

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE VALENCIA

DISCURSO

DE INGRESO DEL ACADÉMICO ELECTO

DR. D. MANUEL BELTRÁN BÁGUENA

SOBRE

ARTE MÉDICO

ENSHYO SOBRE LA SISTEMATIZACIÓN DEL PENSAMIENTO
CLÍNICO

Y DISCURSO DE CONTESTACION POR EL

EXCMO. SR. DR. D. FERNANDO RODRIGUEZ G. FORNOS



VALENCIA.—1946
EDITORIAL F. DOMENECH, S. A.
MAR, 29

Excmo. Sr.: Señores Académicos:

Señoras y Señores:

Nada existe en la esfera del pensamiento, ni en aquellos hechos o actos de la vida real en que las ideas alcanzan su corpórea plasmación, que no sea susceptible de enjuiciarse desde ángulos críticos los más variados. Y es precisamente por esta multiplicidad de enfoque por lo que los juicios expresados sobre un mismo acontecimiento o sobre su precursora, la idea, rara vez coinciden, ni siquiera en lo fundamental; y así ocurre, que el análisis, se lleva pocas veces más allá de la perspectiva proyectada, de donde el fallo resulta parcelario. Pero además, como la mensuración se realiza utilizando los juzgadores un módulo métrico de valor convencional y variable, resulta que, hechos sencillos, catalogados entre los más loables por unos hombres, merecen para otros una definitiva condenación. Perspectivas opuestas las observadas y metros distintos los que fueron usados.

¿Fuegos artificiales del pensamiento estas palabras? No. Simplemente deseo de disponer vuestro ánimo en mi favor para que no entendáis mi actitud ante la Real Academia de Medicina como holgazanería ni despectiva despreocupación; ni tan siquiera como involuntario olvido. En 1931 fui llamado al seno de esta docta corporación. Está caducando el 1946. ¡Bien corrió la vida entre estas dos fechas! Han transcurrido luengos años, más de tres

lustros, cuando con mano trémula levanto el pesado aldabón, hecho con todos los valiosos cobres antañones. y llamo a vuestra puerta en demanda de entrada. No veáis en mí, insisto, remolonería ni abulia. Detened vuestro juicio, que yo, en mi deseo de cruzar estos umbrales con la prestancia que da a los humildes el saber hacer honor al regalo, voy a rasgar los velos con que las apariencias encubren mi evidente retraso dotándolo con perfiles de culpable despreocupación. Escuchadme, primero; y juzgad después.

Hay dos formas de situarse ante la vida, formas diametralmente opuestas que resultan del mandato imperioso de sendos complejos psicológicos de indiscutible antagonismo, a las que yo he calificado en alguna ocasión de posición «tartarín» a una y de posición «antitartarín» a su oponente. La primera es de fácil identificación, pues viene expresada en los sujetos, por el deseo, más bien necesidad, de llamar la pública atención con piruetas y acrobacias de difícil funambulismo, actos a que les obliga su incontenible ambición y el sobrestimado valor que dan a sus propias condiciones personales. Posición, triste es decirlo, que les procura en ocasiones éxitos insospechados cuando su anestesia para el ridículo coincide con el acrecimiento inexplicable y transitorio del sector con papanatismo potencial, larvado, que existe en todos los ambientes humanos.

La posición «antitartarín» es la línea de conducta regida precisamente por el contraste. Posición obscura y laboriosa, tímida y constante en el esfuerzo, que no ansía oropeles ni ambiciona más pago que la íntima satisfacción del deber cumplido a conciencia. Grata esencia que aroma el alma y la sidera de una alegría inefable, embriagadora; emoción que sólo puede concebir aquel que sea capaz de comprender, amar y agradecer la bondad de Dios y el respeto de los hombres. Este modo de ser no tiene otro deseo frente a la vida que ajustar su paso a las consideraciones que vaya logrando despertar en derredor; pero fatalmente propende a dejarse llevar por la preocupación de si se adelantó al juicio del ambiente, lo que motiva la constante medrosidad y el frecuente frenazo.

Y ahora, señores Académicos, os pregunto: ¿Creéis que yo podía romper con la pesadumbre que mi respetuosa admiración por la Real Academia me imponía, alegremente, sin otros méritos en 1931 que haber ganado unas cuantas oposiciones y publicado unos pocos, modestos trabajos? Aun hoy pesa sobre mi ánimo la grave preocupación de pensar si realmente alcancé el nivel de dignidad científica necesario para ocupar un puesto a vuestro lado. Miro mi bagaje científico y me siento rico. Contemplo el galardón y súbitamente empobrezco. Tal es el elevado concepto, respetuoso y sobrecogedor, que mereció en mi espíritu esta ilustre comunidad, en cuyos soportales he dejado transcurrir los quince años que duró mi voluntario noviciado.

➤ Por si algo faltaba para incrementar mi zozobra, vengo a ocupar el sillón de un Académico cuyo nombre perdurará siempre en nuestra memoria y aun en la de las generaciones venideras: D. Adolfo Gil y Morte. Quijote en el aspecto externo y Quijote en la vida espiritual. Rígido en su columna cervical según comentaba la crítica malintencionada, incapaz de hallar en él vicio ni defecto moral por donde hundir su daga, era igualmente recto e inelástico en su conciencia. Fué Catedrático, Médico y político. Veamos estos sus tres perfiles principales.

Su misión docente fué magnífica y yo, que fuí su discípulo, puedo afirmar que si no me enseñó toda la fisiología moderna que iniciaba entonces el prodigioso avance que le ha llevado a su situación actual, me inculcó los principios fundamentales de la fisiología de su época. Su libro fué la mejor obra sobre la disciplina que se publicó en España en veinticinco a treinta años. Obra genial, que si hoy nos parece anticuada, es porque la ciencia avanza alternando pausas y rápidas cabalgadas. El libro de Gil y Morte fué el resumen del final de una tregua, pero por intuición del autor marcaba ya el inmediato porvenir. Síntesis del pasado y atisbo del futuro, si colocamos la obra y las lecciones de Cátedra del autor en el momento cronológico del vértice de su actuación (juicio de plenitud, no de ascenso ni descenso) es punto menos que imposible hallar otro Profesor español en los tiempos actuales que sea equiparable a él en el cotejo

de la fisiología de sus épocas respectivass. Dillecto y preciso en el decir, construyendo el castellano con aquella perfección gramatical y riqueza de términos que muchos seguramente recordarán, alcanzó fama de ser uno de los mejores oradores de nuestra Patria.

Como profesional, fué Gil y Morte primerísima figura en la Medicina Interna de Valencia y el más destacado especialista de aparato respiratorio de su tiempo. El organizó y dirigió los primeros balbuceos de la lucha antituberculosa, simiente de la espléndida realidad presente. sin otros recursos que los aportados por la filantrópica «Fiesta de la Flor». Capitán de un voluntariado médico desinteresadamente reclutado, utilizó su labor, con la de otros médicos españoles, para que el Estado se interesara en acorrer y paliar los pavorosos avances de la peste blanca. El ejercicio profesional, prestigiado por su fama de gran clínico, le permitió reunir una fortuna, completando con su renombre una posición social bien distinta del modesto origen que por nacimiento le correspondiera. Sin enorgullecerse por ello ni hacer uso impropio en vida de los dones conquistados, prócer hasta en el momento sublime del tránsito, legó, altruísta y filántropo, gran parte de sus bienes a la Facultad que tanto amó y a diversas obras de beneficencia.

Como político, por hoy y en este lugar puedo decir que fuí su correligionario en un partido del que él llevaba la dirección. Una confesión ingenua. Me atrajo a su lado no el credo del partido, cuyos puntos decisivos ignoré siempre, sino la elegancia espiritual de aquel hombre, su corrección intachable, su caballerosidad, su honradez. Tenía a su alrededor una plana mayor de hombres magníficos, cuyos nombres figuraron y figuran en esta corporación con título de honor. Se llamaron y se llaman Juan Bartual, Miguel López, Ramón Gómez-Ferrer, Jesús Bartrina, por no mentar sino los señeros, hombres cuyo valer, prestigio social y profesional y sobre todo cuya fama de caballeros sin tacha tenían que atraer y seducir mi juvenil empuje. Fuí a su lado esclavo de la misma convicción que hoy, con experiencia propia, mantengo. En política todos los programas son buenos si los hombres

lo son. En contraste, el mejor programa resulta ruín si los que lo propugnan están poseídos de bajas pasiones y mala fe. Y no es esto fruto de ligereza o improvisación. Cuando al discurrir de los años he visto la vida política de mi Patria deslizarse por tan distintos e incluso desorbitados derroteros. Cuando he asistido a tantos y tan esquinados virajes, pienso que esta experiencia puede adquirirse con bien pocos años si ellos están caracterizados por las tendencias a la mutación y a la violencia. La extraordinaria densidad de acontecimientos nos permite establecer parangones, aquilatar méritos, juzgar móviles, apreciar sacrificios, presenciar súbitas elevaciones y descensos de vértigo. Pero además de mi experiencia, me permite un juicio desapasionado, las no malas condiciones que reúno para crítico, pues así como en pintura, por ejemplo, los mejores críticos son los que no pintan, pero un día conocieron la técnica que luego abandonaron, así en política el crítico ajeno a todo partidismo, es el más capacitado para juzgar a los demás sin las trabas de aquellas convicciones apriorísticas que involuntariamente desvían el platillo de la balanza hacia sí. Pues bien, cuando como crítico vuelvo la vista atrás y juzgo a Gil y Morte como político, o por mejor decir, como técnico de la política, credo aparte, le veo con todos los trazos excelsos de su austeridad, comprensiva tolerancia para el enemigo, corrección ante el ataque o el exabrupto de la intransigencia ajena, espíritu de sacrificio por su idea, amor a España en todas las dimensiones de su espíritu.

Porque a la Patria se la ama de dos formas. O con veneración profunda, serena, callada, presta a sacrificios y a la más generosa renunciación, amándola desgraciada o feliz, a todo trance, prefiriendo su salvación aunque signifique el silenciamiento de los más caros de nuestros ideales, o con esa pasión desbordada y equívoca del que exige que el país sea aquello que le parece a él que debe de ser. Pasión descarriada que identifica una nación con un credo político, fuera del cual la Patria no existe. Concepto absurdo que prefiere la destrucción del viejo solar si no es como imperativamente pretende que sea. Pasión en la que se suplanta el sentimiento filial por el más desatinado

sexualismo, cuyos tintes de auténtica majeza, ansia de posesión, aluvión de hormonas gonadales, quizás pudieran ser expresados en aquella copla flamenca, que ruge al fin con estribillo bestial y encanallado: La maté porque era mía.

Gil y Morte, hombre de fin de siglo, sintió en propia carne las heridas de una España que se desangraba. Como tantos otros de su luctuosa época, pretendió redimirla y sostenerla en el rápido, angustioso declive de la historia. ¿Fué acertada su gestión?

Cuando se juzga a un hombre hay que hacerlo situándose en condiciones de tiempo y lugar análogas a las en que aquél desarrolló sus actividades. El correr de los años sólo es bueno para restar lo que de injusto apasionamiento pudo haber en la crítica del enemigo o de sobretasa en los elogios del idóneo. Pero es siempre más veraz el juicio de los contemporáneos, tras de sensata colada, que el examen de los actos del pasado bajo la luz de cualquier presente, luz cuyo color varía con la posición, eternamente cambiante, del prisma político que la descompone, porque cada momento histórico de un país exige variadas condiciones de gobierno. En este sentido podemos afirmar rotundamente como síntesis, que Gil y Morte fué admirado por sus amigos y respetado por sus antagonistas. Amó a su Patria con verdadera veneración. Jamás admitió de la política la menor prebenda o beneficio material. ¡Vieja estampa del siglo calumniado! Ignoro a ciencia cierta el credo que contigo defendí, pero ante tu conciencia honrada, incorruptible, ante tu prócer figura humana, respetuosa, emocionadamente, me inclino y te saludo.

