

Dr. Arsenio de la Torre M.

Profesor Titular de Semiología de la
Facultad de Medicina.

La Evolución de la Historia Clínica

Tema demasiado amplio para ser comprimido y expuesto en una sola conferencia; tema en si, equivalente a una Historia de la Medicina.

Las primeras historias clínicas o relatos patográficos de que tenemos noticia, son, sin duda, las contenidas en el "Corpus Hippocraticum", escrito en el siglo V antes de Nuestro Señor Jesucristo. En los textos médicos mas antiguos; y en las lápidas votivas, se encuentran referencias sobre el nombre y dolencia del oferente, pero nunca un verdadero relato patográfico.

¿Qué móviles, que circunstancias históricas hicieron sentir a los médicos griegos la necesidad intelectual de consignar por escrito, con orden y precisión, sus experiencias de médicos ante la enfermedad de sus pacientes? La respuesta debemos encontrarla en las peculiaridades de la cultura helénica del siglo V antes de Jesucristo.

Entre ellas resaltan dos cualidades fundamentales, a saber: 1º La profunda inclinación de la mentalidad griega hacia la realidad natural; 2º la voluntad de precisión con que la observaban. H. Bergson ha escrito, con toda justicia, que la ciencia ha podido existir en el mundo porque los griegos inventaron la precisión. Y 3º, la intensa avidez de saber que se descubre ya en los primitivos helenos.

Estas cualidades fundamentales del pueblo griego hicieron posible la creación de la Cultura Helénica, que ha impregnado

indeleblemente, y hasta el fin de los tiempos, la mentalidad humana.

Y el médico griego, saturado de este ambiente e hijo de este pueblo, no podía quedar rezagado en esta ansia de saber, no podía despojarse de este sentido de realidad y de precisión. Y por esto, fueron capaces de crear el primer relato patográfico o historia clínica.

Para comprimir nuestro relato dentro de lo imprescindible, consideraremos la historia clínica solamente en las etapas fundamentales del desarrollo del conocimiento médico, o sea: la historia clínica Hipocrática, la historia clínica del Siglo XIX, y la historia clínica de nuestros tiempos.

LA HISTORIA CLINICA HIPOCRATICA

Ante todo cabe preguntarse ¿Qué intención tuvo Hipócrates cuando escribía sus historias clínicas? ¿Qué describía el médico griego en sus historias clínicas? ¿Qué significaba estas historias para los médicos que las leían?

Está fuera de duda, y así lo afirman Littré Temkin, y otros, que han profundizado las historias clínicas hipocráticas, que la intención de Hipócrates al escribirlas, fué la enseñanza y el adiestramiento de sus futuros lectores en la técnica médica.

Las historias clínicas hipocráticas están llenas de términos que significan "Nousos", causas morbosas o enfermedad, síntomas y signos; Phrrenitis (variedad de fiebre remitente); Lethargos, (fiebre violenta con somnolencia aguda); describen las fiebres remitentes e intermitentes; peripneumonía (equivalente a nuestras neumonías lobares) phtisis oftalmia; disentería, equivalente algunas veces al cuadro patológico que conocemos; coma, angina (estrangular) epistaxis, tumores parotídeos, etc., etc.

Para los hipocráticos, Semeión era simplemente todo lo que el enfermo pudiera indicar que su vida individual se hallaba alterada. Diagnóstico, o conocimiento, para Hipócrates, era saber ordenar los procesos morbosos individuales en la general regularidad de la naturaleza. Sorprende descubrir en las historias hipocráticas la ordenación sintomática, la evolución del proceso o relato patocrónico; la localización de la enfermedad en la región corporal que se cree afectada; el parecido o de semejanza etiológicos de los procesos; signos pronósticos; y, una tendencia a di-

ferenciar las diversas constituciones biológicas (melancólicos, flemáticos, biliosos, etc., etc.)

Conociendo así, en líneas generales, la estructura de la historia clínica hipocrática, es lógico pensar que quienes la leían lo hacían para aprender y adiestrarse en la práctica de la medicina, tomándolos como un modelo o un texto.

Hasta nosotros han llegado 42 historias clínicas contenidas en los libros I y III de las "Epidemias", distribuidas en las siguientes partes: Catástasis 1º; Catástasis 2º; Catástasis 3º; "Un Intermedio sobre el Diagnóstico". Catorce enfermos. Doce enfermos. Catástasis. Dieciseis enfermos.

Para los griegos, la palabra Catástasis tenía dos significados: uno dinámico, la acción de establecer, instituir o constituir; y otro fijo, estático, condición permanente o carácter de un ser cualquiera. Así, Catástasis Anthropos significaba la constitución física y moral de un hombre; Catástasis Niktos, el modo de ser de la temperatura de una noche; Catástasis polio, la constitución por la que se rige una ciudad. Catástasis es, en fin, el aspecto de algo según lo que de regular o dominante haya en ello. Y Acatástasis es lo irregular; por ejemplo: pirexias acastatásicas, son las fiebres de evolución desigual y anárquica.

Debía aclarar este término, ya que es usual en la historia clínica Hipocrática. Leamos dos historias clínicas de los libros I y III de las "Epidemias":

LAS HISTORIAS EN SI.—ENFERMO PRIMERO.— Filisco vivía junto a la muralla; se encamó. PRIMER DIA, fiebre aguda, sudor, noche penosa. SEGUNDO DIA, exacerbación general; por la tarde, con un lavado evacuaciones favorables; la noche, tranquila. TERCER DIA por la mañana, hasta el mediodía, pareció quedar apirético; hacia la tarde, fiebre aguda con sudor; sed; la lengua se desecó; orinó negro; noche penosa; no durmió; toda clase de alucinaciones. CUARTO DIA, agravación general orinas negras; la noche, más soportable; orinas de color más favorable. QUINTO DIA, hacia el medio día, fluyó de su nariz un poco de sangre no mezclada; la orina, de vario color, con nubéculas redondeadas, semejantes al esperama y dispersas, no dejaba depósito. Tras la aplicación de un supositorio, deposición escasa y ventosidades. Noche penosa; sueño entrecortado; habló mucho, deliró; extremidades frías en toda su extensión, y no era posible recalentarlas; orinó negro; de día durmió un poco; perdió el habla; sudor frío; extremidades lívidas. Murió hacia la mitad del sexto día. En este enfermo la respiración fué, hasta el fin, rara y amplia, como en

una a quien se reanima; el brazo se hinchó y formó un tumor redondeado; sudores fríos hasta el fin; los accesos en los días pares.

