sesenta lecciones*)

CONTENIDO Y SU REPARTO.—Aunque por la aparición del presente libro, como natural texto de los «Preliminares», toma el asunto mayores proporciones que las antes alcanzadas bajo el primitivo sumario manuscrito que constituía su embrión, es lo cierto que el tratamiento de dicho asunto en esta obra no es excesivo en absoluto, sino relativamente á la suma escasez del tiempo. De todas suertes, para los efectos de comentar en cátedra aquellos temas de suyo orales, ó de reducir á hechos aquellos otros esencialmente prácticos, todo el contenido de ella, ó sea el «Canon profesional» y «los siete Tratados» (entre los cuales, dos de los tres más voluminosos, el III y el V, son respectivamente asuntos de laboratorio y sala de disección), préstanse dócilmente á repartirse en 30 lecciones de Programa. Cuanto á la *Aforística*, como quiera que representa el espíritu de la parte casuística de la asignatura, y en modo alguno un texto susceptible de prueba de examen, resulta como no existente para los efectos áulicos y de curso. ¿Qué mayor castigo para el alumno si, teniendo en el libro más de 800 aforismos clínicos, no los aprovecha para salir mejor médico?

Por el indicado reparto quedan otras 30 lecciones disponibles para distribuir entre ellas, á prorrata, los doscientos ó más tipos sintomáticos de que los alumnos han adquirido experiencia propia durante el curso, según expuse en el párrafo I de este *Plan general*, y así, suponiendo en números redondos un caudal de 200 síntomas, podrán éstos ser divididos en 30 grupos, de los cuales habrá 20 de á 7 y 10 de á 6, formando abundante argumento para los 30 temas prácticos conmemorativos, ó sea, las 30 semeióticas lecciones de los preliminares.

Programa 3.º—Temas y problemas prácticos

(*Sesenta lecciones*)

CONTENIDO Y REPARTO.—Así el plan como la material comprensión de mi enseñanza técnica exploratoria, son idénticos á los del presente Tratado III, sin más diferencia sino la de que en el Colegio de San Carlos se da el arte de hacer cada determinada cosa, y aquí se da el arte de enseñar á hacerlas todas y elegirlas, cada una según su naturaleza, lo cual en nada afecta al número ni á la calidad de tales cosas y, por consecuencia, al programa de enseñanza y de examen que de ellas nos propongamos disponer. Por tanto, el mismo lector podrá ver que, por ser poco extensas muchas de las particulares técnicas, puede su total repartirse en 25 lecciones, de las cuales, unas contendrán un solo asunto extenso, v. gr., la laringoscopia; otras, dos y aun tres de menor ámbito, como por ejemplo, estómato-, rino- y faringoscopia. Con esto quedarán 35 lecciones disponibles para repartir entre ellas temas y problemas técnicos de resolución *in-promptu*. Yo las ocupo hace tres cursos en la siguiente forma: Lecciones anejas á Topografías clínicas de Acústica exploratoria, 3 (de cuatro casos cada una);—á Térmica, 4 (de cinco casos resp.);—á Laringoscopia, 5 (de cin-

co casos resp.);—á Parasitoscopia, 5 (de dos á tres casos resp.);—á Uroscopia, 10 (de cinco á seis casos respectivamente);—á Ptismatoscopia, 3 (de ocho casos resp.) y, finalmente, á Esfigmografía, 5 (de cincuenta y cuatro trazados resp., ó para cada lección).—Total, 35 lecciones.

La expuesta repartición está subordinada á los actuales recursos iconográficos, los cuales, no dándose como ediciones en venta, deben necesariamente ser obra del celo de cada profesor, con el auxilio de los dos grandes colaboradores universales, el tiempo y la salud. Por falta de ésta no he podido disponer, desde la reforma oficial de la enseñanza clínica, más que las siete colecciones de referencia, ó sea: dos atlas cromo-micrográficos de unos 35 centímetros de campo luminoso, en fondo color café tostado, de los cuales uno es uroscópico y cuenta 58 láminas; otro, ptismatoscópico, ó de examen de esputos, y contiene 23; un atlas laringoscópico, á blanco y negro, y que consta de 26 láminas; un atlas topográfico ó de lugares anatómicos de exploración, compuesto de 12 láminas; otro parasitoscópico, de 13, con diversas figuras cada una; otro de térmica, de 20 gráficas selectas y, por último, uno esfigmográfico, á que en otro lugar hube de referirme, con sus 28 figuras teóricas y 245 gráficas naturales, exactamente ampliadas.