Excusad, señores Académicos, que haya dedicado a estos menesteres no científicos más tiempo del habitual y protocolario. Pero es que en estos decenios de la vida española, tan ricos en antitéticas trayectorias, existe una insana tendencia a menospreciar y hundir en injusto olvido hombres y hechos del pasado como forma de exaltar, de encumbrar todo lo presente. Es la lucha entre la antigua y la moderna generación. Y los que por razones cronológicas integramos la generación intermedia, con el orgullo de lo que aprendimos y la ilusión de lo que avizoramos; con la

veneración a nuestros Maestros y la esperanza en nuestra briosa juventud, tenemos un deber a cumplir, grato y penoso a la par. Debemos impedir que el impulso iconoclasta del hoy destruya todo lo que de meritorio existió ayer. Tanto más dura la ingente labor cuanto que los hombres de esta generación intermedia somos bien pocos, pues si unos se dejaron arrastrar por el presente, veloz y avasallador, otros anclaron para siempre en viejos puertos, temerosos de correr el temporal de mar afuera. Tal disyunción dejó en la brecha tan sólo a los sensatos, si acaso no hay insensatez en nuestra romántica actitud conciliadora. Y fuerza es utilizar las oportunidades en recordar, al presente, que habrá de ser después pasado; con lo que se advierte que es el juicio infalible de los años, y no el intercambio actual de recíprocas alabanzas, lo que habrá de fallar en fin de cuentas sobre aciertos y extravíos.

Pero abordemos, con vuestra venia, nuestro quehacer. Largamente he vacilado ante el problema de elección del obligado tema. Neófito que se apresta a recibir las aguas bautismales de manos de esta ilustre Academia, mi pensamiento dudaba entre las tres posibilidades siguientes: 1.^a Exposición de uno de los resultados a que me ha conducido mi modestísimo esfuerzo de investigación experimental. 2.^a Relación de algunos de los perfiles clínicos originales personalmente captados tras una práctica de observación de enfermos que rebasa los veintisiete años. 3.^a Intento de condensar en conceptos doctrinales las líneas de una experiencia; que si útil hubo de resultarme con motivo de felices confirmaciones, más contribuyó a formar mi contextura espiritual con ocasión de casos adversos, permitiéndome destilar los inevitables fracasos por el alambique de la meditada reflexión.

Tras dudas y vacilaciones interminables, a veces angustiosas, al fin me decidí por el extremo último del trilema. Ignoro si elegí con acierto; pero sea o no así, orientó mi voluntad el pensar que en trance de academicidad ésta era la más razonable de las soluciones; que sólo un mosto digno puede verterse en vajillo de tan rancia y exquisita solera.

Inclinó mi decisión, además, un vivísimo sentimiento de res-

ponsabilidad docente, nacido de la observación del tan fatal desvío de nuestros escolares y generaciones jóvenes de médicos que les aleja de todo aquello que trasciende a clínica clásica, desvío que les conduce a invocar el análisis de humores o exudados, la minúscula desviación de un accidente de trazado gráfico, la variable densidad de una sombra radiológica, como resortes únicos de diagnóstico, olvidando, incautamente, que estos valiosos medios son capaces de respondernos con certeza ante preguntas claras y concretamente planteadas, cosa esta última sólo asequible a quienes previamente estudiaron su caso clínico y lo supieron orientar.

Convengamos lealmente, el momento es de generosas confesiones, que bien pocos de los vocacionalmente docentes estamos exentos de culpa. Los estudios de Medicina, por su vasto y complejo campo, abarcan en proporción muy semejante materias cuyas profundidad y matiz especulativo encajan perfectamente dentro del concepto de lo universitario. Al propio tiempo son muchas de sus disciplinas de tan directa aplicación, que mejor que en una facultad mayor hallarían lógico enclave en el concepto de escuela técnica. Finalmente, el momento investigador pasa por una fase de tan febril elaboración, que la Medicina experimental supera y avasalla a la Medicina clínica de nuestros días. Y estas circunstancias hacen que el objetivo inmediato del profesor, sujeto a las influencias de lo experimental y de lo especulativo, olvide con cierta frecuencia la misión sagrada del médico, curar los enfermos a base de conocimientos y nociones claras de fácil aplicación. Y conste que al aludir al profesor no limitamos nuestra denominación a los docentes oficiales, sino también a todos los que en conferencias, libros y revistas aportan al acervo común el fruto de sus trabajos.

Advertimos ha tiempo el peligro; y pensando en que es hora ya de reaccionar frente a la excesiva prevalencia que tiende a concederse a las técnicas exploratorias en perjuicio del razonar clínico, venimos hoy aquí, con ánimo esforzado, a romper una lanza a favor del tradicional sentido de la Medicina, decididos a declinar toda responsabilidad en la creación de generaciones de

médicos de corto alcance mental, cuya manifiesta pereza ideativa es causada más bien por incorrecta formación que por auténtica molición del pensamiento.

Nadie vea, sin embargo, en los conceptos sugeridos un paso atrás en el camino maravillosamente progresivo de nuestra ciencia. No pretendemos abogar por el establecimiento de una etapa involutiva. Ni tan siquiera propugnamos una tregua en el magnífico avanzar. Lo que pretendemos es impedir que la medicina del pasado, defectuosa por especulativa y teorizante, caiga en el antipodismo físico-químico, en ese delirante reclamar el diagnóstico al analista, al radiólogo, etc., en tanto nuestro criterio clínico, vacío de contenido y orientación, huelga en espera de la solución afortunada que las técnicas puedan proporcionarle. Es admisible tener sobre un proceso una o más opiniones inexactas. Lo que no puede aceptarse es que ante el enfermo se carezca de toda opinión. O lo que es peor, que ante un febricitante derive nuestro pensamiento hacia la fiebre experimental del conejo por punción diencefálica. Bueno está que la egregia legión de investigadores oriente su labor en seguimiento de la esencia y razón última de los fenómenos biológicos. Nunca les agradeceremos bastante los óptimos frutos cosechados por su labor excelsa; pero sin que nos olvidemos de separar cuidadosamente lo experimental y lo clínico, pues resulta incuestionable que hoy, manejando ratones y cobayas, vamos volviendo insensiblemente la espalda al hombre enfermo.

Al demandar, señores Académicos, el honor de formar a nuestro lado, nuestra única aspiración es, pues, someter a vuestra consideración nuestra visión personal de cómo entendemos que deben forjarse en la inteligencia de los escolares médicos esos núcleos de conocimientos de que han de partir los caminos del razonamiento clínico. Qué argumentos lógicos han de orientar su raciocinio hacia bases diagnósticas previas. Pues sólo así, estimulando el desarrollo de estos mecanimos dicursivos, encareciendo su necesidad, facilitando su perfeccionamiento, podemos substraerles a esa tan frecuente fase de estupor de los recién licenciados y aun de ciertos médicos despreocupados, que ante

la referencia de unas manifestaciones desordenadamente expuestas por el enfermo, muestran análoga incomprensión que si les relataran un suceso en idioma desconocido. Y no hay que olvidar que sin una orientación definida y clara, es imposible pedir a las técnicas auxiliares lo que legítimamente estamos autorizados a solicitar: la perfección de un diagnóstico, sí confirmado. La rectificación si los juicios obtenidos por las técnicas merecen el grado de confianza exigible para desviar nuestro pensamiento hacia otras posibilidades. Cosa muy distinta, según se ve, de iniciar la ascensión diagnóstica por vergonzosas peticiones de socorro. Veamos cómo entendemos esta metódica formación del pensamiento clínico.

I.—NECESIDAD DE UNA BUENA HISTORIA CLINICA

Es capital que al iniciar el primer rasgo formativo del clínico traigamos a colación esta vulgaridad. Pero resulta, por desgracia, que en la vida, todo cuanto se diputa de vulgar se devalora hasta un extremo tal, que en muchísimas ocasiones la imperfección de nuestros actos tiene por madre el olvido de que lo rutinario ha llegado a ser vulgar por esta única razón, por ser eternamente repetido. Y, sin embargo, si se adoba el razonamiento con un poco de buen sentido, pronto se echará de ver que, precisamente, si las cosas se repiten una y otra vez, es porque son absolutamente indispensables. Admitamos, pues, el honroso calificativo de vulgar para esta misión de realizar una buena captación de datos patológicos, pero pensando que con ello no hacemos otra cosa que afirmar su perentoria necesidad. Y añadamos además, como expresión de nuestra personal experiencia, que los mayores éxitos diagnósticos de los buenos internistas no se los proporciona sólo la despierta educación de los sentidos; ni la perfecta interpretación de un análisis, o de la imagen objetiva de gráficos o películas radiológicas. No. Las más veces el acierto indiscutible reside en que ya vió las posibilidades patológicas del proceso desde que hubo de coleccionar las referencias del paciente.

Y bien guiado por estos juicios de posibilidad, orientaciones pero nunca prejuicios, fué a buscar en la exploración datos confirmativos, por lo que su atención, polarizada en parte, pudo mostrarle rasgos, matices, que hubieran pasado desapercibidos a una atención dispersa, como aquella que busca hallar un camino; cosa esta bien distinta de esta otra que aspira concretamente a reconocer e identificar la ruta o rutas posibles, entrevistas de antemano.

Para nosotros, pues, ante un enfermo, precediendo a toda exploración, es indispensable trazar su historia clínica correcta, pletórica de datos exactos y armonizada en punto a los dos elementos fundamentales que hacemos entrar en juego siempre que pretendemos abordar la interpretación de un fenómeno biológico, aun el más simple: Tiempo y lugar; cada uno de estos dos elementos analizados en lo que se refiere a sus características de cualidad y cantidad, traducidas estas variantes en duración, intensidad, periodicidad, extensión, etc. Es, pues, tan fundamental para el clínico recoger una historia patológica, clasificar los datos, situarlos a lo largo de la vida del enfermo y establecer entre ellos y la enfermedad actual el nexo etiopatogénico que pueda existir, que tal operación nos parece tan sólo comparable a la que realiza el anatomopatólogo cuando preparara un fragmento de tejido antes de colocarlo en la platina del microscopio. Y si a éste había de serle imposible llevar a cabo el examen sin endurecer ni seccionar la pieza, sin teñirla ni montarla, igualmente el clínico no puede nunca poseer un criterio correcto y ajustado sobre la enfermedad que sufre un determinado paciente sin antes conocer a fondo y con la necesaria claridad todo el pasado remoto y próximo del enfermo; extendido luego ante él como mapa orientador que ha de guiar su pensamiento y su exploración con certero rumbo.

Dejemos, pues, sentado que nunca, jamás, puede prescindirse de una correcta historia clínica; aunque el enfermo, congestionado, con rictus de sufrimiento en el rostro, tosiendo penosamente, con un quejido a cada golpe de tos, agarrotándose con ambas manos un costado, en los labios un esputo tinto en

sangre, nos refiera que unas horas antes, tras un escalofrío solemne, sintió que una lanza se hundía en su costado. Es admisible que inmediatamente le dispongamos calor y un sedante que calme su dolorosa angustia. Es inevitable que en nuestro magín la palabra neumonía tome la forma insultante de los anuncios luminosos de neon. Pero frenemos nuestra impaciencia: inquiramos en búsqueda minuciosa, el pasado y el presente. Tal vez una hora antes le hayan administrado un purgante salino que choque violentamente con las piridinas que estábamos dispuestos a formular. Quizá una afección renal o hepática desvíen nuestras actividades farmacológicas por el momento. Es posible que un pasado cardíaco evidente nos fuerce a proteger sin pérdida de tiempo un corazón que sabemos amenazado por la marea creciente de la invasión neumónica. No importa que, como una súbita revelación, instantáneamente, sepamos *de dónde partimos*. Nos interesa en grado muy superior saber *con quién vamos*, única forma de poder presumir, si no adivinar exactamente, el *adónde y cómo* va a terminar aquella ruta, que nos abre súbitamente el dolor y la fiebre.

Y una apostilla final. Si un día esa frase franciscana que acusa al hombre como lobo del hombre, palabras que son alcaloide de la verdad y maldición también que los humanos se afanan en incrementar en todas las dimensiones con aspiración de pavoroso record, dejan al mundo una tregua de paz laboriosa, será el momento de implantar, entre el alud de campañas sanitarias indispensables, un libro patológico para cada ser que nace, cuyas primeras hojas llenará el puericultor con los datos de alimentación, dentición, desarrollo, etc.; y cuyos sucesivos capítulos irán inscribiendo los clínicos a medida que los episodios incidan en la vida del portador. Y entonces, las generaciones venideras de profesionales, sabrán ver en nuestra obra todo el inmenso valor que tal documento posee en cuanto se refiere al acertado diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades que tenga que asistir, leyendo, sin otro esfuerzo que éste, todos los acontecimientos que esmaltaron el pasado normal y patológico de su paciente.