ENFERMO TERCERO.— El hombre que habitaba en el jardín de Dealces tuvo durante mucho tiempo pesadez de cabeza y dolores en la sien derecha; tras una causa ocasional, le sobrevino fiebre y se encamó. En el SEGUNDO DIA fluyó de su orificio nasal izquierdo un poco de sangre no mezclada; dió de vientre una buena deposición; orinas tenues, de vario color, con pequeñas eneoremas como harina de cebada y semejantes al esperma. TERCER DIA: fiebre aguda, heces negras; tenues y espumosas, con un depósito de color pálido; breve embotamiento; molestias cuando se levantaba; en las orinas depósito pálido y algo viscoso. CUARTO DIA: Vómito poco abundante de materia biliosa, amarillas y al poco tiempo herrumbrosas; ligero flujo de sangre no mezclada por el orificio nasal izquierdo; iguales heces; igual orina; sudor en la cabeza y en las clavículas; tumefacción del brazo; dolor a lo largo de la pierna; tensión sin tumefacción en el hipocondrio derecho; no durmió por la noche; ligeras alucinaciones. En el QUINTO DIA, deposiciones más abundantes, negras, espumosas; depósito negro en las heces; sin sueño por la noche; alucinaciones. En el SEXTO DIA, heces negras, grasas viscosas, fétidas; durmió; sensorio más lúcido. SEPTIMO DIA: Lengua algo seca; sed; ningún sueño; alucinaciones; orina tenue y de mal color. OCTAVO DIA: heces negras, escasas, coherentes; sueño; lucidez; sed moderada. NOVENO DIA: escalofrío, fiebre aguda; sudor, enfriamiento; alucinaciones; torcía el ojo derecho; lengua algo seca; sed; insomnio. DECIMO DIA: el mismo estado. UNDECIMO DIA: plena lucidez; apirético; durmió; orinas tenues hacia la crisis. Permaneció dos días sin fiebre; ésta volvió el DECIMOCUARTO DIA; tras esto, insomnio; toda clase de alucinaciones; ningún sueño; dolor en las rodillas y en las pantorrillas; tras un supositorio, evacuación de heces negras. DECIMOSEXTO DIA: orinas tenues, con un eneorema nebuloso; alucinaciones. DECIMOSEPTIMO DIA: por la mañana extremidades frías; se le cubrió; fiebre aguda; sudoración general; mejoría; mejor sensorio; no quedó sin fiebre; sed; vómito escaso de materias biliosas y amarillas; dió de vientre heces sólidas, y a poco negras, tenues y escasas; orinas tenues y no de buen color. DECIMOCTAVO DIA: no conocía, coma. DECIMONOVENO DIA: lo mismo. VIGESIMO DIA: durmió; lucidez completa; sudor; apirético; no tuvo sed; pero su orina era tenue. VIGESIMOPRIMER DIA: ligeras alucinaciones, algo de sed; molestia en el hipocondrio; en el ombligo, latido que persistió hasta el fin. VIGESIMOCUARTO DIA: depósito en la orina; total lucidez. VIGESIMO SEPTIMO DIA: Dolor en la cadera derecha, orinas tenues, que dieron depósito; por lo demás, el estado fué soportable. Hacia el VIGESIMO NOVENO DIA: dolor en el ojo derecho; orina tenue. CUA-

DRAGESIMO DIA: evacuación bastante abundante de heces mucosas y blancas; sudoración abundante y general; crisis final.

Cuales son las características de las historias clínicas Hipocráticas? 1º Numeración; 2º su encabezamiento con el nombre y residencia del enfermo; 3º la finura de la observación y de la descripción del cuadro sintomático, recurriendo a todos los sentidos, inclusive al del gusto (libro 3º página 272 y libro 5º página 318) según lo aconsejaba Hipócrates; los autores cómicos llamaban coprólogos a los médicos griegos; 4º el detallado relato cronológico, y 5º el cuidado de descubrir las relaciones entre cada caso clínico con las particularidades geográficas de cada lugar.

Comparando la historia clínica hipocrática con la actual observamos lo siguiente: el poco interés sobre la anamnesis; la historia clínica empieza con la llegada del médico al domicilio del paciente; rara vez se encuentra la descripción de los antecedentes patológicos y, cuando existen, el médico no se preocupa de diferenciarlos del estado actual. No hay una distinción precisa entre los síntomas subjetivos y los hallazgos objetivos del médico.

Son raras las alusiones a los tratamientos empleados: lavados, supositorios, embrocaciones calientes, sangría en tal o cual día. No es que no se usasen otras medidas terapéuticas, sino que solamente se dejan constancia de aquellas que se consideraban excepcionales o contra la costumbre. Esta es la opinión de Galeno. Por último, la historia clínica hipocrática es la obra de un solo médico.

En la interpretación de la historia clínica hipocrática siempre hay que tomar en cuenta, que él sabía menos medicina que nosotros, y que las sabía de otro modo, e interpretaba los hechos de diferente manera.

LA HISTORIA CLINICA SYDENHANIANA

Sydenham, el hipócrates inglés del siglo XVII, recibió la influencia de algunos de los creadores del pensamiento moderno: de Descartes, de Bacon, de Locke con quien le ligaba íntima amistad; y de algunos botánicos precursores de Lineo, que introdujeron el concepto de "Especies vegetales". De Descartes tomó su actitud frente al conocimiento de la realidad. Del segundo,

de Bacón, adquirió las ideas de las "Formas Naturae" y los métodos de las "Interpretatio Naturae". De Locke, el concepto de "las esencias reales" y de "las esencias nominales" de las cosas, entendiéndose por "esencia real la constitución interna y desconocida de las cosas", y por "esencia nominal, la idea abstracta, ingenerable e incorruptible", que la mente humana extrae de las esenciales reales para constituir los géneros y las especies. Y de los botánicos, sobre todo de Jhon Ray, tomó el término y concepto de "especies", como el conjunto de caracteres peculiares o específicos de un gran número de individuos que a la vez constituían sus caracteres diferenciales.

Gracias a estas influencias filosóficas y de los grandes naturalistas del siglo XVII, Sydenham fué el creador de "las Especies Morbosas". Los médicos del siglo XVIII, bajo el signo de la Nosografía empirista y tipificadora de Sydenham, ensayaron con verdadera originalidad la descripción de numerosas entidades clínicas. Pero el espíritu médico, inconforme con la Nosografía formalista, sin poder comprender íntegramente la "Esencia Real" de la enfermedad en el cuerpo del enfermo, tenía que abocar, después de la patografía Sydenhamiana, al empleo del método anatomo-clínico; es decir, a la autopsia anatomo-patológica. Y son, tres las máximas figuras médicas del comienzo del siglo XVIII, herederos inmediatos espirituales del gran médico Inglés, Boerhaave, Hoffman y Stahl, los iniciadores de este movimiento, que constituye una tercera etapa sustancial en la evolución de la historia clínica.