Las 3 primeras láminas laringoscópicas, las 58 uroscópicas y las 23 ptismatoscópicas, total 84, están encuadradas y cubren todo el muro libre de armarios del Museo-Laboratorio.

Total: unas 400 figuras que dan pie á otras tantas sorpresas, y por tanto, á soluciones prontas y expeditas, cual conviene á la índole de un examen práctico de aprovechamiento. ¿Que ninguna de esas 400, ó en su día 1.000 sorpresas, lo pueden ser para un determinado alumno, por cuanto dispuso de unos ocho meses para aprendérselas? Pues, con decir que el alumno á tal ex-

tremo aprovechado huelga el examinarle, por tenerle ya conocido su maestro y bien calificado *in pectore*, queda contestado el reparo. Ocho meses han tenido todos á su disposición; lo que importa averiguar es cuántos de ellos llevan grabadas en su mente las 400 ó las 1.000 imágenes.

Tal es el orden merced al cual, por un extraordinario aprovechamiento de tiempo y una terminante distinción entre lo verbal y lo manual, he logrado dar alguna muestra, siquiera de reconocimiento, al poder público, por la realización oficial de todas mis anheladas reformas, no deseando al presente más que una de dos: ó que mi salud mejore lo preciso para llevar mucho más allá los resultados á que el actual sistema reglamentario se presta, auxiliado por el fervor de cuantos me rodean, ó que la muerte me lleve de una vez, y no á tirones como años ha lo está intentando.

No debo ni quiero terminar sin dirigir desde estas páginas una pública demostración de reconocimiento á mi querido compañero el Dr. D. Emilio Loza, quien, por su cuádruple condición de fervoroso amigo, competentísimo médico, ayudante de Clínicas y profesor auxiliar de la Facultad, ha sido constantemente y es mi brazo derecho, así en lo doctrinal como en lo práctico, para el cumplimiento y buen éxito de todos mis propósitos docentes, logrando, merced á él, estar como presente en la Facultad, aun en períodos en que apenas si estaba yo para presente en el mundo.

Asimismo debo gratitud al joven Dr. D. Enrique Vilches, que con una abnegación digna de elogio desempeña años ha gratuitamente, con carácter de honorario, el cargo de Ayudante del Museo-Laboratorio de mi cargo y la consiguiente tarea de adiestrar á los alumnos en la Técnica exploratoria durante las sesiones reglamentarias

de tarde; con lo cual sirve aquella, no cierta, sino muy problemática plaza á cuya provisión se refiere el Sr. Ministro de Fomento en la regla 3.^a de la citada Real orden de 25 de Junio de 1891. (V. Apénd. III al Prólogo.) Finalmente, aunque no en la esfera oficial, he de pagar una deuda de gratitud que contraída tengo para con mi íntimo amigo el adolescente doctor en Medicina y en Farmacia, y á más y mejor hábil artista D. Rafael Forns, por la colaboración ejecutiva prestada á mi empeño de iniciar la consabida ICONOTECA, en ocasión la menos propicia para que mi cuerpo me consintiera ciertos rigores de postura que el diseñar ó pintar con un fin científico, sobre todo en trabajos de copias á grandes aumentos, suele traer obligados.

TRATADO CUARTO

JUICIO CLÍNICO DEL CASO

(*Diagnóstico clínico*)

INTRODUCCIÓN

Por juicio clínico entenderemos el concepto sintético, íntegro, no sólo de la enfermedad y de sus causas directas, sino de todo cuanto en lo nosológico, lo individual y lo circundante ejerce influencia, imprime carácter y es fuente de indicación dentro de cada particular caso, constituyéndole en *última diferencia práctica*, nunca vista anteriormente, nunca en adelante reproducible con perfecta exactitud, y para cuyo dominio el médico necesita mostrarse á un tiempo observador, sabio y artista. Es el juicio clínico el foco donde se encuentran todo el saber, todo el poder y toda la voluntad del médico.