Supongamos que ya tenemos recogida la historia clínica; que ya hemos penetrado el pasado en visión retrospectiva. Utilizando un ejemplo, podemos decir que entonces nuestro mapa posee iluminados todos los datos hidro y orográficos, los círculos y puntos que marcan ciudades y pueblos. En cierto aspecto adquirimos así una primera idea sobre aquel territorio en abstracto, pero no basta este conocimiento para el que necesita recorrerlo. Es por tanto indispensable que tracemos las vías de comunicación; que estudiemos las características de cada lugar, para saber cómo influyen unas regiones sobre otras. Esta labor, transportada a nuestro objetivo, significa el examen particular de los antecedentes familiares y personales con capacidad patógena; las enfermedades sufridas en el pretérito; unas y otros elementos, eslabones aislados de esa cadena etiopatogénica que necesitamos más tarde unir como expresión y símbolo del lógico caminar del razonamiento clínico.

LOS ESLABONES AISLADOS

En otro lugar, a propósito de la metodización del diagnóstico de los cronicismos en su fase inicial, imprecisa, oligosintomática y profundamente desorientadora, indicábamos ya cómo el pensamiento del clínico necesita recorrer en múltiples ocasiones un camino ideativo que marcha desde el postulado previo de lo que *puede tener* un enfermo, hasta el juicio afirmativo de lo que *realmente tiene*. Ello exige, como allí indicábamos, una correcta formación clínica, que no estriba sólo en conocer, como algunos equivocados creen, un número mayor o menor de entidades morbosas y sus variantes clínicas: sino también en saber qué influencia patológica pueden ejercitar, en el determinismo de las enfermedades, los acontecimientos fisiológicos y las acciones intercurrentes del medio externo que inciden a lo largo y sobre la vida de un sujeto. Hoy nos ratificamos en esta opinión, y queremos insistir en que difícilmente puede llegarse a un diagnóstico tan próximo a lo perfecto como sería deseable,

sin que en nuestro razonamiento figure, primer eslabón, el papel que desempeñan la herencia, constitución, edad, profesión, etcétera; papel que no se reduce a la inscripción simplicísima de nombres o fechas, sino a la cotización de los posibles valores patógenos que cada una de estas cualidades atesora, tanto en función de potencia morbosa asociada, como en punto a enfocada causalidad sobre un sujeto determinado.

A tal extremo nos ha parecido siempre fundamental la idea comentada, que cuando nuestra carrera docente se desenvolvía en la Universidad hispalense, decíamos a nuestros alumnos de Patología General en el grato ambiente de la Cátedra sevillana: «Los antecedentes generales y familiares de los enfermos, sobre todo en clínica interna, se parecen extraordinariamente a las fórmulas de la química orgánica. Bien sea su cadena cíclica o abierta, cada uno de estos datos representan como átomos de carbono, cuyas valencias saturan otros cuerpos patológicos durante el transcurso de la vida. Y aun en ocasiones hay tal reciprocidad morbosa, que algunas de las valencias se saturan e influyen entre sí». También en esto me ratifico hoy, luego de transcurridos muchos años, e incluso pienso que cuando un día crezcan mis horas porque disminuyan paralelamente mis quehaceres, he de intentar reducir las historias clínicas de mi casuística a fórmulas parecidas a las de la química orgánica, pues tengo por seguro que en la constelación causal de mis enfermos, ha de ser interesante partir de esta noción catenaria que vengo propugnando, en la que las enfermedades del presente son como nuevos compuestos que se engarzan modificando substancialmente el complejo biológico primitivo, dotándolo además de otras valencias saturables también por nuevos procesos intercurrentes; o por consecuencia de nuevas disposiciones, facilitadas y aun impuestas por la anterior asociación.

Otros no menos interesantes eslabones de la cadena, están representados por los accidentes patológicos que figuran en el pasado del paciente. Día tras día me esfuerzo en inculcar en el espíritu de mis alumnos la trascendencia de recoger bien los datos sobre las enfermedades que figuran en la historia; de situar-

las exactamente en el tiempo; de intentar diagnosticarlas retrospectivamente con cierta aproximación. Tal esfuerzo no resulta jamás baldío; es, inversamente, la mejor fuente de enseñanza que pudiéramos desear; y precisamente en abono de esta tesis, vamos a tratar de sistematizar los moldes previos dentro de los cuales el clínico viene obligado a vaciar los datos poseídos sobre un enfermo, antes de proceder al examen de su proceso actual.

EL ENGARCE DE LOS ESLABONES

Ya tenemos obtenidos y clasificados en principio, mediante la encuesta clínica, los eslabones necesarios para obtener la cadena patológica de un enfermo determinado. Fundamentalmente, son reductibles según dijimos a dos grupos: el primero, de factores permanentes dotados de acción fisiológica, que puede trocarse en morbosa por fuerte desviación sobre lo normal; por actuar disposicionalmente en espera de circunstancias realizadoras; o por su intempestiva aparición cronológica. El segundo grupo, integrado por factores intercurrentes (enfermedades pa-decidas), variables en punto a poder patógeno posterior.

Pues bien, la suma de ambos grupos de factores es una *carga morbosa potencial*, que fatalmente entra en acción desde el momento mismo adquiere el organismo una enfermedad; que gravita sobre ella, influyendo en mayor o menor grado su curso; que rige, a veces dictatorialmente, su porvenir; que orienta en ocasiones la asociación, a la fundamental, de una terapéutica paralela indispensable. Y no es posible dejar de recordar que estos conceptos clínicos que modifica se llaman sintomatología, pronóstico y tratamiento de las enfermedades.

Pero el problema tiene todavía mayor complejidad, con ser mucha la de estas primeras facetas. Porque si admitimos que el pasado ejerce su pesadumbre sobre toda nueva enfermedad que aparece; si llegamos a pensar que la calificada de *carga morbosa potencial* subsiste en los organismos con mayor o menor latencia; la aceptación de tal doctrina equivale a reconocer que las

enfermedades padecidas por el hombre no curan jamás de un modo completo y absoluto. ¿Hasta qué punto resulta esto cierto y por ende aceptable?

La contestación a esta pregunta representa precisamente la médula de gran parte del pensamiento clínico que deseamos remozar; y la verdadera explicación del interés que estamos manifestando por tan sugestivo tema. Veamos la explicación y sobre todo las razones en que apoyamos nuestro aserto.

Dentro de la infinita variedad de relaciones entre un agente morboso y las consecuencias patológicas a que da lugar, pueden hallarse las siguientes variantes:

A) Un ser normal sufre la agresión de cualquiera causa morbosa, pero las lesiones que ésta produce son tan leves y susceptibles de ser reparadas, que por fortuna no resta huella posterior ni en el substratum material del organismo ni en la función correspondiente. Tal contingencia feliz apenas resulta admisible en el orden doctrinal, pero prácticamente es indudable que debe aceptarse, pues aunque resten siempre algunas células lesionadas, no influye el escaso volumen anatomopatológico hasta el punto de perjudicar la orgánica armonía que calificamos de salud. Admitimos, pues, la posibilidad de que una enfermedad deje como reliquia lesiones mínimas inactuantes.

B) Opuestamente, un primer ataque puede modificar más o menos profundamente la situación del organismo frente a la repetición de insultos patógenos de análoga o distinta etiología. La nueva posición puede facilitar otra agresión; o, por el contrario, dificultarla. Ejemplos en apoyo de este archiconocido principio los hallaríamos a centenares, pero nos bastará con enunciar algunos con el esquematismo obligado. La infección, caso primero, puede crear la receptividad (neumonía, erisipela) o la inmunidad (sarampión, tifoidea). Pero hay casos en que la disposición o resistencia se adquiere para agentes no específicos. E incluso se da el caso peregrino de que es causa de la nueva enfermedad o de otro brote de la misma, tan sólo la modificación material del substrato anatómico que sirvió de escenario a la infección primera (brote apendicular que estenosa en un pun-

to la luz del conducto y perturba su acoplado muscular fibra estriada-esfínter, llamando a gritos al nuevo ataque. Brote infeccioso de colecistitis que prepara y facilita la precipitación calculosa, la colelitiasis, etc.).

Admitido, pues, que un número cuantioso de enfermedades no se acompañan de la *restitutio ad integrum* completa, es indispensable que veamos cómo esta imperfección se proyecta en el futuro del enfermo. En tal sentido pueden ocurrir variadas contingencias, unas mejor conocidas y otras peor estudiadas, que en resumen vamos a reseñar. Comencemos por las conocidas.

1) Complicación metapática, que sigue inmediatamente al proceso fundamental y que como tal complicación, integra las descripciones nosológicas de toda enfermedad. Carece de interés por su fácil conocimiento.

2) Paso al estado crónico. Igualmente prescindimos de todo comentario, por ser harto conocido este tipo evolutivo.

Una y otra pueden constituir, sin embargo, acciones patológicas que integran la carga morboza potencial, cuyo interés tratamos de subrayar, pues un cronicismo, en general, es siempre un factor actuante cuando aparece una nueva enfermedad y las complicaciones en todo proceso rara vez pasan sin dejar una huella del tipo de la cronopatía. Ahora bien: el engarce de todos estos eslabones patológicos es las más veces fácil, pues el tránsito de la enfermedad aguda a la crónica, con o sin complicación intermedia, aparece claro casi siempre si el interrogatorio es correctamente realizado; y por tanto, cuando nosotros observamos un enfermo sufriendo de no importa qué trastornos, nuestro problema queda reducido a discernir entre una de estas dos posibilidades. Primera: El proceso actual es un estado avanzado del cronicismo que siguió a la más o menos remota enfermedad aguda. O la suma de dos o varias enfermedades pasadas y encronizadas, convergiendo y aun quizá asociándose con factores propios de la edad, herencia, profesión, etc., trocados en patógenos en un momento peorativo. De todas suertes, proceso o constelación patológica de un pasado, que provoca el cua-

dro clínico presente sin intervención de una nueva enfermedad. Segundo: El nuevo proceso no es continuación del anterior, sino una enfermedad nueva. En este caso la enfermedad o enfermedades anteriores entran a formar en la *carga morbosa potencial*. Hay, pues, que hacer el diagnóstico de la enfermedad nueva y valorar con aproximación la influencia que ésta va a experimentar al ejercer su acción el pasado morboso. En un concepto único, comprender el hoy morboso, conjugarlo con el ayer, y sacar de ello las consecuencias para el mañana.

Pero, como ya anticipábamos, estas dos contingencias evolutivas apenas nos plantean otras dificultades diagnósticas que las que acabamos de señalar, toda vez que su vinculación a la enfermedad originaria no se pierde. Podrá pasar su morbosidad por alternativas de intensidad traducidas por mejorías o empeoramientos. Podrán restar lesiones de actividad uniforme, estabílizadas, pero siempre, en todo momento, un clínico solvente sabrá calificar el proceso de su enfermo, en el orden del conocimiento patológico, como modificaciones cuantitativas (de avance lesional, de nuevas complicaciones). O diputarlo como carga morbosa actuante sobre la nueva enfermedad adquirida. No es este problema, insistimos, lo que plantea las incógnitas más inquietantes. Lo que realmente nos interesa retener bien es la posibilidad de que tras una enfermedad, el paciente cure en apariencia; cuando en verdad han quedado en su organismo, a pesar del silencio clínico absoluto, lesiones irreparables que meses, años más tarde romperán la tregua que interpretamos como curación, para forjar de nuevo un síndrome patológico.

Por ello nos parece infinitamente provechoso ocuparnos de dos modos o estilos evolutivos, cuyo conocimiento facilita extraordinariamente la comprensión de los lazos que unen unos a otros procesos; que muestran hasta qué punto nos guía la razón en nuestra contumaz insistencia sobre el valor de la historia clínica y la necesidad de concatenar los bien deslindados accidentes morbosos que nos ofrece el pasado. Estas dos acciones patológicas que hallamos gobernando estilos evolutivos de las enferme

dades, pueden ser calificados como delitescencia y como relapso. Veamos en qué consisten.