En algunos de los libros de Sydenham, "De Morbis", "De affectionibus", "Observationes Medicae", leemos conceptos originales que valen la pena transcribir:

"La enfermedad no es otra cosa que un esfuerzo de la naturaleza para exterminar la materia mórbifica, procurando con todas sus fuerzas la salud del enfermo". En esta definición se distinguen claramente dos términos: Las causas y el proceso morbo-

so.

Sydenham distingue tres grupos de causas morbosas principales: 1º "Partículas miasmáticas" ocasionalmente llegadas a la sangre e inconvenientes para los humores humanos. 2º "Perturbación de las cualidades habituales de la atmósfera: temperatura y humedad". Y 3º "Fermentaciones y putrefacciones de los humores mismos".

En los síntomas ve manifestaciones activas dotados de un sentido biológico: "La Naturaleza emplea un método y una concatenación de síntomas para expulsar a la materia pecante y extraña".

¿Cómo puede conocer el médico a la enfermedad y cómo curarla? Todavía no esboza una técnica de examen clínico; continúa con la técnica hipocrática de la observación sensorial. En el prefacio de sus "Observationes Médicae", Sydenham dice claramente: "Creo que la perfección de nuestro arte consiste en tener: 1º una historia o descripción de las enfermedades, tan gráfica y natural como sea posible; y 2º, una práctica y método curativo estable y acabado en relación con aquellas". Para conseguirlo, Sydenham recomienda cuatro preceptos:

"Conviene, en primer lugar, reducir todas las enfermedades a especies ciertas y determinadas, enteramente con la misma exactitud conque vemos que lo hacen los escritores de botánica en sus Fitologías". Es decir, reducir los procesos morbosos individuales a "Especies Morbosas". Obsérvese la influencia de los sabios botánicos contemporáneos de Sydenham, y de las "Formas Naturae" de Bacon.

Aconseja, en segundo lugar, "prescindir por completo de cualquier hipótesis fisiológica". Proclama aquí su radical empirismo, tan igual en su significado al empirismo realista de Bacon y al empirismo nominalista de Locke; y que en lo fitológico es la "Especie Botánica" de Jhon Ray. Y desecha las hipótesis, cuando Sydenham textualmente dice "que se hallan absolutamente fuera del alcance de los sentidos", "absolutamente incomprensibles e inescrutables".

La tercera regla es positiva: "Conviene separar los **fenómenos constantes** y peculiares de los **accidentales** y adventicios, cuales son los que aparecen no solo según el temperamento y la edad de los enfermos, sino también por razón de diferentes métodos curativos".

Y, el cuarto precepto, establece la relación que puede existir entre la enfermedad y el tiempo del año en que aparece, ya que algunas enfermedades "se presentan merced a algún impulso oculto de la naturaleza en determinadas épocas del año, no de otro modo que ciertas aves y plantas".

Todas estas cuatro prescripciones descansan sobre una base fundamental: la Especie Morbosa cimiento de la historia clíni-

ca Sydenhamiana y simiente de la medicina de los siglos venideros.

Para conocer en su intimidad la obra patográfica de Sydenham, es necesario responder a las siguientes preguntas:

¿Qué entiende Sydenham por especie morbosa? ¿Es un concepto propio y original? ¿Cómo levanta sobre él su patología y su terapéutica?

Sydenham no dá una definición de especie morbosa en forma concisa, pero si transcribimos lo que él ha escrito en su "Prefacio", podemos conocer lo que él entendía por especies morbosas: "Aún concediendo que el temperamento de los individuos y el método curativo introduzcan alguna diversidad en el aspecto de las enfermedades es, sin embargo, de tal manera siempre igual y semejante el orden de la naturaleza en la producción de las enfermedades, que las más de las veces se encuentran los mismos síntomas de la misma enfermedad en los más diversos cuerpos enfermos; y así todos aquellos síntomas que se hubieran observado en Sócrates enfermo, se pueden atribuir en general a cualquier hombre atacado por la misma enfermedad, no de otra manera que se hacen extensivos rectamente a todos los individuos de cualquier especie los caracteres universales de las plantas". Y en sus "Observaciones", introduce la curiosa idea de la posible extensión y debilitamiento de las especies morbosas cuando dice: "Así pues me será lícito creer que las enfermedades tienen períodos determinados, según las ocultas y todavía no descubiertas alteraciones que ocurren en las entrañas de la tierra y conforme a su diversa edad y duración; y que así como existieron en otro tiempo algunas enfermedades que, o han desaparecido por completo, o al menos, debilitadas por el tiempo han perdido su vigor y aparecen rarísimas veces como la lepra y algunas otras; así las enfermedades que ahora existen desaparecerán también en algún tiempo dejando su lugar a especies nuevas, de las cuales no podemos aventurar lo más mínimo".

Así ve, Sydenham las "Especies Morbosas". Y la manera de aislarlas y conocerlas, para Sydenham es una sola: mediante la experiencia clínica. El clínico inglés ya distingue "síntomas peculiares y constantes, específicos y patognomónicos" que aparecen en todos los individuos atacados de la misma especie morbosa; y distingue también "síntomas accidentales o adventicios" que se añaden al cuadro patológico por la naturaleza del enfermo o por la influencia del tratamiento; y, además, síntomas anómalos, que

excepcionalmente, se presentan en el curso de la enfermedad. Así pues, siguiendo el plan de regularidad ordenada y razonable de la naturaleza "cada especie morbosa tiene propiedades constantes y univocas emanadas de su esencia peculiar". Sydenham sabe perfectamente que desde Hipócrates se clasifican las enfermedades en géneros y especies, basándose en hipótesis acerca de la naturaleza íntima de las causas morbosas. Y sustituye la definición de cada especie según su hipotética constitución real, por otra exclusivamente basada en los síntomas que el médico observa en el enfermo. En esto reside la originalidad de Sydenham sobre el concepto de especie morbosa. Y para hacer más sólido este concepto, no solamente propone tres grupos de causas morbosas, capaces de provocar las enfermedades, sino que también las clasifica en enfermedades agudas y en enfermedades crónicas, atribuyendo a cada una características propias. La mentalidad tipificadora y abstractiva de Sydenham lo hace enemigo de toda casuística. El caso particular, su historia clínica, no es sino un ejemplo para la observación nosográfica general. El caso raro debe ser excluido de la patología científica.