Consecuente, por mi parte, con lo establecido en mi *PATOLOGÍA GENERAL* (t. III) para el estudio teórico de este interesante asunto, dividiré el presente *TRATADO* en dos naturales *Secciones*: dedicada, una á la *Gnóstica*, la cual comprende Diagnóstico y Pronóstico inestables y Momento clínico; otra, á la *Teleutognosis*, cuyo objeto es el conocimiento de la terminación definitiva del caso por *Convalescencia* ó por *Muerte* del enfermo.

No entraré en materia sin haber recomendado con toda

eficacia á quien pusiere voluntad en utilizar el contenido de este *Tratado*, que antes lea ó relea la *Gnóstica* y la *Te-leutognosis* contenidas en mi referida obra, como teoría formal y completa del asunto cuyo aspecto clínico vamos ahora á examinar.

SECCIÓN PRIMERA

GNÓSTICA

ARTÍCULO PRIMERO

Elementos constitutivos del juicio

I.—ELEMENTOS INTELECTIVOS

Diez son estos elementos: 1.º Residuo noseontópico.—2.º Sumario del relato.—3.º Substanciación del interrogatorio.—4.º Datos informativos indirectos ó eventuales.—5.º Resultados de la exploración objetiva.—6.º Valoración de lo circundante material y moral (τὰ ἔξωθεν, «lo de fuera», de Hip. en *Protafor.*).—7.º Integraciones semeióticas.—8.º Síntesis general de datos (Antejuicio clínico).—9.º Visión clínica de lo que procede hacer (Momento clínico).—Y 10.º Estimación artística de la resultante del caso y de la acción médica (Juicio clínico íntegro).

II.—ELEMENTOS IMAGINATIVOS

(Esquemática)

Para un diagnóstico nosográfico basta poseer entendimiento; para el juicio clínico íntegro de un total caso requiere, además, imaginación. El cúmulo de los datos y la diversidad misma de su naturaleza, no pudiendo ser abarcados por mero acto intelectual, necesitan que nuestra facultad imaginativa, organizadora de suyo, nos los represente en grupos, según su naturaleza, pero de tal suerte, que en la representación de cada grupo los datos

similares se proyecten al ánimo como los objetos en el espacio, relacionados entre sí según la doble ley de su valor absoluto y de su representación perspectiva dentro del caso. Estas representaciones constituyen verdaderos *esquemas internos*, y con ellos contribuye la imaginación, como auxiliar del entendimiento, á la claridad y al éxito de todo juicio práctico recaído en asunto de natural azaroso por complicado.

¿Qué reglas hay para la formación de estos *esquemas*? Ninguna. Nada más individual, más independiente que la idiosincrasia imaginativa en punto á cosas abstractas. Así, por ejemplo, tal se formará el *Etiósqema*, ó cuadro causal, como un racimo de agentes; tal otro, apto para lo geométrico, lo verá como una combinación de tendencias representadas por líneas, etc., etc. Lo que sí afirmo es que en esto, siempre el espontáneo procedimiento es el mejor. A tal propósito citaré lo que pasó con el *Tratado de Mnemotecnia* del insigne Pedro Mata. Su sistema, con ser admirable, no prosperó, no tuvo imitadores, precisamente porque era el sistema personalísimo suyo que en tan brillantes y seguras disertaciones le había apoyado. Redújose el nuevo tratado á una muestra más del ingenio de aquel preclaro médico.

Por tanto, me concreto en el presente estudio á consignar cuáles son los diversos *Esquemas* auxiliares del *juicio clínico*; dejando á cada cual que los realice según su genial idiosincrasia. De todas suertes, si es posible bosquejar una *Esquematología general*, ó para todos, no es de este lugar el intentarlo.

