

A. Garretón Silva

de la Academia Chilena

FORMACION
DE LA PERSONALIDAD
DEL MEDICO

503

1 9  6 7

EDICIONES DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE



FORMACION
DE LA PERSONALIDAD
DEL MEDICO

FORMACION DE LA PERSONALIDAD DEL MEDICO

por A. Garretón Silva

Profesor de Medicina, Universidad de Chile

OBRA EDITADA POR ACUERDO DE LA
COMISIÓN CENTRAL DE PUBLICACIONES
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

© A. Garretón Silva, 1966
Inscripción N° 33137

Edición al cuidado del prof. FÉLIX SCHWARTZMANN

Composición: Linotype Baskerville 10/12
Papel: Hilado Especial 90 g.
de la Cía. Manufacturera de Papeles y Cartones.
Impreso en los talleres de la Editorial Universitaria, S. A.
San Francisco 454, Santiago, Chile.
Diseñó la edición Mauricio Amster

A. Garretón Silva

de la Academia Chilena

Profesor de Medicina, Universidad de Chile

FORMACION DE LA
PERSONALIDAD
DEL MEDICO

1 9 .  6 7

EDICIONES DE LA

UNIVERSIDAD DE CHILE

614.23
92394
1967
C2

Ru .15706

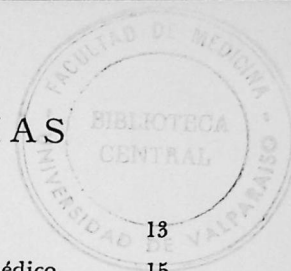
REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO NACIONAL DE
LABORATORIOS CLINICOS

Reg: 0202

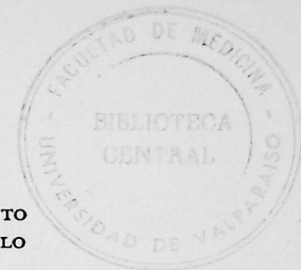
PRINTED IN CHILE

A ELENA

INDICE DE MATERIAS



Nota liminar	13
1. Propósitos de estas páginas. La personalidad del médico	15
2. El mundo propio de la medicina	20
3. Deberes fundamentales de la medicina y de los médicos	31
4. Exigencias médicas en la sociedad moderna	33
5. Orientaciones actuales de la medicina; su aspecto general después de la sexta década del siglo xx	37
6. Las ciencias llamadas básicas en la formación del médico	50
7. El concepto clínico de la salud y de la enfermedad	55
8. La historia clínica	68
9. El examen físico	77
10. Información acerca del método científico	83
11. El proceso de la formación del diagnóstico. La aplicación a la clínica del método científico	88
12. Diversas variedades de médicos	99
13. La medicina interna y las características del médico internista	104
14. Análisis de la especialización	109
15. Necesidad de un sentido universal de la medicina. El momento histórico de la medicina interna	112
16. Los instrumentos del aprendizaje: el enfermo, el libro, el diario y la anotación diaria. La formación del médico internista	117
17. El médico y el enfermo. Sus relaciones recíprocas	122
18. Más allá de la cultura médica	130
19. El contenido de la medicina en magia, arte y ciencia	132
20. La necesaria presencia de Hipócrates	135
21. Algunos nombres, fechas y hechos relativos a los más importantes descubrimientos en la medicina interna	143
22. Bibliografía	169



SI LE SUMINISTRO UN PENSAMIENTO
TAL VEZ PUEDA USTED RECORDARLO
O TAL VEZ NO.

PERO,

SI LE PUEDO HACER PENSAR
UN PENSAMIENTO POR SU CUENTA
HE CONTRIBUIDO,
EN VERDAD, A DARLE ESTATURA.

ELBERT HUBBART
1856-1915

Nota liminar



Para la preparación de este estudio hemos recibido numerosas ayudas de valor. En primer término, del grupo de nuestros colaboradores en la cátedra D de medicina, quienes, con su contacto diario, a través de varios lustros, junto a la cama del paciente, nos han ayudado de una manera efectiva a comprender la medicina en toda su amplitud científica, docente y humana. Lo que les debemos a todos ellos no puede ser expresado con palabras.