Leamos una historia clínica sydenhamiana del Doctor Guillermo Cole, de un caso de Viruela tratado por el mismo Sydenham en el invierno de 1681-1682:

"Tratábase de un joven de temperamento muy sanguíneo. La víspera sintió fiebre violenta, con vómitos biliosos y gran dolor en la espalda. Se acostó e hizo lo posible por sudar, arrojándose mucho y tomando bebidas calientes. Fué en vano, porque los vómitos y una diarrea moderada impidieron el efecto de los sudoríficos. Al día siguiente le ve Sydenham, y sospecha que no tardará en aparecer una Viruela confluyente, y de las más intensas, así por la edad del paciente como por el gran calentamiento de los sudoríficos habían producido en la sangre. Tan intenso era éste, dice Sydenham, que si la enfermedad hubiese comenzado en verano no habrían faltado la micción sanguínea y las petequias purpúreas. Cuatro datos permiten al patógrafo sospechar la pronta aparición de una viruela muy confluyente: la edad del enfermo, sus vómitos, su gran postración y los violentos dolores. Prescribe el oportuno tratamiento (estación vertical, para impedir la pronta asimilación de la materia mórfica; sangría, un emético), pero no logra evitar que en la mañana del cuarto día brote una gran cantidad de pústulas confluentes. Así siguen las cosas hasta el día sexto. En él consiente Sydenham que el enfermo guarde cama —porque ya han salido todas las pústulas— y le prescribe jarabe de meconio con agua de flores de primavera,

decocciones de avena y cebada, manzanas cocidas y cerveza ligera. El octavo día le hace aplicar sobre las plantas de los pies ajo picado envuelto en un paño, práctica que se repetirá cotidianamente. Todo fué bien hasta el día décimo, en cuya mañana son advertidos signos precursores de fiebre secundaria, con alguna agitación. El jarabe de meconio tranquilizó al enfermo. El día undécimo, otra vez agitación, suprimida de nuevo reiterando las tomas de la medicina opiácea. Desde este momento hasta que el enfermo pudo levantarse, hubo de cuando en cuando anuria pasajera y leve, síntomas no extraños en los jóvenes. También disminuyó algo la salivación, pero fugazmente. La cara y las manos se hincharon en el tiempo debido y en la forma deseable. Se levantó el enfermo al día décimooctavo. El día vigésimo se le extrajeron ocho onzas de sangre, semejante por su aspecto a la de los pleuríticos. En el curso de su enfermedad fué purgado el paciente cuatro veces".

Sydenham que murió en 1689, era un obsesionado por la Histeria: para él el 16% de todos sus pacientes eran histéricos. Consideraba la histeria como una "ataxia de los espíritus animales". Leamos otra historia clínica:

Fuí llamado para ver a un hombre tan noble de estirpe como de espíritu, al que, convaleciente aún de una fiebre, otro médico había hecho sangrar, le purgó tres veces y le prohibió la alimentación cárnea. Como encontré a este hombre vestido y le oí hablar con buen juicio de varias cosas, pregunté por qué se me había hecho venir. Unos de sus familiares me contestó que esperase un poco, y por mí mismo lo vería. Me senté, pues, y conversé con el enfermo. A poco observé que el labio inferior comenzaba a temblar, con movimiento pendular anteroposterior, como suelen hacer los niños enfurruñados cuando lloran, tras lo cual el enfermo se deshizo en lágrimas —nunca he visto yo tantas—, con gemidos y suspiros casi convulsivos. Poco después cesó este súbito torrente. Atribuí la efección a una ataxia de los espíritus (en parte por la duración de la enfermedad antecedente, en parte por las evacuaciones que su tratamiento exigió, en parte, también por la abstinencia de carne prescrita por el médico durante algunos días de la convalecencia a fin de evitar una recaída); y juzgando asegurado al enfermo contra el riesgo de la fiebre, pensé que el síntoma descrito no era sino efecto de la inanición y aconsejé que le preparasen un pollo asado y que lo comiera con algo de vino. Hízolo así, continuó comiendo carne moderadamente, y ya no se repitió el llanto convulsivo.

En resumen, los distintivos de la patografía Sydenhamiana son los siguientes: 1º El empirismo clínico, eliminando todas las

hipótesis fisiopatológicas del proceso, ateniéndose exclusivamente a lo que se ve en el enfermo. Esto lo distingue fundamentalmente de las "Consilia" medievales, y de las "Observaciones" del Renacimiento, en los que no faltaba una detallada explicación fisiopatológica del caso, desde luego más instructivas. Y 2º, la especificidad: especificidad en la descripción únicamente de los síntomas propios de la especie morbosa lo cual explica la brevedad del relato patográfico; y especificidad en el tratamiento, conclusión lógica y realista de Sydenham que se trasparenta nítidamente en sus "Observaciones". Fué el quien primeramente empleó la palabra "Remedio Específico" para curar determinadas especies morbosas.

Tres grandes caminos se abrieron para los médicos después de la obra de Sydenham, durante los siglos XVII, XVIII, y aún durante el mismo siglo XIX, con Bichat y Virchow. Algunos seducidos por la "especie morbosa", fundaron una verdadera doctrina nosológica de las enfermedades. Sauvages es el típico representante de esta tendencia con sus dos famosos libros: "Tratado de clasificación de las enfermedades" (1730), y "Nosología metódica de las enfermedades según la mente de Sydenham y una ordenación botánica". (1760).

Otros, continuaron el método descriptivo de las enfermedades y nos han dejado obras maestras: Werlhoff, Van Swietters, que describieron los exantemas agudos. Sarcone, la Peste y la Viruela. Roederer el Tifus abdominal. Torti, la malaria perniciosa. Stoll, Huxham y Borsieri, la neumonía y la pleuritis. Francisco Hoffman, las enfermedades del páncreas y del hígado. Tissot, la epilepsia. Diversas neuralgias, Fothergill y Cotugno.

Y un tercer grupo, constituido por aquellos médicos descontentos con su incapacidad para resolver los problemas clínicos, resolvieron buscar la solución en la autopsia: así nació el método anatómo-clínico que permanece en plena vigencia hasta nuestros días. Boerhaave y Morgagni iniciaron ésta magnífica labor.

LA HISTORIA CLINICA DEL METODO ANATOMO-CLINICO

La primera inspección de cadáveres que se conoce, ordenada por decreto, corresponde al Papa Inocencio III, en 1209.

La primera autopsia que conocemos documentalmente, la realizó Guillermo Varignana en 1302, por orden de los tribunales de Bolonia. Federico II, que fundó la Universidad de Nápoles

en 1224, prescribió la enseñanza de la Anatomía en los cuerpos humanos. En la doctrina del Corpus Hippocraticum y en la obra de Galeno, permanece latente el pensamiento anatómico-patológico, sin llegar a materializarse en observaciones más o menos sistemáticas en el cadáver.

Tres diversos motivos pusieron a los médicos en la vía de encontrar lesiones en el cadáver: la investigación anatómica, las órdenes judiciales, y la curiosidad por conocer las causas de las epidemias que asolaron Italia, y luego a Europa, en el siglo XVIII.