§ 1.º—Residuo noseontóptico

El interés que merece este elemento de juicio clínico, puede ser avalorado con sólo reflexionar que se funda en datos sustantivos tomados de la naturaleza misma del pa-

ciente, en su triple aspecto, *psíquico, fisiológico y patológico*. Y como quiera que el enfermo es á la enfermedad lo que el terreno al combate en él librado entre sus naturales y un ejército invasor, los tres aspectos del enfermo son para el conocimiento práctico de su dolencia lo que tierra, mar y cielo de una determinada comarca serían para la inteligencia de un gran combate en ella librado: el dato de lugar en que la acción se desarrolla. Así, del tema «¿Quién es?», aun contestado hipotéticamente á primer golpe de vista, queda un positivo residuo al primer trato, y en él fundamos multitud de juicios firmes, de grande interés, acerca de lo que hay favorable ó adverso en el carácter y las aptitudes del sujeto para el mejor éxito de la cura. Asimismo, del tema «¿Qué es?» sacamos, á la vista, datos ciertos acerca de la mayor ó menor resistencia física del paciente, y por igual modo, del tema «¿Qué padece?», extraemos noticias patológicas de una importancia tanto mayor cuanto menos advertido ande el enfermo de la existencia de aquel hábito morboso que en él descubrimos.

La integración de estos tres aspectos individuales, como objeto noseontóptico, nos proporciona lo que pudiéramos llamar el *Noseontosquema*, ó sea la total y completa *imagen del enfermo*, como actor y teatro del drama clínico, y la experiencia nos enseña que, en igualdad de las demás circunstancias, el médico que se forma clara é indeleble en su mente la real y total imagen de la persona á quien ha de asistir, es infinitamente más fecundo y acertado en recursos que cualquier otro que no haya puesto la menor diligencia en adquirirla.

Ninguna dificultad de importancia trae para la formación del *Noseontosquema* clínico la repartición de *enfermo* y *cliente* en dos distintas personalidades, puesto que, de hecho, entre el cuadro parcial objetivo, lesional y semeiótico del primero, y el cuadro complementario formado por

el relato, el interrogatorio y el carácter personal ofrecido por el segundo como enfermero, compónese la imagen perfecta y completa que necesitamos poseer, á los fines prácticos del mejor éxito de nuestros cuidados en pro del paciente. Si para los efectos del ordinario trato el enfermo y el curador de él, como cliente, pueden resultar dos distintos individuos, ello es que, para los efectos clínicos, ó son dos cuerpos en un alma, si es que los une recíproco amor, ó resultan dos almas para un cuerpo, si es que la curatela está falseada por oculta mala voluntad del cliente hacia el enfermo. En el primer caso, la identificación es completa; en el segundo, la situación es *análoga* á la constituida por una sola personalidad de enfermo y cliente cuando, por mala índole, ignorancia, vicios ó pasiones el curado comete como cliente ó curador suyo, en cuanto enfermo, los más suicidas despropósitos. ¡Qué peor enemigo de uno mismo que los propios defectos!

Es, pues, en todo caso, la formación del *Noseontosquema*, el verdadero soporte, el único firme cimiento del *juicio clínico*.

§ 2.º—Sumario del relato

Del relato condensado no se extrae un especial esquema clínico, sino muy importantes elementos para la obtención de otros dos nuevos: el *etiológico* y el *semeiótico*, puesto que la substancia de toda anamnesis se resuelve en *causas históricas y síntomas ó signos históricos*. Así, por ejemplo, un atacado de poliartritis reumática intensa por un simple ordinario enfriamiento, pero en cuya anamnesis figura el hecho de haber vivido algunos años en húmedo sótano, nos ofrece un *dato histórico-causal*; y si además nos relata que ya en la antigua vivienda había comenzado á notar algún que otro dolor tenaz, pero de variable intensidad en diversas partes periféricas de su cuerpo, nos añade al *dato histórico-causal* un *dato histórico-semeióti-*

co.—De varias otras especies de datos puede la relación ser fuente; empero las indicadas constituyen las de más entidad, como grupos reductibles á la formación de esquemas clínicos de primer orden, ó elementos inmediatos del juicio clínico.

Conviene, pues, que del relato no se intente formar imagen substancial expresa, sino la inicial de los dos nuevos esquemas: el etiológico y el semeiótico.