Delitescencia patológica significa ocultación absoluta de un proceso, que reaparecerá más tarde con distinta caracterología. Enfermedad relapsante es aquélla que abjura de su condición, para reaparecer tras un período más o menos prolongado de latencia clínica absoluta. En apariencia, situándonos en el terreno de la máxima dificultad diagnóstica, no cabe duda que los mayores desvelos nos los ocasionan las enfermedades a estilo evolutivo delitesciente, pero también nos desazonan a veces los relapsos patológicos. La razón de tales dificultades estriba en una noción nueva que vamos a introducir y comentar, el concepto de «segunda enfermedad».

Entendemos por *segunda enfermedad* el cuadro patológico que se establece como acción consecutiva, más o menos lejana, de otra enfermedad sintomáticamente destacada, ostensible, que podemos calificar de primaria o protopatía. El nuevo proceso tiene un perfil clínico distinto del primitivo; pero, hecho diferencial: en tanto en el estilo delitesciente no sobreviene una nueva agresión patológica, en el relapso, el mismo agente morboso vuelve a descargar su acción sobre el órgano o sistema visceral enfermo. Hay, pues, entre ambos estilos evolutivos, una noción etiológica que las separa fundamentalmente. En el relapso patológico, la línea causal, etiológica, sigue siendo la misma. En la delitescencia, este factor originario agotó como tal su acción específica tras el primer ataque. Las reapariciones morbosas son en el primer caso reedición de la primera enfermedad, reproduzca o no la sintomatología primaria. En la delitescencia, son las consecuencias lejanas y distintas del pristino padecimiento lo que caracteriza el nuevo ataque. Estudiaremos separadamente las características peculiares de uno y otro estilos morbosos.

LA DELITESCENCIA PATOLOGICA

Las enfermedades que evolucionan según el modo delitescen-
te, producen en su primer ataque lesiones tisulares más o menos
profundas, lesiones que si no acarrear la muerte del organismo,
ni le ocasionan graves trastornos presentes, restan inaparentes,
escapando a la consideración de complicaciones de la enferme-
dad. Ahora bien, la destrucción celular ocasionada puede seguir
distintos derroteros, en cuyo examen es interesante entrar. Cuan-
do se trata de tejidos capaces de reponer las células nobles des-
truídas, se inicia en cierta suerte la restitución íntegra, pero los
elementos neoformados no poseen tan perfecto funcionalismo
como aquellos a quienes substituyen, imperfección a la que qui-
zá no sea ajeno el tejido conectivo-vascular, que, al regenerar-
se, nunca lo hace con exacta adecuación, rebasando su esfuerzo
para caer en la hiperplasia, apareciendo más tarde en el tejido
inoplástico su perturbadora tendencia retráctil. Si la especial bio-
logía tisular no alcanza a suplir las células por elementos idénti-
cos, el tejido conjuntivo rellena el vacío, se retrae luego y ata-
ca con saña mayor la arquitectura celular.

En fin de cuentas, cualquiera que sea el número de células
destruído, siempre que la pérdida anatómica no rebase un de-
terminado límite, la inevitable mengua funcional despierta ese
maravilloso sentido de solidaridad celular que estimula a los ele-
mentos sanos a vicariar el déficit de los desaparecidos o débiles.
Gracias a este esfuerzo, la función del órgano o sistema tarados
se realiza con aparente perfección y nada permite sospechar la
lesión, que resta inaparente por el momento.

Esta latencia puede ser definitiva en cuatro condiciones:
1.^a Si la porción de órgano afecto es reducida y situada en lugar
anónimo de la gran masa celular. 2.^a Si las demandas de fun-
ción no superan las posibilidades adaptativas. 3.^a Si la vida del
organismo portador del órgano tarado no se prolonga más allá
de la duración, nunca indefinida, de las reacciones vicariantes.

4.ª Si un nuevo proceso etiológicamente distinto, no plantea exigencias funcionales o lesiona el mismo órgano. pues no hay que olvidar hasta qué punto queda vulnerable y expuesto a nuevas agresiones todo sector de nuestra economía que perdió para siempre su virginidad anatomofisiológica.

Vemos, pues, que ha existido una primera enfermedad; que ha provocado lesiones y, sin embargo, nada nuevo acontece durante una etapa más o menos prolongada de la vida del enfermo y a veces, según acabamos de indicar, definitivamente.

Pero no siempre se da esta contingencia feliz. En la mayoría de los casos, si ninguna causa de muerte incide sobre la vida del sujeto portador de la lesión latente, el sector orgánico sometido al generoso esfuerzo de compensación va flaqueando inexorablemente. Primero: porque la sobrecarga funcional mantenida, agota precozmente la vitalidad celular. Segundo: porque con el tiempo, la pérdida de irrigación sanguínea y la disminución de energías, características de la involución senil, acelera todavía el prematuro envejecimiento de estos *parénquimas forzados*.

Pero, además, lo frecuente en clínica, es que la tara anterior atraiga hacia el órgano anatómicamente mutilado las acciones patológicas de nuevos procesos, que si resueltos afortunadamente, significan no obstante una nueva agravación sobre su situación pretérita. Y aun cuando no lo afecten directamente, las influencias perniciosas que desencadena una enfermedad general, siempre resultan más gravosas para aquellos órganos cuya integridad estaba perturbada por un factor harto conocido, la disminución local de resistencia.

Por todas las circunstancias apuntadas, el parénquima que una primera enfermedad afectó queda sometido inexorablemente a una declinación funcional cuyo ritmo degenerativo, si es de relativa rapidez, puede hacer que ascienda un buen día a la superficie clínica, expresándose en lenguaje de «segunda enfermedad». Tanto más probable esta contingencia si otra u otras enfermedades intercurrentes aceleran la marcha hacia el déficit funcional.

Pero no debemos olvidar tampoco otra noción fundamental igual y distinta a la vez de otra que acabamos de referir, cual es que el silencio del proceso que delitesció puede romperse sin que tal contingencia presuponga el estallido de una «segunda enfermedad» en el sentido expuesto. Trátase en estos casos de la interurrencia de un nuevo proceso totalmente distinto a la protopatía delitesciente, cuya acción morbosa despierta fatalmente resonancias en aquellos órganos tarados en fase de latencia clínica, latencia que cesa para continuarse con un lenguaje clínico unas veces confuso y a las veces de difícil explicación, otras inesperado. Nos referimos a la fijación prevalente o difícilmente explicable de uno de los síndromes de la nueva enfermedad en determinado órgano o sistema visceral. Por ejemplo, frecuentemente vemos cardíacos que hacen su éstasis, monosindrómico inclusive en hígado, en riñón, en pulmón, en cerebro, organofilia que se acompaña de la aparición de una precocísima cirrosis cardíaca o renal, de brótes bronquíticos con disnea asmátiforme inusitada, etc. Y en todos estos casos, si el encharcamiento prevalece y se acantona en un lugar determinado; si la esclerosis o la infección canalicular florecen prematura y aceleradamente, culpa es en muchos casos de un viejo proceso que al delitescer creó allí el *locus minor resistentiae*, que si no ha sido capaz de crear la «segunda enfermedad por sí solo, ha tenido poder suficiente para atraerse las máximas perturbaciones y traducirlas en síndromes de localización prevalente.

Otras consecuencias que de este concepto pueden derivarse son también a todas luces interesantísimas. En primer lugar, evitar al clínico vacilaciones y errores posible, pues pensando en que puede estar ante las consecuencias lejanas de un proceso que delitesció, no se cierra tercamente en buscar tan sólo una enfermedad nueva, e incluso cuando los signos clínicos son todavía esbozados y dudosos, sospecha del pasado y en consecuencia busca hacer un diagnóstico precoz, llevando a cabo pruebas funcionales, sobre todo de sobrecarga; adquiriendo así la convicción del declinar en la capacidad compensadora de un sector orgánico. Casos hay en que tal modo discursivo le lleva

a la solución feliz de procesos en apariencia insolubles, como ante una hipertensión arterial por vieja litiasis con brotes inaparentes de pielitis. Cómo ante los primeros rasgos alérgicos de un bronquítico crónico. Cómo ante las primeras manifestaciones de estenosis intestinal por antigua serositis tuberculosa del peritoneo curada y distante. Los casos pudieran multiplicarse hasta la saciedad, y ello es buena muestra de la decisiva utilidad que nos presta la exacta valoración de los antecedentes en una historia clínica.

Pero todavía no se agotan las posibilidades que encierra el conocimiento de la delitescencia de un proceso patológico. El buen clínico no es aquel que administra bicarbonato ante la queja de pirosis o aconseja salicilato al reumático y piramidón al febricitante. Los rasgos que le definen están representados por el juicio terminal y valoración posterior que hace de una enfermedad, cuya organifilia habitual conoce y cuyas agresiones locales ha debido seguir día a día durante la correcta observación que prestó a su paciente. Y esta sostenida atención es lo que le inspirará en muchas ocasiones dudas o seguridades sobre la constitución de lesiones residuales, carga morbosa latente susceptible en muchos casos de anulación o enmienda por los adecuados consejos higiénicos y farmacológicos para seguidos en el porvenir, medio según se ve, eficaz, hasta donde es posible, de evitar los accidentes de la delitescencia presumible.

EL RELAPSO PATOLOGICO

El relapso patológico está informado en lo fundamental por la continuidad en la línea etiológica. Las más veces, también hay semejanza sintomática en cada reedición del proceso. Conviene, sin embargo, diferenciarlo de las enfermedades que evolucionan «a brotes» y de las simples ondas de intensidad de los síndromes que acusan marcadamente esta tendencia, pues en ambos casos la tregua entre una exacerbación y la siguiente es sólo relativa, siendo los brotes, simples elevaciones cuantitativas

de la enfermedad sobre un fondo de permanencia patológica. No obstante, es indudable que en algunos de estos casos a ondas alejadas e intervalos de especial benignidad patológica, la recuperación aparente del paciente hace pensar en que nos encontremos ante una legítima enfermedad relapsante.

Igualmente, no se nos escapa el que muchas veces existen matices que dificultan la diferenciación con las enfermedades solamente crónicas a tardíos brotes de agudización, que semejan, y prácticamente son, relapsos aislados. Pues si bien es cierto que en los cronicismos existen lesiones durante el intervalo de los brotes en el lugar de radicación patológica, también perduran, sólo cicatrizadas en apariencia, en los casos de auténtico relapso. Por tanto, que exista en el fondo como circunstancia pequeño-diferencial, una minúscula actividad por un lado o una cicatrización relativa por el otro, apenas nos interesa en el terreno práctico, pues, como veremos más tarde, en nada influyen tan parvas contingencias en punto a la evolución ni al interés que ello debe despertar en el clínico. Veamos, mediante ejemplos, qué campo puede ser realmente abarcado sin heterodoxia por el concepto de enfermedad relapsante.

En la primera de las variedades, enfermedad a brotes con latencia absoluta del proceso en la fase intermedia, pueden ser incluidos los casos de apendicitis a brotes separados por largas treguas de salud completa. Los estados de colecistopatía que de tarde en tarde motivan una crisis dolorosa, que cede dejando tras de sí un bienestar compatible con todos los excesos bromatológicos. Ciertos casos de úlcera gástrica, la litiasis renal, la crisis hipertensiva de Pal, *et sit coeteris*, todos aquellos procesos, en fin, que aquejan episódicamente a un enfermo, pero, hecho definidor, sin dejar rastro posterior, clínicamente delatable hasta el nuevo accidente.