Es indiscutible que el hallazgo de lesiones en el cadáver debía influir en la configuración de la historia clínica: Unas veces la lesión anatómico-patológica era un hallazgo casual o comprobatorio; otras veces, era la clave diagnóstica; y otras, por fin, la lesión se convierte en el fundamento principal y casi exclusivo del saber patológico. (Bichat y Virchoer del siglo XIX).

Ejemplo de lo primero, hallazgo casual, lo tenemos en la siguiente historia clínica correspondiente a la última enfermedad del gran anatomista Marcelo Malpighio, en la cual fué atendido por su médico y amigo Gregorio Baglivi.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD y de la disección del cadáver de Marcelo Malpighio, arquiátrata pontificio.—Como durante algún tiempo traté familiarmente en Bolonia con el señor Malpighio, le asistí en Roma en su última enfermedad. En atención a los doctores no seré prolijo describiendo la historia de su enfermedad, y tras ésta daré breve cuenta de la disección que en el cadáver de tan sagaz anatómico llevé a término.

Hallábase Marcelino Malpighio próximo a los 66 años de su vida, y era de temperamento proclive hacia la sequedad, de hábitos corporales medianos y de mediana estatura.

Durante el transcurso de los años de su madurez padeció de deyecciones y vómitos biliosos; y tras la cesación de éstos, de vómitos ácidos, palpitations cardíacas, cálculos del riñón y de la vejiga, con orinas sanguinolentas y tal cual leve accidente gotoso. Cuando llegó a Roma se exacerbaron todos estos síntomas, especialmente las palpitations cardíacas, los cálculos del riñón y algunos sudores, vespertinos muy ácidos. Al fin y después de preocupaciones y conmociones del ánimo, fue víctima de apoplejía, el 25 de julio de 1694, hacia la hora del mediodía. Siguió a la apoplejía una parálisis de todo el lado derecho del cuerpo, desviación de la boca y del ojo del mismo lado, etc. Prescribimos, enseguida, varios remedios, a saber: sangría en el brazo izquierdo (yo suelo hacer sangrar en el lado paralítico, porque el impedimento de la circulación de los líquidos en la parte afec-

tada nada le hace desaparecer más rápidamente que una sangría hecha en el mismo lado, como claramente se deduce estudiando mecánicamente la resistencia y el impulso; pero ante las diversas opiniones de los médicos llamados para el tratamiento, no pude ensayar mi método); ventosas escarificadas en las escápulas, polvo de Cornacchini, sinapismos en las plantas de los pies y algunos medicamentos espirituosos, cefálicos y específicos de la aplopejía. Usando todo esto, y al cabo de 40 días de trastornos muy graves—locuacidad sin sentido, pesadez de cabeza y otros accidentes— quedó libre de la aplopejía y de la parálisis mencionada, así como de los demás restantes accidentes. Pero las enfermedades graves suelen dejar secuelas insidiosas; y así, por obra de la enfermedad antecedente, quedó este clarísimo varón dañado en la memoria y en su raciocinio, y por la mínima causa se deshacía en lágrimas; a lo cual se añadía de cuando en cuando inapetencia, indigestiones gástricas, sobresaltos musculares y leves crisis vertiginosas. En fin, atormentado por este y otros síntomas, acabada la inyección del acostumbrado clíster matutino, fue atacado de aplopejía el día 29 de noviembre del mismo año. Este nuevo ictus apoplético fue precedido por gravísimos vértigos e irritación calculosa de la vejiga casi durante 8 días; y se hicieron más grave la inapetencia y los restantes síntomas. Pero más vehemente que todos fue el nuevo insulto apoplético, porque, administrados en vano algunos remedios, subió al cielo el paciente a las 4 horas de haberse iniciado el ataque.

Sección del cadáver.—Disecado el cadáver, observé que el pulmón de la parte izquierda se hallaba algo flácido y lívido, sobre todo en la porción posterior, por lo cual se adhiere al dorso. El tamaño del corazón había aumentado, sobre todo las paredes del ventrículo izquierdo, de un grueso igual a dos traveses de dedo. La bilis negreaba mucho en la vesícula biliar. El estado del riñón izquierdo era normal; pero el derecho mucho menor, casi dimidiaba el tamaño del izquierdo, y tenía la pelvis tan dilatada, que sin violencia se podían introducir en ella dos dedos. Acaso por esta dilatación de la pelvis renal acaecía que los cálculos formados en el riñón descendían al punto a la vejiga, y salían de ésta hacia el exterior, como muchas veces pude oír cuando vivía este óptimo varón. En la vejiga urinaria se hallaba el pequeño cálculo que había descendido a ella 4 días antes de iniciarse el último accidente apoplético, y descendiendo hizo más graves los vértigos postreros. Las restantes vísceras de la vida vegetativa se hallaban en perfecto estado.

Abierto el cráneo, hallamos casi dos libras de sangre negra y grumosa, extravasada en la cavidad del ventrículo derecho del cerebro, derrame de sangre que fue causa de la aplopejía y de la muerte. El ventrículo izquierdo estaba ocupado por agua subcitrina, en cantidad como de onza y media, con la cual había mez-

clada una exigua cantidad de arenillas. Los vasos sanguíneos del cerebro eran por doquier varicosos. Toda la dura madre hallábase fuerte y preternaturalmente adherida al cráneo. Y éste es el resumen de lo que me fue dado observar durante la disección del cadáver mencionado, en Roma. Casa de San Vicente y San Atanasio en las faldas del Quirinal, y en las Calendas de Diciembre de 1694.

La autopsia del cadáver, y el hallazgo de las lesiones puede constituir la clave del diagnóstico, imposible de establecer en el curso de la enfermedad. Durante los años 1705-1706 abundaron en Roma las muertes repentinas. La intranquilidad de los habitantes hizo que el Papa entonces reinante, Clemente XI, ordenase a su médico de cámara Giovanini M. Lancisi realizar las autopsias, para indagar las causas de aquellas muertes. La historia clínica que voy a leer, corresponde a uno de esos casos.

Muerte súbita por síncope a causa de excesiva magnitud, prolapso y aneurisma del corazón.