§ 3.º—Substanciación del interrogatorio

Poderosa contribución prestan al bosquejo del *Etiograma* y del *Semeiosquema* los residuos positivos del diálogo clínico y, por punto general, sus datos difieren de los anamnésicos, por cuanto revisten carácter de causales y semeióticos actuales, mientras que los conmemorativos resultan, según vimos, causales y semeióticos históricos. Mas, conviene anticipar la especie de que el grupo de semeióticos dialógicos, si por una parte se diferencian en general de los respectivos históricos, por cuanto suelen ser de actualidad, distingúense también por otra, de los exploratorios, de que en su lugar me ocuparé, por cuanto los suministrados por el diálogo son *indistintamente subjetivos y objetivos*, mientras que los revelados por la exploración técnica son, por regla, objetivos. Así en el interrogatorio, lo general es que se trate simultáneamente de lo que el médico y enfermo puedan ver y tocar, y de lo que, por referirse á la sensibilidad, sólo el enfermo es testimonio, al paso que en la exploración el médico se entiende directamente con los órganos, *dialoga* con ellos, y sólo por excepción, ó mejor dicho, por incidencia, interrumpe este mudo diálogo con preguntas dirigidas al enfermo, sobre los efectos sensibles del acto exploratorio.

Importa, en consecuencia, inculcar desde ahora la idea de que ni el *Etiograma* ni el *Semeiosquema* se originan res-

pectivamente de uno solo de los diez elementos componentes del juicio clínico del caso (como sucede con el *Noseontosquema* y otros), sino de la fusión de algunos de dichos elementos, según se irá viendo.

§ 4.º—Datos informativos indirectos

Este elemento no es constante, tiene un carácter eventual, pero de tal importancia que es fuerza beneficiarlo cuando y donde quiera que se nos presenta. Suele originarse de ardiente voluntad, benigna ó maligna, de personas, ya allegadas, ya extrañas á la del enfermo, las cuales, ahora por amor á éste, ahora por rencor á persona de íntimo enlace con él, ahora, en fin, por afección al mismo médico, procuran hablar aparte con éste para hacerle revelaciones que, por su naturaleza, inducen al delator á creer no han sido hechas ni en el relato ni en el interrogatorio. No siempre tales delaciones revisten carácter personal; las hay por carta anónima, y suelen versar sobre secretos de la vida matrimonial, indole ó conducta de hijos, inclemencias de maternidad política, intrigas familiares ó domésticas por afán de heredar, y otras variedades de iniquidad y tormentos recatadamente envueltos en apariencias de doméstica paz, etc.

De pronto, ciertas ó falsas, tales denuncias, por su gravedad, por el derecho intento que en el orden clínico todas ellas implican, deben quedar presentes en el ánimo del facultativo; pues siempre, de ser fundadas, constituyen un dato etiológico luminoso para el médico y útil, en consecuencia, para el enfermo, no perjudicando á uno ni á otro si infundadas. El valor de estas revelaciones sube de punto si, procediendo de revelación oral, personal, ha visto el médico en la persona denunciadora rasgos antropognómicos de veracidad y de vivo interés moral, y ninguno pasional ni material en su denuncia.

Así, por aquello de que el saber no ocupa lugar, no olvide el práctico lo revelado, y tómelo como hipótesis experimental susceptible de ulterior despejo, bien por su propia observación, bien por complementos de interrogatorio hábilmente dirigidos. ¡Cuántas veces por tales resquicios, tan no buscados, se llega á descubrir que la muerte amenazadora de la persona enferma no es aquella cierta consabida *Seca de la guadaña* (que á tan pocos mortales ha llegado á matar), sino alguno de los más próximos deudos que, otro Judas, encubre con falsos besos, afectadas ansias y prolijos mecánicos cuidados la mortal voluntad que al paciente profesa. De mí sé decir que rara vez tales denuncias han dejado de concordarse, como parietales de un mismo cráneo, con las sospechas que mi primer concepto antropognómico del personal allegado á un nuevo enfermo me habia infundido. No hay para qué decir cuán italiana diplomacia debe emplear el médico para resolver, ó aminorar siquiera, un tal orden de causas; pero mucho puede, muchísimo, el facultativo que á una regular penetración y á una voluntad de acero reúne tal cual dosis de prestigio y traza. El maquiavelismo sólo es malo al servicio de un mal fin; en cambio, debe de ser arma muy grata á Dios siempre que con ella quebrantamos los propósitos de un malvado.