Pero nos interesa destacar algún ejemplo de afección relapsante *in sensu strictu*, que inclina todavía al error a clínicos poco desconfiados. Nos referimos a las endocarditis reumatismales, en cuyo apagamiento definitivo no creemos jamás, aunque admitamos la constitución de un tejido cicatricial tras de cada fluxión

aguda. Al lado de aquellas endocarditis calificadas de recidivantes, cuya tendencia a la reedición del síndrome es bien conocida, se sitúan por muchos clínicos, creemos que equivocadamente, las endocarditis cicatriciales, en las que el porvenir mostrará tan sólo fenómenos exclusivamente mecánicos, sujetos a los avatares de la descompensación, como consecuencia de los defectos valvulares y de las resonancias cavitarias que tales perturbaciones desenvuelven sobre la circulación. La prueba de la participación que tiene el relapso reumático en la patología circulatoria, se descubre fácilmente sin más que reflexionar brevemente en cada una de las dos siguientes consideraciones: Primera, la mayoría de las embolias originadas en el corazón son consecuencia de un relapso reumatismal, tan poco expresivo si no se le busca, que yo lo he calificado en una obra mía como simple «endocarditis recalentada». Segunda consideración: Cuando un cardíaco se descompensa y simultáneamente se muestra rebelde a la terapéutica cardiotónica, es muy probable que nos encontremos ante un brote reumático cuyo grado menor es la *endocarditis recalentada*; cuya superior categoría es la *asistolia infecciosa de Bard*. Inútil en estos momentos intentar la compensación con tónicos cardíacos, que a veces resultan peligrosísimos por favorecer desprendimientos embólicos. Entonces la única terapéutica dotada de verdadera eficacia y ninguna peligrosidad es la saturación salicílica, tras de la cual no sólo mejora la función cardíaca sin los tónicos de elección, sino que cuando recurrimos a éstos, ya extinguida la hoguera, quedamos sorprendidos por su recuperada actividad, volviendo con ello a nuestro espíritu la tranquilidad y al del enfermo la caricia, rosa y azul, de la remozada esperanza.

No podemos echar en olvido que al paso que en unas ocasiones el relapso patológico es copia, exacta o aproximada, del o de los procesos anteriores, otras veces puede manifestárenos como «Segunda enfermedad», totalmente distinta en su expresión clínica, a los anteriores episodios. Y así, la apendicitis retrocecal y ascendente, pongo por caso, reproduce el síndrome del absceso subfrénico, de la colecistitis, etc., e igualmente el brote endocardítico puede quedar encubierto, ante la falta de penetra-

ción del clínico, por un síndrome hemipléxico, de infarto pulmonar pseudoenumónico, etc., cuadros que no recuerdan la patria cardíaca en cuyo seno se incubó el émbolo creador de la segunda enfermedad.

Por lo que llevamos expuesto, puede advertirse con meridiana claridad la importancia que tiene para todo clínico el conocimiento de los estilos evolutivos de las enfermedades; el recuerdo fijado y automatizado para el posterior elaborar de los juicios, de que no sólo puede una enfermedad aguda curar, evolucionar a la encronización, hacia las complicaciones inmediatas y tardías de mayor o menor monta y al ciclo ondulatorio, casos en todos los cuales la continuidad del eje patológico no se pierde un solo instante; sino que puede curarse aparentemente, conservando un substrato anatómico activo o una cicatriz; pero en todo caso, con la carga morbosa potencial en circunstancias suficientemente favorables para volver a desarrollar un nuevo cuadro clínico, que si unas veces es totalmente distinto del originario en forma de segunda enfermedad (síndromes delitescientes, ciertas formas de relapso patológico), otras es un ciclo aparentemente independiente de los anteriores, pero que vuelve a reeditar con llamativa aproximación el ataque primero.

Por si algún espíritu suspicaz pusiera en duda el destacado interés de estas nociones de buena clínica, le invitamos a que, fiel a nuestro consejo, vuelva a rehacer alguna de sus historias con un decidido afán analítico del pasado. Si sus enfermos son adultos, bien pronto habrá de sorprenderse ante historias defectuosas, carentes de datos fundamentales, porque se conformó con la referencia simple del enfermo; cuando en verdad, si debemos respetar la espontánea relación de nuestro paciente al principio, nunca debemos dejar de completar sus datos merced a la ampliación del interrogatorio, ampliación que puede significar un «interrogatorio dirigido» en cuya etapa el médico, ya un tanto orientado, debe procurarse datos de mayor fidelidad en armonía con los principios expuestos: Y así logrará en un hipertenso joven averiguar la olvidada escarlatina, la banal infección intestinal de los primeros años que la miocarditis de hoy permite suponer de

condición eberthiana; el brote o brotes anteriores de coriza o laringitis espasmódica que facilitarán el calificativo de asmática para la bastarda disnea de hoy, etc. Verá surgir ante sus ojos, accidentados pasados patológicos que el enfermo relegó a un plano secundario de su memoria, profundamente impresionado por el síndrome actual que le angustia y sugestionan.

No olvidemos, pues, de realizar una meticolosa encuesta respecto al pretérito. Pensemos que en la vida patológica, como en la social, el pasado gravita sobre el presente y es la razón de muchas cosas inexplicables. Y que, como en otra conferencia dijimos, conjugar el pasado y el presente es alumbrar racionalmente el porvenir.

LA ENFERMEDAD ACTUAL

Ya suponemos al clínico en posesión de los dos aspectos fundamentales del pretérito de su paciente: Primero, la relación de aquellas circunstancias normales de su vivir, capaces de facilitar por desviaciones morbosas la enfermedad; y segundo, los núcleos patológicos que procesos anteriores pudieron dejar, relacionadas una y otra circunstancias entre sí hasta llegar a integrar ese concepto aproximado, esos perfiles sencillos, pero orientadores, que constituyen la que antes calificamos de carga morbosa potencial.

Es llegado entonces el momento de abordar el problema actual, el del padecimiento que impulsó al enfermo a demandar nuestro auxilio. En los más casos, pasó hasta entonces el harto elemental discurso del paciente por una severa prueba, pues impresionado por lo que le sucede ahora, deseoso de comunicárnoslo pronto, se impacienta su juicio de profano y sacrifica las referencias del pasado por estimarlas desprovistas de interés. Inútil acuciarle, las más veces, para remover su memoria. El hoy de su padecimiento se impone con tal matiz de prevalencia en su espíritu, que olvida hasta la fecha en que se inició el presente sufri-

miento para encerrarse con ansia de actualidad, no ya en el *hoy*, sino en el *ahora mismo*.

Ante estos hechos innegables, muchos clínicos prefieren abordar el interrogatorio por la enfermedad actual, con la pregunta clásica del «qué le pasa a usted», táctica de buen resultado para los enfermos impacientes si luego se sabe prescindir de toda prisa para remontarse al pasado con el reposo necesario al trabajo analítico. Subrayemos, en aras de nuestra nunca desmentida sinceridad, que con lamentable frecuencia, ante el atisbo aproximado de lo que tiene el enfermo, suelen muchos profesionales darse por satisfechos, renunciando a conocer los detalles que completan, perfeccionan y hacen profundo el diagnóstico del enfermo. ¡Mal camino la senda fácil y llana para conocer a fondo parajes agrestes y accidentados!

A punto tal es habitual esta posición presurosa, impaciente del enfermo ante un interrogatorio meticulado, que, aun contra su deseo y conveniencia, falsea la verdad para llegar cuanto antes al punto por su anhelo destacado. Y como demostración, si le preguntamos concretamente sobre su estado de salud completa, perfecta, los días, semanas o meses que precedieron a su enfermedad actual, cuatro veces de cinco nos sorprende confesando que ya antes hubo de abandonar su trabajo por experimentar molestias o trastornos. Claro que al darse cuenta de su contradicción, pugna por hacer patente que sus síndromes poseían entonces una muy inferior intensidad. Júzguese por lo dicho el interés que tiene un correcto interrogatorio para el conocimiento de nociones tan fundamentales como son el modo de comienzo de la enfermedad y su presunta cronología, valor tanto mayor si pensamos en que muchas veces el comienzo real de un proceso precede en bastante tiempo al comienzo aparente o de expresividad clínica controlable.

Sistematicemos, pues, este momento interesante de la encuesta. Extraigámosle el máximo de datos cuya obtención posterior es con frecuencia incompleta por tardía e inoportuna; que la atención del enfermo, atraída y fijada sobre su núcleo dominante (el preciso momento patológico que le impuso la necesidad de la

consulta), tiende inevitablemente a regresar hacia su idea prevalente, obsesiva en ocasiones. Y sólo sorprendiéndole con preguntas concretas, podremos atarle a nuestra propia atención.

La ordenación de este momento del interrogatorio puede quedar circunscrito a tres preguntas, susceptibles luego de ampliaciones y detallismo. Son, en resumen:

- 1.^a ¿Cuánto tiempo viene padeciendo?
- 2.^a ¿Cómo le empezó?
- 3.^a ¿A qué lo atribuye?

De las contestaciones adecuadas se obtienen las nociones siguientes: a) Cronología y tipo evolutivo de la enfermedad. b) Síndrome inicial. c) Factor o factores etiológicos. Claro es que pecaríamos de inexactos si afirmáramos que todo sale siempre bien. Las ocasiones de respuestas felices seguramente no rebasan un exiguo porcentaje, pero si el clínico maneja bien el método y sabe dirigir (cosa muy distinta de sugerir) un interrogatorio, seguramente alcanzará datos muy estimables aun del enfermo más lerdo. Y conocer el tiempo que separa la fase actual de la enfermedad de su comienzo real o aparente; captar algunos datos de las primeras manifestaciones sintomáticas; y hallar un motivo, erróneo algunas veces pero exacto otras, es ciertamente poseer una buena base de partida.

Sigue luego una fase de la encuesta ya muy proteiforme, variación impuesta por la infinita diversidad de procesos que la clínica humana condiciona; pero todavía cabe aplicar métricas sistematizadas establecidas por las características comunes a todo proceso. Tales son respecto a cada síntoma las propiedades siguientes:

A) Emplazamiento en el tiempo: Duración de cada síntoma, sucesión de cada fenómeno y momento de aparición relativa con respecto a los otros signos de enfermedad.

B) Situación en el espacio: Lugar primero de aparición. Progresión, permanencia, cambio de lugar, multiplicidad de localizaciones simultáneas o sucesivas.

C) Factor cuantitativo: Intensidad media del síndrome. Ciclo rítmico o arrítmico de intensidad. Variaciones adaptadas al mo-

mento funcional del órgano enfermo o independientes de él. Progresividad o regresividad.

D) Factor cualitativo: Características peculiares del síntoma. Posible comparación de las percepciones subjetivas con sensaciones conocidas.

Y tras esta discriminación de cada una de las facetas sintomáticas de proceso actual, el tercer aspecto interrogativo, la encuesta por sistemas orgánicos acerca de si existe o no normalidad de sus funciones, pues bien notorio resulta siempre que las enfermedades generales afectan tantos órganos y provocan tan variadas manifestaciones, que sólo al recorrer el vasto campo de los sistemas orgánicos, salen del olvido en la memoria del enfermo signos cuyo interés, si es parco en unas ocasiones, puede ser en otras, por contraste, altamente sugeridor.

EL MOMENTO INDICADO DE LA EXPLORACION FISICA

El *ocasio preceps* de los viejos clínicos, informa nuestro criterio de oportunidad al afirmar que es ahora, y no antes, cuando debemos proceder a la exploración de nuestro enfermo, exploración que demanda la concentración de todos nuestros sentidos, polarizados racionalmente hacia objetivos previstos; destinados a captar signos y matices sobre los que asentar nuestro juicio correcto. Y siguiendo la línea de sinceridad que nos hemos impuesto, podemos decir que aquí, en estos momentos, nuestro interrogatorio debe quedar reducido a obtener datos sobre la intensidad del fenómeno que observamos en aquellos aspectos de la sensibilidad escuetamente subjetiva del enfermo que nos es indispensable para la exacta valoración de los fenómenos acusados y sujetos a caución. Confesamos que, inevitablemente, nos frunce los labios una sonrisa irónica si observamos a un clínico dirigir preguntas al enfermo sobre su pasado en esta fase técnica; preguntas que, salvo contadas ocasiones, son prueba fehaciente de su absoluta desorientación. La mano que depositamos sobre el cuerpo enfermo, la vista, el oído, el olfato mismo que

utilizamos para arrancarle el secreto de su enfermedad, ni son, ni pueden, ni deben ser jamás ejecución caprichosa o rutinaria de técnicas preconcebidas. Antes al contrario, estos actos deben siempre dar fe de su íntima vinculación al pensamiento clínico que las guía. Continuación técnica del proceso de elaboración mental. Contraste imprescindible de aquellas ideas que se refuerzan o se abandonan porque las sensaciones completan y definen las orientaciones previas, los previos juicios; que no son prejuicios, entiéndasenos bien, puesto que no están cerradamente aceptados a ultranza, sino por el contrario, sometidos a todos los esfuerzos críticos y comprobatorios para que adquieran firmeza o nos muestren, por su falsedad, la imperativa orden de tomar otra ruta.