HISTORIA.—Un criado del ilustrísimo marqués de Spada junior, y antes correo suyo, de nombre Filippo Turci, natural de Roma, de unos 25 años, hábito grácil, estatura mediana, color pálido, y en quien el sobrealiento hacía presa hasta con ocasión de movimientos leves de su cuerpo, padeció el año pasado de una angina sofocativa, de la cual quedó libre con tres sangrías en veinticuatro horas, pero a la cual siguieron, como secuelas suyas, mayor dificultad para respirar, palpitaciones cardíacas repetidas de cuando en cuando, sobre todo si caminaba con prisa, y algunas veces oculta angustia precordial y cierto peso pulsátil sobre el centro del diafragma. Todas estas dolencias aumentaron tanto, que le pusieron peor, así entre las comidas como, sobre todo, después de ingerido el alimento. El día 4 de febrero de este año 1706, y aunque por la mañana había soportado una inflamación de las fauces y algunas contracciones extendidas hasta el cuello y la garganta, acompañó a su señor durante unos quinientos pasos. Como éste demorase su permanencia en alguna parte, Filippo comió y bebió con un compañero en la taberna, abundantemente y sin discernimiento. Volvió a su casa y al cabo de una hora sintió frío, buscó alivio cerca de su mujer y trató de calentarse junto a un fuego de carbones semientendidos que ardía en el centro de su alcoba, donde poco después (¿también a causa de la excitación venérea?) fue sobrecogido por una leve debilidad de la cabeza, y luego por sudores en la frente y en todo el cuerpo, con disnea muy vehemente y angustia cardíaca; a la cual siguió un síncope mortal.

Diseción del cadáver.—1. Abierto el abdomen se halló al intestino delgado algo enrojecido. Las restantes vísceras vegetativas se apartaban poco del estado normal, si bien aparecieron un poco tumefactas y como levemente teñidas de púrpura. 2. Asiento de la muerte y enfermedad del paciente mostró ser el tórax; aserrado el cual, todos los presentes pudieron ver que los pulmones se hallaban pálidos, y el derecho tenazmente adherido a las costillas verdaderas. 3. Las fauces estaban difusamente enrojecidas y la tráquea llena de una sustancia no muy distinta de la gelatina, pero de color negrusco y fuliginoso. Los ramos bronquiales igualmente inflamados, padecían cierta aspereza. 4. El tamaño del corazón era tres veces el natural; mayor, sin duda, que el de una vaca, puesto que suprimido el pericardio y limpio de coágulos pesó dos libras y media. Esta víscera caía sobre el diafragma, y, por tanto, comprimía fácilmente el esófago, la aorta y el estómago. 5. Aunque el aspecto del corazón parecía conservar su figura natural, una vez disecado ofreció nuevo tema de consideración a los más agudos investigadores de la naturaleza: la aurícula y ventrículo derechos aparecieron vacíos de sangre, pero de diámetro ordinario; al paso que las cavidades izquierdas se hallaban ocupados por un coágulo negro y eran de anchura doble que las derechas. La arteria aorta, muy dilatada junto al corazón. 6. Resecado el cráneo, la pia madre mostró sus vasos más dilatados que de ordinario. La corteza del cerebro se adhería tenazmente a la dura madre en la superficie de entrambos hemisferios y hacia su parte posterior, mediante una especie de gluten calloso. Los plexos se hallaban constituidos en toda su extensión por vasos bien llenos de sangre.

Boerhaave, es el primero que redacta un canon de historia clínica integrado por cinco partes:

- 1º—Descripción del sujeto: nombre, edad, condición social;
- 2º—Antecedentes remotos y próximos;
- 3º—Estado presente, es decir, el examen clínico: Pulso, respiración, exploración sensorial de las excretas, orina, heces, menstruos, sudor, lágrimas, mucosidades;
- 4º—Curso de la enfermedad;
- 5º—Tentativa de diagnóstico;
- 6º—Inspección del cadáver y autopsia;
- 7º—Explicación del cuadro sintomático y de la muerte a la vista del resultado de la autopsia.

Las historias clínicas de Boerhaave son modelos de honradez, de meticulosidad y de profundo espíritu analítico. En algunas de ellas ya se encuentran esbozos de semiología. Son historias clínicas extensas y detalladas, verdaderas monografías.

Dejó escritas tres obras: "Introducción a la práctica clínica", "Instituciones Médicas" y "Discusión Filosófica sobre las distinciones entre el Alma y el Cuerpo".

Boerhaave fuera de la exploración visual, olfativa, táctil y gustativa, no disponía de otros métodos de exploración clínica. El "Inventum Novum" la Percusión, de Anenbrugger no había sido tomada en cuenta.

Las Historias Clínicas de Corvisart, son las primeras en que aparece la percusión como método de exploración clínica. Desde entonces, el oído es el sentido de mayor utilidad para la exploración de los enfermos. Corvisart no alcanza a comprender el porqué de los diversos cambios percutorios.

Dos de sus discípulos, Bayle y Laennec continuarán su obra. Bayle se hace fisiólogo y anatómo patólogo. Su obra es el fundamento de todos los estudios sobre tuberculosis, pero la exploración clínica queda estancada en sus manos.

Teófilo Jacinto Laennec (1781-1826) el más grande genio clínico de todos los tiempos, discípulo de Corvisart y fraternal amigo de Bayle, publicó en 1819 su "Tratado de la auscultación mediata de las enfermedades del corazón y del pulmón" El invento del Estetoscopio marca una nueva era y una línea divisoria entre la medicina de antes de Laennec y después de él. Patólogo, semiólogo y clínico, establece la diferencia entre signo y síntoma; del signo clínico se remonta a la lesión anatómo patológica, explica el porque de los signos. Posteriormente, el signo clínico ha adquirido tanto valor que se monarquizó. No fué culpa de Laennec que así sucediera.

Sorprende su precisión en la descripción de los signos acústicos pulmonares y cardíacos. Sobre los primeros muy poco se ha podido añadir en 132 años. Establece las condiciones anatómo patológicas necesarias para su producción. Mediante el signo se pueden diagnosticar las lesiones internas: es una de las mayores adquisiciones de la medicina. Aisla numerosas especies morbosas; Dilatación Bronquial, Edema del Pulmón, Alopegía Pulmonar, Tisis Tuberculosa, la Cirrosis Atrófica. He aquí su obra en pocas palabras.

Leamos una de sus historias clínicas:

DE LOS TUBERCULOS DEL PULMON O DE LA TISIS PULMONAR.—Úlcera transformada en fístula semicartilaginosa en

el pulmón de un sujeto que presentaba otra no curada y que mostraba, además, tubérculos crudos.

Una mujer como de 40 años, bien conformada, de talla mediana y de temperamento linfático-sanguíneo, ingresó en el Hospital Necker el 19 de diciembre de 1817. Hacia mucho tiempo era víctima de una tos bastante frecuente y de una molestia en la respiración que crecía súbitamente, sobre todo bajo la influencia de ciertos estados atmosféricos. Estos accidentes, que ella consideraba como el efecto de un asma, no la habían impedido de entregarse a sus trabajos; sólo desde hace 15 días la han obligado a guardar cama. Como la tos aumentaba y le producía insomnios, la enferma se hizo transportar al hospital. Examinada al día siguiente, presentó los síntomas que se indican.