Estos datos informatorios indirectos suelen reducirse, como elemento diagnóstico-clínico, á complementarios del *Etiosquema*, y de ellos diré que, por lo eventuales y graves, no siempre se ofrecen; pero que cuantas veces se ofrecen modifican profundamente el concepto etiológico del caso.

§ 5.º—Resultado de la exploración objetiva

Para el médico, los datos exploratorios constituyen la base rigurosamente empirica de juicio; de éstos adquiere experiencia objetiva propia; de los informatorios le llega

el mero traslado de la experiencia subjetiva ajena; aquéllos los ve; éstos se los cuentan. No puede, sin embargo, el médico prescindir de organizar los objetivos en su magín para formar de ellos un particular esquema, donde contemplarlos como correlación viva de alteraciones orgánicas y funcionales, puesto que no por ser datos empíricos pueden gozar privilegio de obrar aislados en la mente de su observador. Esta representación del conjunto nosológico objetivo es el *Blapseosquema* ó representación sintética de todo cuanto acusa *lesión*.

Para formar debidamente el *Blapseosquema*, sin que en él se incluyan elementos extraños á su naturaleza, hay que proceder, ante todo, á separar de los datos lesionales objetivos, aquellos otros de carácter etiológico y semeiótico subjetivo que, en el discurso de la exploración y por mero diálogo se hayan quizá adquirido, ó sea: datos de sensibilidad, como v. gr., el dolor acusado por una mujer á la presión de un infarto inguinal, al parecer indolente, y datos etiológicos, como por ejemplo, la referencia, por la propia enferma, de un parto laborioso, al fijar la data de una hernia abdominal, advertida con ocasión del examen de dicho infarto. Segregados, pues, del residuo exploratorio todos los datos sintomatológicos subjetivos y etiológicos, á fin de incorporarlos respectivamente al *Semeiosquema* y al *Etiosquema*, quedarán reunidos y purificados en un determinado lugar de la imaginación, los exploratorios genuinamente empíricos, ó accesibles á los sentidos del médico, y con ellos podrá éste organizar, bajo un pie estrictamente anatómico-fisiológico, su *Blapseosquema*. Para obtener clara y sencilla una tal representación sinóptica de lesiones, juzgo que lo más apropiado es aplicar á este caso el esquema en serie de tres figuras, referido y bosquejado con recursos tipográficos en la *Yatroanacrisis* (TRAT. II, *Secc. 2.^a*). Aquí, como allí, encarezco la conveniencia de que, manteniendo invariable

el sistema y la serie de las tres figuras, tenga en ellas, en cada caso, el carácter y la preferencia de principal representación lesional el órgano, el aparato ó el sistema que en él constituya centro clínico, *originario* ó *actual*, de aquel particular diagnóstico.

§ 6.º—Valoración de lo circundante

(«τὰ ἔξωθεν» de Hipócrates)

El *Exosquema*, ó representación de lo exterior ó circundante del enfermo, puede alcanzar muy gran radio en la doble esfera de lo físico y lo moral; sólo que de ese radio, en ambos á dos mundos de las humanas relaciones, puede el médico tomar aquella razonable extensión que su prudencia le dicte como proporcionada á la condición del enfermo ó á la índole y los vuelos de la enfermedad.