No es nuestra misión de hoy ofrecer a esta ilustre Academia cómo concebimos la sistematización y correcto ensamblaje de las prácticas de exploración. Ello nos empujaría fuera del camino trazado con despilfarro de tiempo y abuso del crédito de atención que nos habéis concedido. Pasemos, pues, a la última fase del proceso de elaboración mental que el clínico ejecuta para llegar a la etapa final del diagnóstico. Juicio decisivo en el que se muestra con toda su grandeza la elevada mentalidad de todo médico, aun el más modesto.

Tiene ante sí el clínico todos los datos que le fué posible adquirir mediante su interrogatorio y la exploración que lo siguió. El primer aspecto de la encuesta ya hubo de agruparlo, concluyendo en aquella primera síntesis que calificamos de carga morbosa potencial. Le corresponde ahora ejecutar una segunda labor de síntesis, cual es reunir la sintomatología referida por el enfermo y los fenómenos captados por su exploración, clasificando los datos en síndromes naturales, centrados por el acoplado biológico órgano-función. Realizada esta clasificación, es lo habitual que el diagnóstico de probabilidad, y sólo de probabilidad por claro que se nos imponga, esté ya prácticamente concebido; los signos de perturbación de un órgano o de un sistema visceral destacan sobre los demás, lo que nos permite señalar una enfermedad; y junto a ella los síndromes asociados.

Pero detengámonos un momento ; todavía la misión del buen clínico no puede darse por terminada ; debemos aún llevar a cabo un recorrido inverso, en el que nuestra elaboración ideativa toma la marcha de la racional deducción. Acabamos de señalar que junto a la enfermedad probable existen síndromes asociados ; y tal consideración nos obliga a plantearnos esta pregunta fundamental: ¿Tienen explicación estos síndromes asociados a la vista de la enfermedad aceptada? Precisa, pues, volver atrás para contestarnos la inquietante interrogación, pues bien puede ser que su olvido nos conduzca a lamentables errores cuya amargura sólo puede apreciar el que los haya padecido alguna vez.

Reflexionemos sobre la razón que informa este modo de pensar estudiando las distintas eventualidades que pueden darse.

Puede ocurrir, primeramente, que juzgado el síndrome fundamental y referido a la causa morbosa correspondiente, al examinar los síndromes asociados, hallemos clara y lógica la supeditación patogénica de estos últimos al primero, del que aparecen satélites, consecuencias, fenómenos inducidos. No debe entonces pesarnos la fase deductiva del juicio. El discreto esfuerzo realizado nos permite acabar de perfeccionar el diagnóstico, completarlo, darle las últimas pinceladas que dibujen sus peculiaridades propias.

Pero en pugna con el caso anterior, puede suceder que en la búsqueda justificación sintomática no hallemos tan fácil correspondencia ; entonces venimos obligados a desenvolvemos sin desconcierto alguno, pero también sin culpable confianza, pensando en que si las cosas suceden así es por una de las siguientes interesantísimas razones :

1.^a) Porque estamos ante una variedad no descrita de la enfermedad en cuestión, lo que nos autoriza y obliga a llamar la atención sobre su existencia, tratando, si ello es posible, de justificar patogénicamente la forma clínica desconocida y original.

2.^a) Porque en el enfermo se está desarrollando parejamente un segundo proceso, una enfermedad distinta, que fatalmente quedaría ignorada si eligiendo el camino fácil abando-

náramos toda preocupación sobre si entra o no la sintomatología recogida en el cuadro clásico de la enfermedad.

Reflexiónese sobre las amarguras que puede proporcionarnos el desconocimiento de esta evolución simultánea de dos procesos, uno de los cuales no sólo quedará desatendido en nuestra terapéutica, sino que probablemente nos sorprenderá con una complicación inesperada, desconcertante, y con harta frecuencia fatal para el enfermo y oprobiosa para el clínico que se dejó envolver, incautamente, en las redes de la excesiva confianza.

3.ª) Porque no estamos ante el cuadro característico de una entidad nosológica definida, sino ante un síndrome reflejo que reproduce determinada sintomatología de un órgano totalmente libre de lesión; máscara o antifaz patológico que encubre la legítima localización de la enfermedad. Precisamente por ello falta la continuidad lógica entre los distintos síndromes integrantes del cuadro patológico.

Supongamos que tras este último esfuerzo ideativo hemos alcanzado un diagnóstico seguro: Seguro, claro está, hasta esa certidumbre relativa que modestamente debemos aceptar para nuestros humanos juicios. O que ya orientados, navega nuestro criterio por el mar proceloso de la duda con varias derrotas posibles hacia donde guiar nuestro diagnóstico. Ahora, sí. Ahora es oportuno demandar auxilio a la técnica a fin de afianzar y perfeccionar, si exacto, nuestro concepto clínico; de enriquecerlo con los múltiples matices propios de su infinita variedad; de dotarlo de sugerencias pronósticas y terapéuticas. En caso de vacilación, su ayuda inestimable nos permitirá elegir camino, alumbrando el verdadero con la luz diáfana de su maravilloso perfeccionamiento.

Véase, pues, como a despecho de falsas apariencias admiramos el brillante progreso de la técnica, que mejora, eleva y engrandece nuestros conceptos diagnósticos. Pero la justa pleitesía que rendimos a su valioso apoyo, no basta para arrancar de nuestro espíritu la convicción de que su papel es y será siempre secundario; forzosa y eternamente sometido a la magnitud insuperable de la inteligencia sirviendo el pensamiento y razo-

nar del clínico. Yo admiro y reverencio a Roentgen, pero alguna vez he intentado preguntarme: ¿Qué nivel hubiera logrado la medicina de nuestro tiempo si Galeno hubiera nacido a fines del pasado siglo?

Y voy a terminar, señores Académicos, apelando nuevamente a vuestra inagotable benevolencia. Díome tal prisa al comenzar por excusar mi poca prisa en venir, que olvidé el protocolo. Y si bien en todo momento habréis podido adivinar mi sincera emoción por la honra que me dispensáis al admitirme en vuestra compañía, es tradicional que el agradecimiento se afirme expresamente. Recibid, por tanto, la solemne ratificación de mi profundo reconocimiento por vuestra distinción; pues incluso para más obligarme, habéis querido que llegara hasta aquí, hasta la más tradicional de las instituciones, con un padrino que es también una institución en la Medicina valenciana. Por ello, modificando el título de una recia obra de la épica castellana, ante la posible irreverencia, encierro mi visión del momento diciendo: «A buen juez, tan buen testigo».

HE DICHO.

DISCURSO

DEL ACADEMICO NUMERARIO

EXCMO. SR. D. FERNANDO RODRÍGUEZ-FORNOS

EN CONTESTACIÓN AL DEL ELECTO

D. MANUEL BELTRÁN BÁGUENA

Excmo. Sr.: Sres. Académicos:

Señoras y Señores:

Triste privilegio sería el de los años para justificar mi padrinazgo si no fuera porque en la vida del hombre no hay satisfacción mayor ni deleite del espíritu que pueda compararse al que se siente en estas paradas solemnes de la agitada vida de un profesional en que, al cobijo de un ambiente académico, se recuerdan las virtudes de nuestros antepasados, los méritos de nuestros contemporáneos y sobre todo el ascenso rápido y alegre de las nuevas generaciones, que vienen siempre a mejorar la labor de los que llevamos largo camino recorrido.

Los nuevos académicos traen, con el fuego de la inspiración, la emoción de lo nuevo, el deseo de correr locamente hacia adelante por la pendiente de la vida, con el afán de llegar a la cumbre.

Y aquí, en nuestros viejos sillones, los recibimos sin reserva alguna, con la alegría y emoción palpitante que un padre recibe a su hijo, con esa ilusión del viejo caminante, ya cansado, que al oír los gritos de la caravana que viene en su auxilio, fortalece sus músculos, remoja su corazón, siente rejuvenecer su espíritu y eleva sus ojos al cielo en acción de gracias por el señalado favor recibido.

EL DR. BELTRAN BAGUENA, MEDICO, MAESTRO Y PUBLICISTA

Durante sus estudios académicos se destacó como uno de nuestros primeros y más aventajados alumnos, como interno por oposición, en 1915, y como licenciado y doctor, más tarde, con la calificación de sobresaliente.

En 1919 ingresa por oposición en la Beneficencia Municipal. En 1921 es nombrado Médico del Dispensario Antituberculoso de la Junta Provincial, y en el mismo año, en virtud de oposición, Auxiliar de la Cátedra de Patología General.

El año 1930, en brillantes oposiciones, es nombrado Catedrático de Patología General de Sevilla, y se traslada a aquella maravillosa ciudad, orgullo de España, vergel magnífico lleno de tradición, de viejas instituciones, escudos y pergaminos sin cuento, y a pesar del sonriente porvenir que allí le ofrecen, su cariño a Valencia se aumenta y desborda con la distancia, hasta el año 1931, en que es nombrado Catedrático de Patología Médica de Valencia, a petición del Claustro Universitario y Facultad de Medicina.

En 1933 fué elevado al Decanato de la Facultad, que desempeñó con todo acierto, hasta su destitución por el desgobierno de entonces, el 11 de Agosto de 1936.

Todos conocéis su devoción a la Cátedra, su amor a la juventud estudiosa, sus dotes de clínico y de investigador.

Como publicista, la densidad de su labor es bien patente al recordar los títulos de sus trabajos.

Publicaciones en Revistas Médicas:

- Patogenia del asma.
- Metabolimetría de la gestación (tesis doctoral).
- La reacción de Fahraeus.
- Estudio de la presión manométrica en el curso del neumotórax terapéutico.
- La nefritis uránica experimental.

- Aspecto social de las lesiones vasculares.
- El riñón sifilítico.
- Pronóstico de la tuberculosis pulmonar.
- Ensayos sobre el síndrome de angor pectoris.
- Hacia nuevas orientaciones de la patología broncoalveolar.
- Servicio de la experiencia a la pubertad profesional.
- Bases para la interpretación diagnóstica de los síndromes físicos del pulmón.
- Alveolectasias y enfisema legítimo.

LIBROS PUBLICADOS

Manual de Medicina Interna. (Tomo III. Enfermedades de la boca, faringe, esófago y estómago. Dirección del Profesor Bañuelos.)

Medicina Interna de Urgencia. Tomo I. Paroxismos cardio-respiratorios.

Medicina interna de Urgencia. Tomo II. Paroxismos abdominales.

Lecciones de Clínica y Taquipatología Internas.

BELTRAN BAGUENA Y SU BIOGRAFIA DEL DR. MOLINER

No satisfecho aún con su labor docente y de investigación, busca un descanso a sus actividades en la literatura y en el arte.

Se ha dicho que pocas veces se pueden unir esperanzas en el arte o en la literatura con el ejercicio de una profesión, más es bien sabido que entre el ejercicio de la Medicina y el anhelo del escritor hay más armonía que en las restantes profesiones.

El médico se inspira en el ambiente y en la vida y su mirada por ello es más sutil y perspicaz. Escrutar, discernir, analizar e investigar son los medios que le abren las puertas de la literatura.

Hans Carasa, hijo de un médico rural, en sus memorias «El año de las bellas ilusiones», revela sus relaciones entre el médico

y el escritor. El médico mira más cerca la muerte, desenvuelve su vida entre la alegría del convaleciente, el dolor del que sufre y la tragedia del incurable, y este caminar entre decisiones e incertidumbres, acerca más su alma, con serenidad y resignación, a los conflictos humanos y sociales.

La literatura de todos los países está nutrida por los que ejercen la Medicina.

El médico es una figura ideal en la convivencia del pueblo de donde se nutre y al que asesora con un sentido profundamente humano.

Scheleick, inventor de la anestesia local, en su obra «Pasado soleado», cultiva los sentimientos de la masa popular con sus escritos.

Por ello, el nuevo académico, al margen de la clínica, nos ofrece a su vez los frutos de sus talentos como escritor y literato.