La enferma sentada más que acostada, sentada en su lecho, no podía soportar otra posición. La cara estaba pálida e hinchada, los ojos abatidos y algo lacrimosos, los labios violáceos, las extremidades inferiores infiltradas; la respiración corta, acelerada, anhelante. Percutido el pecho resonaba bastante bien en toda su extensión, pero tal vez un poco menos que en estado normal. Inmediatamente bajo las clavículas se oía en los dos pulmones, mediante el estetoscopio, un estertor bastante acusado. Las paredes del tórax se levantaban con fuerza en cada inspiración, de tal modo que daban al oído, por intermedio del estetoscopio, un choque desagradable. A la tos, bastante frecuente, seguía la expectoración de estupos amarillos y opacos. No se encontró en este primer momento la pectorilogía. El pulso era frecuente, pequeño, sin irregularidades; el vientre estaba un poco abombado; las venas yugulares externas se veían un poco abultadas y ofrecían pulsaciones bastante bien perceptibles; los latidos del corazón eran bastante profundos, regulares, daban un sonido poco intenso y no levantaban sensiblemente la oreja del auscultador. Después de este examen me creí autorizado para pensar que, aún cuando los síntomas generales pareciesen caracterizar una enfermedad del corazón llevada a su grado sumo, no existía lesión perceptible de este órgano. En consecuencia, establecí el diagnóstico siguiente: Tisis sin enfermedad del corazón. Hice aplicar cuatro sanguijuelas en el epigastrio y prescribí bebidas pectorales.

El 21, la nariz y los labios mostraron un color lívido; la respiración era corta y precipitada, el decúbito en supinación imposible, el sueño nulo. Ese mismo día, la contracción de los ventrículos dió alguna impulsión (al oído), síntoma que unido al latido de las yugulares, y habida cuenta de la sangría hecha la víspera, debía modificar el diagnóstico precedente y hacer pensar que el ventrículo derecho tenía un espesor relativamente excesivo. Del 22 al 27, disminución progresiva de la lividez de rostro y de la molestia de la respiración; tos frecuente y expectoración abundante. Pero esta mejoría fué muy fugaz. En los primeros

días de 1818, la respiración volvió a ser muy difícil; progresó la infiltración, más acusada en el lado izquierdo.

El 18 de enero, toda la mitad izquierda del tórax y las extremidades del mismo lado mostraban una infiltración considerable, que conserva la impresión del dedo; el rostro estaba lívido, la piel fría, el pulso era pequeño y frecuente. Se percibió la pectoriloquia de manera evidente hacia el tercio interior del cuarto espacio intercostal del lado derecho, punto que no había sido explorado la vez primera. Las facultades intelectuales se hallaban intactas, pero la palabra era difícil, y la enferma sucumbió el 19 por la mañana.

ABERTURA DEL CADAVER.—Infiltración considerable de la mitad izquierda del pecho, y de las extremidades del mismo lado. Abdomen un poco abombado. El cráneo no fue abierto. El corazón era de volumen normal. La aurícula derecha estaba fuertemente distendida por sangre negra, en parte coagulada. El apéndice auricular se hallaba exactamente lleno por una concreción poliforme y fibrinosa bastante firme y mezclada con sangre. El ventrículo derecho, de una capacidad proporcionada a la del izquierdo, tenía sus paredes un poco más gruesas que lo normal. Una equimosis de la extensión de una uña se veía en la superficie interna del pericardio. Había como una pinta de serosidad derramada en el lado izquierdo del tórax. El pulmón de este lado se adhería a la pleura, hacia su vértice, por medio de una brida celulosa firme y muy corta. Hacia la zona de esta adherencia, mostraba el pulmón varias líneas o rayas irregulares y hundidas, reunidas en un centro común y más deprimidas hacia el centro. El vértice del pulmón presentaba, en el punto correspondiente, tres o cuatro láminas bastante anchas, formadas por tejido celular condensado, que lo atravesaban en diversos sentidos, cruzándose a trechos entre sí.

Veíase en el mismo paraje una docena de tubérculos del grosor de un cañamón, aislados, amarillentos y opacos en el centro, grises y semitransparentes en su contorno, y una pequeña excavación tapizada por una falsa membrana blanda y blanquecina, bajo la cual las paredes de la úlcera mostraban el tejido pulmonar desnudo, algo rojo y endurecido. Esta cavidad, capaz de alojar una avellana pequeña, se hallaba llena de una materia tuberculosa, reblandecida y de consistencia caseosa en parte, y en parte de la consistencia del pus. El pulmón derecho se adhería fuertemente y en toda su extensión a la pleura costal. Como a media pulgada de profundidad, e inmediatamente bajo el cuarto espacio intercostal, se encontró una excavación capaz de alojar una nuez. Se hallaba tapizada por una membrana semicartilaginosa, lisa, de un cuarto de línea de espesor a lo sumo, de color gris perla, pero que, a primera vista, y a causa de su poco espesor y semitransparencia, parecía tener el color rojizo del tejido pulmonar. Su cavidad contenía una escasa cantidad de

una materia puriforme amarillenta. Hacia la parte correspondiente a la raíz del pulmón, se veía una abertura ensanchada, cuyo contorno se continuaba evidentemente con las paredes de la cavidad. Esta abertura, que demostró ser un tubo bronquial algo más grueso que una pluma de cuervo, estaba obstruido en parte por una pequeña concreción calcárea que no se adhería a ella. El tejido pulmonar contenía siete u ocho pequeñas concreciones semejantes, íntimamente unidas a su parénquima. Dos de estas concreciones, situadas inmediatamente bajo la pleura, tenían el grosor de un hueso de ciruela. En las partes restantes el pulmón era crepitante y se hallaba un poco congestionado. El ciego y una parte del colón estaban fuertemente distendidos por gases. El estómago, vacío. Su membrana mucosa, así como la de la parte final del ileo y del ciego, mostraba un enrojecimiento bastante acusado. El hígado era de volumen considerable, un poco duro y poco arrugado en su superficie.—Los aparatos urinarios y reproductores eran normales.

Con el conocimiento de las lesiones anátomo patológicas, con el descubrimiento e interpretación científica de los signos clínicos, finaliza esta etapa de la historia clínica. El síntoma, trastorno funcional, había sido menospreciado.

LA HISTORIA CLINICA EN EL SIGLO XIX

Siglo fecundo para la Ciencia Médica pero que asienta sólidamente en el siglo anterior. Sin la obra de Boerhaave, Corvisart, Bayle y Laennec, no pudo ser lo que en realidad fue.

Tres son las orientaciones dominantes en el pensamiento patológico en el siglo XIX: anátomo clínica, fisio patológica, y etiológica. En Francia e Inglaterra, dominaba la primera; en Alemania, la segunda y la tercera.