Así, por ejemplo, en pacientes de fiebre infecciosa aguda, ó de aguda recrudescencia de achaque crónico, ese radio de «lo exterior», del *tà exothen* hipocrático, no para, en lo material, hasta las estrellas y, en lo moral, hasta los confines del mundo social y político; ahora se trate de justipreciar ese *exterior* como esquema anamnóstico de la predisposición del individuo á su caída en enfermedad aguda ó en exaltación de la crónica, ahora sirva para mejor explicarnos, á título de conjunto actual de concausas, el estado adverso ó próspero del enfermo, y aclararnos la intuición pronóstica de su marcha ulterior. Tal habrá, por ejemplo, que retirado en su casa, dentro de una vida honrada y tranquila, cae enfermo de una viruela discreta, de un ataque leve del trancazo..... y muere de ello, sin que le valga el mismo Dioscórides. Ahora bien; posible es que, de dos médicos que separadamente avisados en los comienzos de la enfermedad, uno el de la casa, amigo íntimo del enfermo, le viera *muerto* desde el primer día, mientras que el otro, extraño, advenedizo, califique de leve la afección.

El primero acertó en su fúnebre pronóstico, merced á un dato de *lo exterior*, al parecer muy *remoto*. Una crisis financiera, producida por agiotistas en lejanas tierras, amenazaba la mejor parte del capital de aquel individuo, al parecer tan ajeno á las convulsiones del crédito en el extranjero. Por sólo este dato, el médico poseedor de él vió un muerto, donde el otro, por sólo el síndrome, vió un sujeto levemente indispuerto. Cuanto al orden físico, ¿quién no conoce casos ejemplares de influencias atmosféricas y astrales en la preparación y curso de las dolencias?

No siendo, pues, éste el apropiado lugar para un análisis didáctico de ambos órdenes de agentes (V. mi *Curso de Patología general*, t. II, Etiología, *Agentes físicos* y *Agentes psíquicos* y su acción), concreteme á poner de relieve su importancia, proporcionada siempre, como antes dije, á la condición del enfermo y á la índole ó los vuelos de la enfermedad, y á recomendar, en consecuencia, como se merece un elemento de juicio clínico cuyos alcances se extienden desde las señales barométricas y las afecciones astronómicas, hasta la cotización de la Bolsa y las corrientes filosóficas.

A ninguna cosa con mayor propiedad que á la del influjo de lo circundante sobre la salud, pudiera aplicarse aquella humorística *Dolora* de nuestro genial Campoamor, que á la letra dice:

«Me han contado que al morir
un hombre de corazón
sintió, ó presumió sentir,
en Cádiz repercutir
un beso dado en Cantón.
¿Que es imposible, Asunción?
Veinte años hace que dí
el primer beso, ¡ay de mí!
de mi primera pasión.....
¡Y todavía, Asunción,
aquel frío que sentí
hace arder mi corazón!»

No he vacilado en citar entera la décima, porque en ella el poeta, con intuición soberana, hace *ligadura en masa* de las trascendencias en el espacio y las trascendencias en el tiempo.

Al *Exosquema* son reductibles no pocas veces algunos datos etiológicos adquiridos por información indirecta ó eventual (elemento 4.º); mas esto no autoriza á fundir en uno estos dos elementos (4.º y 6.º) del juicio clínico: 1.º, porque el hecho de una tal reductibilidad no es constante, y 2.º, porque la característica de los datos procedentes de información eventual, que hace de ellos categoría aparte, es la doble nota de ocultación intencionada y descubrimiento eventual, mientras que los relativos á *lo exterior*, aun el mismo que en su lugar he puesto por ejemplo, ni nadie tiene empeño en ocultarlos, ni tampoco es eventual, sino mera cuestión de maestría informativa el adquirirlos.

Ahora, por ser la *Valoración de lo circundante* el último de los elementos del *juicio clínico* que contribuyen á la formación del *Etiograma* y del *Semeiosquema*, resumiré lo necesario para la integración respectiva de uno y otro.