Beltrán, con su biografía sobre Moliner, acometió con éxito la obra de entregar unas páginas más que añadir al libro glorioso de nuestra tradición. Afirma en su libro, que la historia de los hombres ilustres, cuando tarda en aparecer, el paso de los años desfigura la realidad y la imaginación crea una fantasía. La labor de un hombre juzgado a distancia en el tiempo, no tiene nunca el valor ni realismo de la cosa vivida y sentida.

Quiere evitar que se repita lo del afamado médico Arnaldo de Villanova, del que unos afirman que era natural de Senia, mientras otros sostienen era catalán, nacido en los llamados lugares de Villanueva.

Esos documentos del Congreso donde Moliner se indigna contra la política al uso de intrigas y compadrazgos para acometer, como Don Quijote, contra los malandrines y follones, tiene un sabor para nuestra generación, que lo perdería para quien sin conocer la época pretendiera enjuiciar este hombre y este tiempo.

La Academia debe a Beltrán su reconocimiento por sacar a la luz las virtudes del gran clínico y maestro Francisco Moliner, uno de los últimos caballeros andantes españoles que, en sus arrebatos de sinceridad, se duele de la perversión moral de su época, que llama listos a los tunantes, vivos a los ladrones, hom-

bres de buen sentido a los cucólogos, de espíritu práctico de la vida a los egoístas, irregularidad al robo, travesuras a la infamia, y en cambio tilda de desequilibrado o loco a quien por su honradez se aparta de esa corriente general de egoísmos, concupiscencias, falsedades, mentiras, envidias y pasiones bastardas que formaban la pesada atmósfera de inmoralidad pública que entonces se vivía.

«Yo he sido —decía Moliner— uno de esos desequilibrados con dos expedientes de incapacidad por locura que llevo escritos en mi conciencia con litros de lágrimas y sangre. Me llaman el loco Dios por meterme a redentor y salir crucificado. Yo me entrego, invocando el auxilio divino, a los estudiantes y al Rey. por no confiar en los políticos.»

En la hora presente de mecanización de la vida, más que en ninguna otra, en que la civilización amenaza derrunbarse, entre la falta de moral, las ejemplares virtudes de los mejores de antes tienen mucho que enseñar a la generación actual, que ante los progresos de la técnica, el resonar del cañón, los ruidos de los motores de aviación y la desintegración del átomo, abandona lo esencial de la personalidad y con las dificultades de la vida crea ambiciones insatisfechas que sólo pueden conseguirse por la astucia o la fuerza bruta. Parece que pasaron a la historia la austeridad, la abnegación, los ideales de caballero andante, el concepto íntimo e íntegro del deber social, la vocación cívica.

El libro sobre Moliner es tema histórico, pero no de lejanos tiempos. Es la historia de un hombre que vive en nuestros corazones y pervive en nuestra retina.

Nos recuerda Beltrán al maestro con su palabra cálida, movida y suelta, con la finísima elegancia de improvisación meridional, su oratoria fácil, sus pupilas llenas de fuego y pasión, aquella delgadez que transparentaba su alma, aquella nerviosidad puesta al servicio de las mejores causas de la sanidad y de la cultura.

Celoso apóstol, político a su modo, creador de pensamientos fecundos, impulsor de energías dormidas, inspirador de masas, imaginación puesta al servicio del lenguaje que hace prodigios:

maestro que para construir no teme demoler, delicadeza en el sentir que le lleva a poner todas las energías de su actividad incansable y todo el amor de su corazón y el ardor de su temperamento levantino en los más puros ideales cristianos; caridad que reparte con amor entre los pobres enfermos y sus discípulos para crear en ellos aspiraciones nobles y generosas que le lleven hasta lo heroico.

Como maestro y universitario, anuncia en su discurso de apertura la dimisión de su cátedra con carácter irrevocable si en los presupuestos del Estado no se incluye la cantidad necesaria para la enseñanza. Ahí está mi dimisión, escribe, como acto de conciencia, como ejemplaridad de conducta, como servicio a la verdad, como sacrificio, en fin, de la conveniencia personal en aras de nobles ideales de regeneración y engrandecimiento de la Patria.

Como médico en ejercicio, ante el abandono sanitario de los enfermos de peste blanca, su corazón impregnado de piedad despierta sus ansias de acudir en socorro de esos desgraciados, y en lucha penosa contra la incomprensión de los más, camina como un apóstol por las tierras de España en sus afanes de una política de la razón, de la fe y del sacrificio y defiende en el Congreso sus proyectos de Ley de protección de los tísicos pobres con la creación de sanatorios antituberculosos.

Los sueños y fiebres de ideales y aventuras le llevaron por la vida dando tumbos, flaco, consumido, pobre, despreciado por muchos, admirado por los menos, sin apenas seguidores, pero dejó en su camino lecciones tan sublimes, siembras tan eficaces que cristalizaron en Leyes que hoy enaltecen los privilegios de su talento con los frutos a distancia de una obra que no es sólo de la inteligencia, sino del alma.

La historia de la medicina valenciana reclama de los estudiosos tejer con sus hilos las mallas primorosas de su escudo, y Beltrán Báguena ha realizado una obra digna de nuestra gratitud y aplauso.

El nuevo académico, escritor y literato de estilo severo, claro y preciso, defiende en su libro al Dr. Moliner contra el olvido

haciendo justicia a sus méritos, y esta Academia, al aplaudir con entusiasmo al que sabe enaltecer y honrar las memorias de sus maestros, se complace en rendir, con estos aplausos, el más fervoroso homenaje de devota admiración al Dr. Moliner.

Las primeras palabras del discurso que acabáis de oír, ya atraen nuestra simpatía y aplauso ante la postura de respeto y cariño de su autor para nuestra Corporación, cuando confiesa sus temores al escribirlo y al decir, con una modestia sin igual, cómo siente la preocupación de no haber alcanzado dignidad científica para ocupar este puesto.

Más adelante, al dedicar su recuerdo a la figura señera del eximio Catedrático Dr. Gil y Morte, lo hace con todo el fervor de un discípulo, la justicia de un observador imparcial y sereno; con toda devoción y amor a las virtudes de aquel maestro en que la rigidez de su cuerpo no era si no una fiel expresión que señalaba con su actitud corporal la rectitud de una inteligencia, la línea sin curvas de una conducta, la precisión y claridad de un dialéctico, la serenidad de juicio de un político que todo lo daba a la Patria sin dejarse llevar de aficiones bastardas ni odios malsanos.

Bien merece el llorado maestro que uno de sus más brillantes discípulos amante del estudio, fino observador de conductas, levantino de corazón ardiente y espíritu inquieto, al ocupar su sillón, le rinda un emocionante tributo como médico y maestro, sin olvidar como universitario la gratitud a su labor altruista de gran filántropo, que con su generosidad perpetuó su nombre en los laboratorios de nuestra Facultad de Medicina.

Es el discurso de Beltrán Báguena, propio de quien bebió en sus primeros años las aguas cristalinas de la patología general, ciencia sublime, arte excelso, ímproba labor de generaciones y siglos en los que la observación y el razonamiento colocaron piedra a piedra los sillares del conocimiento del hombre enfermo.

En la patología general se define la enfermedad. se estudian

los métodos a seguir por el clínico y el investigador; ella nos permite, con la descripción de los síndromes y el estudio de su fisiopatología, penetrar en los estático y dinámico de los procesos morbosos; analiza los factores hereditarios y constitucionales, los agentes externos e internos, lo que da normas a la semiología y sememéiótica, la que trata de inquirir los mecanismos que presiden la evolución aguda o crónica, continua o remitente de los procesos; la que señala orientaciones para el estudio de lo corpóreo y de lo psíquico, el parecido de los individuos y lo propio de la personalidad.

El nuevo académico supo recoger en sus primeros años de maestro las mejores simientes en estos campos fecundos para caminar después con paso firme en el estudio de la patología interna.

Esta es la razón fundamental que le permite enjuiciar con claridad y brillantez tema tan sugestivo y profundo como el elegido para su discurso.

Su trabajo sobre sistematización del pensamiento clínico es de raíces tan hondas y de tal extensión, que no permite el estudio completo que merece por su contenido y alcance.

En el breve espacio de unas líneas dejaré correr mi pluma en breves consideraciones sobre el interrogatorio y la técnica en el pensamiento de cada época.

EL INTERROGATORIO A TRAVES DE LA HISTORIA

Las páginas del discurso del Profesor Beltrán dedicadas al interrogatorio son de extremo interés, en los momentos actuales en que todos los viejos cimientos tiemblan ante la prisa y afanoso deseo de alcanzar nuevos métodos y conceptos más precisos.

Esta constante inquietud es la causa de que a través de la historia la luz de las nuevas conquistas empañen siempre las viejas doctrinas, cuando en realidad si modifican sus errores aumentan

su majestad e invitan a reflexionar para unir lo mejor de entonces con lo nuevo que aparece.

Beltrán, como clínico al día, conoce y practica las nuevas técnicas y a diario las ejercita en sus servicios, pero al posesionarse de su sitial académico en plena madurez de su formación, señala los peligros de dejarse llevar de los vientos frescos de la eterna primavera de la evolución científica y dedica un canto de admiración ferviente a la medicina clásica nacida en la calle con la medicina popular o demótica, perfeccionada en los templos, enraizada en las escuelas filosóficas de Grecia y elevada por Hipócrates a la observación, primero, y a la experimentación, después.

Considerado el interrogatorio a través de la evolución de las ideas médicas, conserva siempre un lugar de primera y preferente atención por parte del clínico.

En los primitivos tiempos de la medicina popular o demótica, el interrogatorio desordenado era la única fuente de información, y en la medicina sacerdotal o hierática es donde aparecen las primeras historias clínicas en las tablas votivas que se exponen en los templos. Con la cultura helénica, se hace filosófica y todo se confía al razonamiento, y más tarde Hipócrates la lleva al terreno de la observación y de la experiencia.

Como se ve, a través de la historia el diálogo con el que sufre, en la plaza pública durante la medicina popular —y en los templos en la sacerdotal—, fueron los principales elementos de juicio.

Si se desvió injustamente de su puesto durante la época filosófica, reaparece bien pronto y con más vigor en las escuelas de Cnido y de Cos.

Más adelante es Tomás Sydenham, el nuevo hipócrates inglés, quien al establecer el concepto de la especie morbosa, sienta las bases de clasificación de las enfermedades, y para llevarla a cabo concede una importancia extraordinaria no sólo a la observación directa de los hechos, sino a los datos recogidos por el interrogatorio. Es la fase clínica. A pesar de tanto esfuerzo, todo se confiaba al estudio de los síntomas y a su evolución, pero se des-

conocía el substratum anatómico productor de la enfermedad.

Hay que esperar a Morgagni y Bichat, que al señalar la necesidad del estudio de la anatomía patológica inauguran una nueva época que culmina en la patología celular de Virchow. Es la fase anatomo-patológica que permite penetrar más hondo en el estudio de los procesos morbosos.

En esta fase ya se desvía un tanto el interrogatorio hacia la mesa de autopsia buscando en el estudio de las lesiones nuevos aspectos, si bien con un falso criterio de localización.

Si el localicismo había obtenido sus mayores triunfos, el conocimiento de la enfermedad se resentía de la falta del criterio fisiológico, aún en mantillas.

Es Claudio Bernard, con su escuela fisiológica, quien señala las sinergías funcionales y abre camino a los estudiosos para relacionar las lesiones con el resto del organismo en lo que llama la armonía de la vida, y para precisar éstas, el interrogatorio atrae de nuevo la atención de los clínicos.

No basta con esto, y Richard Brighth señala la concepción físico-química de la enfermedad, tan útil y tan llena de promesas no sólo en el campo de la fisiopatología, sino en las aportaciones del laboratorio al diagnóstico.

La era bacteriológica con el descubrimiento de las bacterias, al inundar de luz el conocimiento de la enfermedad, deja en la penumbra los métodos clásicos de exploración hasta entonces imperantes.

Charles Richet, con sus estudios sobre la anafilaxia, inicia el estudio de las llamadas diatesis alérgicas, para cuyo diagnóstico es la habilidad del interrogatorio quien ocupa el primer puesto.