El signo físico es jerarquizado. Los datos de laboratorio, con Richard Bright como iniciador; los desórdenes del lenguaje con Broca; los trastornos del movimiento y de la sensibilidad con Bel, Burdach, Florence y Vulpian; Charcot, fundador de la Neurología. Se inventan métodos de exploración que proporcionan siempre signos físicos: Recamier con su espejo vaginal; Helmholtz con el oftalmoscopio. Manuel García inventa el laringoscopio; Politzer, el otoscopio. Adolf Kussmaul en 1869 intenta la primera esofagoscopia y gastroscopia. Nitze inventa el cistoscopio. Kirstein y Killian hacen la primera broncoscopia. Raentgen inicia las investigaciones radiológicas.

Las historias clínicas van siendo la expresión de cada una de estas técnicas: se inicia la era de las especialidades. Monarquizado el signo clínico, se busca en toda enfermedad una lesión anatómo patológica que los explique.

Pero el síntoma, como trastorno funcional, fué revalidado: se lo describe, analiza e interpreta, y nace así la Fisiopatología. Wunderlich estudia la temperatura. Vierardt en 1855 y Marey en 1860 hicieron los primeros esfigmogramas. Luciani en 1877 hace el primer trazado esófago auricular. Liebig emplea por primera vez el término metabolismo. Frederich, Naunin, Erlich, y Wagner estudian la Diabetes y la Gota. Rivarocci inventa el esfigmomanómetro. Aparecen las pruebas funcionales. Los experimentos de Claudio Bernard son decisivos. Se establece la diferencia entre los trastornos funcionales, y los lesionales u orgánicos. Los estudios de la física y química son sistemáticamente aplicados en las investigaciones de los procesos morbosos. La evolución de las enfermedades se estudia a fondo; se precisan la mayor parte de los cuadros clínicos. Surgen nuevas enfermedades y nuevos síntomas y nuevos signos.

En la investigación de los agentes etiológicos la obra es ingente. Nace el concepto de infección, y se individualizan muchas enfermedades infecciosas. La obra del gran Pasteur y de Robert Koch, es continuada por Frankel, Klebes, Friedlander y otros.

Se produjo una acre pugna entre anatómo clínicos y etiologistas. Primero entre Virchow y Koch; después, entre franceses y alemanes. Francia vivía en Pasteur, y Prusia en Virchow. Se estableció una especie de nacionalismo científico allá por el año de 1885. Francia buscaba la revancha en las lides científicas, ya que había sido derrotada en los campos de batalla. Disputaron fisiopatólogos y etiologistas, Rosembach y Klebs. Broca y el inglés Jackson, ambos neurólogos, entablaron largas discusiones sobre las localizaciones cerebrales. Jackson se impuso a lo largo sobre Broca.

Morel con Thomson, y otros, inician los estudios sobre Heredo-patología. Freud, discípulo de Charcot, escribió una apología sobre su maestro pocos días después de su muerte ocurrida el 16 de Agosto de 1893. En medio de elogios, refutaba sus ideas acerca de la Histeria. La obra de Freud, su contribución verdadera que vivirá indefinidamente, es el Psicoanálisis.

Saturado así el siglo XIX de avances en todos los campos de la Medicina, surgieron clínicos como Trousseau, Dieulafoy, Galdstein, Krehl, y muchos otros, cuyas historias clínicas condensan las enormes adquisiciones logradas por numerosos investigadores. La perfección del examen clínico se une a la etiología, a la interpretación fisiopatológica y al hallazgo anatomopatológico. Las escuelas Francesa y Alemana llenan esta centuria.

LA HISTORIA CLINICA DE NUESTROS TIEMPOS

La evolución de la ciencia Médica, como todo lo humano, depende de todas las actividades desarrolladas por el hombre. El desarrollo industrial, el perfeccionamiento de la técnica, los nuevos inventos y descubrimientos, las consecuencias provocadas por la guerra (ya van dos en este siglo, no solamente han creado diversos modos de vida, sino también una nueva mentalidad.

Los hechos y los fenómenos se han acumulado en tal forma, que se hace difícil, su catalogación y su clasificación. La mente médica se encuentra en incapacidad para asimilarlas totalmente y así forzosamente han surgido los especialistas. Sin embargo, la especialización es un fraccionamiento de la personalidad, aunque pueda significar perfección y precisión desde algún punto de vista. Es una especie de "fabricación en cadena del diagnóstico". Quizás esto sea una copia de la perfección industrial; pero creo sinceramente que nunca será un perfeccionamiento en la formación integral de la personalidad del médico.

La máquina y el número pretenden suplantar a la mente humana. El diagnóstico, consecuencia de la experiencia y de la meditación médicas, se pretende sea el producto de los análisis de laboratorio: la mecánica reemplazando a la mente. Quizás sea una expresión exagerada, pero bastante realista.

Como una reacción ante esta situación, se eleva un nuevo concepto médico más humano: el de la medicina Psicosomática.

El paciente, para la medicina del siglo pasado y de comienzos de éste, es un simple individuo enfermo. No se acostumbraba a ver en él a la persona humana, lo mismo en lo social, en lo económico, en lo emotivo, en salud y en enfermedad. Las relaciones psicosomáticas fueron descuidadas. Quizás aquella, la medicina Psicosomática, sea una subconsciente reacción contra las corrientes materialistas y materializantes que predominan en

nuestra época. El Espíritu, tan menospreciado, trata de reconquistar su situación de privilegio.

Salvo esta tendencia a considerar al enfermo como una persona humana en todo el amplio sentido de los términos, no se observa ninguna variación fundamental en la historia clínica de nuestro siglo. Cada especialización exige una norma propia para hacer la historia clínica, pero siempre guiándose por las mismas normas generales que todos conocemos.

La historia clínica didáctica tiene que ser siempre más detallada; la que sirve para los archivos y estadísticas tiene que ser concisa y contener sólo lo fundamental; o sea, una especie de historia clínica a lo Sydenham.

Creo sinceramente que el descubrimiento de nuevas sustancias dotadas de gran poder curativo, y que se podrán utilizar indistintamente para el tratamiento de las más variadas afecciones, si bien conseguirán el objetivo principal de la Medicina, la conservación de la vida humana, va a imposibilitar la observación de muchas enfermedades, y debilitará los esfuerzos diagnósticos, envolviendo en penumbra el conocimiento médico. Quizás, con el tiempo, la patografía volverá al estado de las "Especies Morbosas".

La Humanidad a pesar del grado de civilización que ha alcanzado, en algunos aspectos se encuentra en franco retroceso. ¿No correrá la Ciencia Médica igual destino? Dios quiera que no sea así.