El *Etiograma* lo componen datos causales procedentes de los elementos de juicio números 2.º, 3.º, 4.º, 5.º y 6.º; al *Semeiosquema* sólo concurren los elementos 2.º, 3.º y 5.º. Cuanto á la calidad de los datos concurrentes de cada uno de estos orígenes al respectivo esquema, he aquí su expresión: Al *Etiograma* aportan, el *relato* y el *interrogatorio*, datos y presunciones de causalidad de todo linaje; es decir, próximos y remotos, físicos y psíquicos; la *información indirecta ó eventual*, datos próximos ó remotos, ordinariamente psíquicos, rara vez físicos; la *exploración objetiva*, alguno que otro dato físico, próximo ó remoto, y no pocos de correlación causal *próxima* ó anátomo-fisiológica, y finalmente, la *valoración de lo exterior*, datos actuales físicos ó psíquicos *remotos*. Al *Semeiosquema* suminis-

tran, el *relato* y el *interrogatorio*, síntomas subjetivos y noticia de muchos objetivos, históricos ó caducos, y la *exploración objetiva*, síntomas objetivos á más de alguno que otro subjetivo que las interrogaciones ó declaraciones del momento descubren.

Cuanto al *Blapseosquema* sólo diré que surge entero de la exploración objetiva local y general (elem. 5.º), del propio modo que el *Noseontosquema* se forma de los solos residuos noseontópticos (elem. 1.º).

§ 7.º—Integración semeiótica

Llegada la información semeiótica á su plenitud, merced á los datos aportados por los elementos 2.º, 3.º y 5.º de juicio, conviene elevar su conjunto á representación esquemática viva, palpitante, que nos dé á un tiempo la vera imagen del mal, como función ejecutada á expensas del enfermo, y la de éste, como ejecutor de un sistema de defensas contra el mal. Antes, empero, de ocuparnos en las condiciones de este doble esquema, dediquemos un momento á revisar el contingente que cada uno de los tres referidos elementos de juicio aporta á la semeiótica integración. El *relato* y el *interrogatorio* suministran, según dicho queda, síntomas de toda suerte y forma, pero de los cuales, el médico adquiere un conocimiento que el ilustre Kant apellidaba *histórico*, puesto que, unos por anamnésticos, otros por actuales, pero subjetivos, todos los conocemos por *referencia*. Conste, sin embargo, que unos y otros pasan sin reserva alguna á constituir materia para la *Integración semeiótica*. Empero, cuanto á lo contenido en la *exploración objetiva* hay que hacer una clínica distinción, fundada en que, por tratarse de datos objetivos, únicos de verdadera y directa experiencia médica, hallamos en cada uno de ellos dos muy distintos valores: uno, el positivo anátomo-fisiológico de lesión,

por el cual contribuye al *Blapseosquema*; otro, el positivo sintomático, por el cual resulta elemento constitutivo del *total síndrome*. De ahí, pues, que la exploración objetiva no quede agotada después de haber servido para formar el *Blapseosquema*, sino que, por la doble virtud de su contenido, quede aún tan apta como antes para contribuir á la *integración semeiótica*, objeto de este parágrafo. Parece dicho contenido á la moneda en el mercado, la cual tiene siempre dos valores: el formal, que sirve para cambiarlo indistintamente con cualesquiera productos, y el material, que le permite ser á su vez comprado ó vendido como plata ú oro, y así se da el caso de *comprar moneda*. De la propia manera, pues, las lesiones, en cuanto vistas por el médico, son para éste verdadera *moneda sonante*, no *documentos de crédito*, como los síntomas subjetivos, y en fuerza de tan preciosa virtud, si por su *materia* le valen como oro en pasta, de positiva experiencia, sírvanle asimismo por su *forma* para contribuir con diversas monedas del precioso metal á la formación del variado monetario llamado síndrome, donde, sea dicho de paso, figura hasta el *cobre falsificado*, pues nadie le quita por falsificado lo que tenga de cobre positivo, y en éste estará, una vez depurado, su positivo valor clínico. Quédale, por tanto, virtud al residuo exploratorio objetivo, después de haber engendrado un *Blapseosquema*, para contribuir poderosamente á la *Integración semeiótica*.

Las precedentes reflexiones legitimarán la división ya insinuada y que ahora voy á establecer. Al ensayar la integración semeiótica de los datos suministrados por un cabal examen del enfermo, nos hallamos con que no todo ello es expresión de lo que en mi PATOLOGÍA GENERAL denomino el *tanto de muerte* de toda enfermedad, sino que una parte muy considerable, y á las veces la máxima, lo es de aquello otro que en el propio libro califico de *tanto de vida* del enfermo en combinación con el *tanto de muerte*.