Cuando en el siglo XIX se creía estar bastante avanzado el conocimiento de la enfermedad, se establece una fórmula sintética que podría establecerse así:

Enfermedad celular. Alteración estructural. Disturbio funcional.

Aparecen más tarde Beneck y Frederick Martius con su patología constitucional y se remueven los cimientos de las especialidades.

Von Bermann, de otro lado, sienta el predominio de lo funcional en patología, y la fórmula del siglo XIX se sustituye por esta:

Disturbio funcional. Enfermedad celular. Alteración estructural.

Renacen las teorías humoral y nerviosa, se considera al hombre como una unidad en cuerpo y alma, se crea la patología de la persona y el interrogatorio vuelve a ocupar su puesto preferente.

Si he citado estos hechos es para llegar a la conclusión de que en todas las épocas de la historia el interrogatorio fué llave indispensable para abrir ante nosotros los secretos de la persona enferma: averiguar por él las causas de la enfermedad, presumir dónde están las lesiones, conocer o al menos atisbar los disturbios viscerales, completar el estudio de la sintomatología funcional, de mayor trascendencia y más difícil de conocer que la física, ahondar en el pasado y analizar el presente, dar, en una palabra, a la inteligencia materias primas para la elaboración de un juicio a completar más tarde con el auxilio maravilloso de la técnica.

LOS PROGRESOS DE LA TECNICA EXPLORATORIA Y SU INFLUENCIA EN EL PENSAMIENTO CLINICO

Las nuevas técnicas, cada vez más numerosas y brillantes, al atraer por su sencillez, elegancia y precisión el espíritu del médico, al ofrecer un extenso campo de investigación, han producido una verdadera revolución en el pensamiento de nuestra generación.

Son tan rápidos sus progresos, de tal interés y trascendencia, que absorben casi toda la atención del clínico. Sus avances fueron culpables de que los jóvenes de hoy concedan menos importancia a los problemas referentes a la herencia, constitución, temperamento, a la evolución y enlace de los hechos indispensa-

bles para construir una historia clínica. El arte del interrogatorio se oscurece ante la imagen de un film radioscópico, de una ficha electrocardiográfica o de una prueba de metabolismo, y de ahí, como dice Barker, cada día hay más y mejores técnicos, pero faltan internistas en el verdadero sentido de la palabra.

El hombre actual, en su afán de simplificar los métodos para llegar rápidamente al fin, se entrega demasiado aprisa a las nuevas conquistas. En los albores del laboratorio todo se esperaba en fisiología, del análisis del esputo, y cuando se generalizó la exploración radioscópica, ésta ocupó un lugar tan primordial que uno de los más afamados clínicos franceses llega a decir a sus alumnos, en un momento de pasión, que para ejercer la especialidad no le importaba perder su oído si conservaba la vista para analizar las imágenes radiográficas. Pero se olvidó decir que ni el esputo ni la auscultación ni la radioscopia son suficientes para enjuiciar los múltiples problemas que plantea un tuberculoso.

En la actualidad, ante un enfermo infeccioso, todo se confía al resultado del análisis de sangre y no se hace un estudio cuidadoso de la enfermedad.

Ante un enfermo sospechoso de cardiopatía, de espaldas a la clínica, se pide al electrocardiograma que resuelva por sí el problema, cuando no se pretende que la determinación del volumen minuto, la velocidad de la corriente o la capilaroscopia sirvan para el diagnóstico o para determinar el alcance de una insuficiencia cardíaca.

Para qué seguir con ejemplos si basta con lo dicho para llegar a la conclusión de que las nuevas técnicas han mermado notablemente el número de virtuosos de la exploración clásica y del razonamiento.

Los progresos de la técnica realizaron milagros sorprendentes en el campo de las especialidades y dieron un impulso arrollador a la medicina de nuestro tiempo. Las técnicas son tan numerosas y exigen tan variada condición, que el número de profesionales aumenta con una rapidez e intensidad tal como no se conoce en ningún otro campo de las actividades humanas ;

mas en contraste con esta plétora de médicos, decrece el número de internistas de modo alarmante.

Se habla de crisis profesional y se insiste en la necesidad de imponer en las Facultades de Medicina el «numerus clausus», mas yo estoy convencido de que si los enfermos se estudian bien, no hay médicos para empezar ni mucho menos aún para investigar.

Si el especialista no se limita a precisar con todo detalle la localización de un ulcus, el tamaño de una caverna o el tipo de una arritmia y se remonta al estudio de los factores causales o condicionales de la lesión o del síndrome, del concepto de la especie morbosa en el individuo y más aún en la personalidad, caben muchos más especialistas de los que actualmente hay, pero a condición de ser más médicos.

A los nuevos métodos de exploración se deben los principales avances de la patología, pero debe advertirse que si se abusa de su empleo y algunos los desprecian con ironía, es por desconocer sus indicaciones y su verdadera significación y alcance. Sin estos medios auxiliares de diagnóstico, la clínica estaría anquilosada.

El desequilibrio en la valoración de los métodos tradicionales y de los medios extraclínicos se debe a que el hombre de hoy, agobiado por la prisa, cae con frecuencia en el uso desordenado, loco, frío e inadecuado de un aparato o de una reacción, y ese no es el lugar de la técnica.

La técnica, como dice Marañón, es un instrumento más para que el diagnóstico entre nosotros y la naturaleza se realice con mayor perfección.

Los nuevos procedimientos son fruto selecto y están embebidos del pensamiento y dentro de ellos alienta un alma amasada con lo más delicado del espíritu. Sin la técnica hoy no es posible llegar a lo íntimo de la enfermedad ni al diagnóstico funcional o anatómico de un proceso.

La técnica, en una palabra, es un interrogatorio especial por medios indirectos que nos lleva a explorar más íntimamente el órgano y sus funciones.

Interrogatorio y técnica son a su vez modos de interrogar a la naturaleza nacidos de la inteligencia humana, mas no tienen el mismo valor ni su aplicación es igualmente necesaria ni están por igual al alcance de nuestra posibilidad.

La técnica se reduce a recoger el gráfico, la imagen o los datos analíticos, mas su interpretación queda reservada al clínico; es un camino seductor y fácil al alcance de la generalidad.

El interrogatorio es de mayor altura, de gran complejidad, requiere una completa formación en el conocimiento del hombre como tal, como individuo y como persona enferma.

La técnica puede adquirirse sin esfuerzo al lado de un buen especialista. Para interrogar bien se necesita una formación espiritual forjada en el estudio de la patología, en la observación y la experiencia, que sólo se adquiere en el lento caminar a través de los senderos de la clínica, sin olvidar que para obtener los mejores frutos se ha de comenzar por el interrogatorio, seguir por la observación y terminar con el razonamiento.

La técnica especial es de aplicación secundaria, no siempre necesaria, y no da a conocer más que partes fraccionadas de la enfermedad.

El interrogatorio clínico es el primer quehacer, indispensable y difícil, que sólo se domina a fuerza de experiencia y de saber.

El interrogatorio clínico va en busca de la unidad del ser, nos da idea del conjunto de la personalidad, nos dice cuándo y por qué se inició la enfermedad, nos sirve para conocer las reacciones orgánicas del sujeto, enseña la evolución del proceso y es el primer camino a seguir en el conocimiento de la personalidad.

El interrogatorio yo diría que es como el divino arte de la medicina, que en manos de un buen clínico es el que conduce u orienta como ninguno al conocimiento de la enfermedad.

CUALQUIERA QUE SEA EL CONCEPTO DE
ENFERMEDAD, EL INTERROGATORIO SEGUIRA
OCUPANDO SU LUGAR PREFERENTE

Como dice Bañuelos, en nuestro país se prefiere el cultivo de la técnica y dentro de ella la que no requiere un estudio especulativo de tipo filosófico.

La medicina, ha dicho Bier, es filosofía, arte y técnica todo a la vez. El predominio de cada una marca el estado de la ciencia a través de la Historia.

De los siglos XVI al XIX hubo un exceso de filosofía que retrasó el progreso de la medicina. En el XX, los medios de laboratorio y procedimientos extracéntricos si elevaron la especialidad a una altura insospechada, inician en cambio una crisis de la medicina interna.

Y no es culpa de la evolución maravillosa y enorme progreso de nuestro saber, sino de la mala interpretación y aplicación de los nuevos avances, por olvidar los clínicos que por importantes que aquéllos sean ni invalidan las viejas verdades ni señalan nunca la meta de nuestras aspiraciones.

La historia de las enfermedades está plagada de ejemplos de cómo las viejas verdades sin derrumbarse se perfeccionan y modifican con avances ulteriores.

La obra genial de Charcot al describir los síndromes cerebro-medulares de las neuropatías y confrontarlas con las lesiones encontradas en la autopsia, señaló el triunfo en la clínica de la escuela anatomo-patológica de Morgagni y de la patología celular de Virchow. Triunfaba de un lado el espíritu organicista y se enriquecía el criterio de la fisiopatología de Claudio Bernard.

Difícilmente se encuentra obra más perfecta que la de Charcot, pero, como todas, incompleta.

Quedaban al margen de sus éxitos todo el grupo confuso de las neurosis, pues si sus descripciones de las afecciones orgánicas eran maravillosas, le fallaron, en cambio, en la histeria, donde sus

vivos retratos no son otra cosa que imágenes producidas por el pitiatismo.

El gran maestro todo lo espera de la observación de los hechos, estudia en las históricas la anatomía del movimiento, pero no penetra en el fondo de su personalidad.

Esta laguna es aprovechada por su discípulo Freud, que se separa del maestro y se lanza a buscar en lo dinámico lo que se agita desde el fondo de la conciencia, provocando una verdadera revolución con sus interpretaciones de los sueños, concediendo una extraordinaria importancia al arte difícil del interrogatorio.

Si se equivoca Freud al decir que toda la vida del hombre es instinto y todo el instinto es lúcido, no puede negarse que señala las dificultades y da normas para explorar el mundo interior de los neuróticos.

Bien lo saben los que cultivan la psiquiatría cuando aconsejan conversar largamente con su paciente, que no padece solamente una especie morbosa, sino una enfermedad ni siquiera individual, sino personal.

Hoy el médico, abrumado con tantas técnicas físico-químicas, no dialoga lo bastante con su cliente. Vivimos tan aprisa que no dejamos hablar a nuestros enfermos.

Todo enfermo vivió su enfermedad día por día, y en un interrogatorio bien conducido se desliza ante nosotros la visión de las causas, síntomas, evolución y conflictos externos e internos a que aquélla dió lugar.

Se olvidan aquellas palabras de Unamuno, cuando dice: «Nada crea como la palabra: querer es sentir, sentir es pensar y pensar es hablar. Verbo volant: la palabra mismo es vuelo y deja al oírse el pensamiento vivo.»

Aún yo diría más: la palabra del médico mitiga el dolor del que sufre, consuela al incurable y en ocasiones cura cuando todos los fármacos han fracasado.

Actualmente el concepto de la enfermedad está tan lleno de inquietudes y promesas, que aún no se ve claro el final.

Al concepto de la patología celular de Virchow, sustituye el

de la patología funcional de Bergmann, y no satisfechos aún se aspira a buscar más hondas las raíces de la enfermedad.

Se habla ya por Henry Schade de la patología molecular; de la personalidad bioquímica, y se aspira a sustituir la anatomía patológica de hoy por la autopsia bioquímica.

Mas cualquiera que sea el destino, estamos convencidos que la enfermedad jamás podría ser expresada en leyes físicas o fórmulas químicas más o menos sencillas. Su descubrimiento abrirá nuevos caminos, pero siempre la respuesta orgánica de la personalidad y su expresión clínica serán el motivo fundamental de nuestro quehacer, y cuantos más horizontes aparezcan en el conocimiento de la enfermedad, más necesario y más difícil será el interrogatorio.

Si nosotros, como dice Laín, hemos de reedificar la patología y la clínica en la fecha histórica del saber de nuestra época, no creemos llegado el momento de rebajar la dignidad y prestancia del interrogatorio.

Este es el pensamiento clínico que expresa en su discurso nuestro recipiendario como lección de maestro ya consagrado que quiere unir el pasado con el presente para ofrendarlo con toda claridad y pureza a las intenciones de los mejores y como faro luminoso de saber para las generaciones que nos siguen.

HE DICHO