El propósito que nos ha animado al escribir estas páginas, no habría sido nunca alcanzado, si el destino no hubiera puesto en nuestro camino, a un grupo tan excepcional de maestros, como los que encontramos durante nuestros años de estudiante, en la Escuela de Medicina. Todos ellos nos enseñaron y dieron un ejemplo permanente de dedicación al trabajo, de honestidad y de corrección. Estas páginas pretenden reflejar la calidad de sus enseñanzas. Formaron nuestra Facultad, en primer término, los Decanos, durante ese tiempo: V. Izquierdo, G. Amunátegui y R. Aguirre Luco, y los profesores J. Ducci, J. Noé, A. García Valenzuela, F. Johow, T. Muhm, M. Cádiz, D. Benavente, E. Croizet, M. Brockmann, F. Navarro, E. Aldunate, P. Valenzuela, D. García Guerrero, C. Ibar, C. Monckeberg, C. Charlín, L. Montero, A. del Río, C. Pardo, A. C. Sanhueza, J. Luco y E. Moore.

Diversos colegas de la Facultad, de una manera directa, han aportado sugerencias de gran interés. A este respecto, debemos nombrar especialmente a los profesores J. Donoso, W. Fernández B., G. Hoecker, J. Mardones, T. Pizzi y J. Román. Nos es grato, también, mencionar a los profesores J. A. D. Cooper, de Chicago; P. Lain Entralgo, de Madrid, y

A. C. Taquini, de Buenos Aires, cuyas opiniones acerca de la orientación de este trabajo han sido para nosotros de mucha importancia.

Muchas de las ideas contenidas en este libro fueron expuestas anteriormente en publicaciones diversas, así como en nuestra enseñanza diaria de la clínica. El capítulo 8º, relativo al concepto clínico de la salud y de la enfermedad, es una adaptación de la parte que se nos encargó en el simposio que, acerca de este tema realizó, en 1958, la Sociedad Chilena de Psiquiatría y que fue publicado, al año siguiente, en las Monografías Biológicas de la Universidad de Chile.

En 1964 fuimos honrados con un relato oficial para el VIII Congreso Internacional de Medicina Interna, celebrado en Buenos Aires. Tuvi- mos, entonces, el privilegio de compartir las responsabilidades del segundo tema del Congreso El Internista, su importancia, su formación científica y moral, con un conjunto de eminentes maestros de varios países. Para preparar aquella contribución adoptamos muchas ideas generales de este libro.

Nos es grato dejar constancia especial de reconocimiento hacia nuestros inmediatos colaboradores, profesores L. Hervé y A. Donoso I., al doctor M. Andreis y al señor René Sotomayor, Subdirector de la Escuela de Medicina, quienes han revisado el texto en forma cuidadosa y aportado importantes sugerencias. También, al Director del Hospital Clínico J. J. Aguirre, doctor C. Avendaño A., así como a las secretarías Lilly Pons de Sepúlveda, Fanny R. de Ronda y Fresia Román, quienes han realizado con paciencia la tediosa tarea de las copias dactilográficas del texto.

La publicación de este libro se ha hecho posible porque la ha tomado bajo su cuidado la Comisión de Publicaciones de la Universidad de Chile, la cual, gracias a su acertada dirección, se ha constituido en una poderosa palanca del progreso cultural de la nación.

Queremos expresar el más sincero agradecimiento al señor Rector de la Universidad de Chile, don Eugenio González R., quien en todo momento ha fortalecido nuestro entusiasmo en la tarea de preparar estas páginas y ha patrocinado su publicación; asimismo, al Decano de la Facultad de Medicina, profesor Amador Neghme R., por su constante apoyo frente a esta idea. Ellos han comprometido nuestra gratitud y reconocimiento.

A. G. S.

Marzo de 1967.

I

Propósitos de estas páginas. La personalidad del médico

La vida es corta, el arte es largo, la ocasión fugitiva, la experiencia engañosa, el juicio difícil. Es necesario no sólo hacer uno mismo lo que conviene, sino hacer que el enfermo, los ayudantes y las cosas exteriores concurren también a esto.

HIPÓCRATES.

LA MEDICINA está integrada por un conjunto de disciplinas científicas, procedimientos técnicos y preceptos morales que tienen por objeto atender los problemas relativos a la salud y a la enfermedad. Su campo de acción general cubre a todo el género humano y, en lo particular, se refiere al cuidado de quien, con motivo de una enfermedad, ha perdido la salud.

El médico es la persona de la comunidad que debe poner en práctica en toda su amplitud estas delicadas y complejas acciones. El contenido de estas páginas está dirigido principalmente al médico.

Cada gran época de la civilización occidental ha configurado la personalidad del médico. Muy diversos factores intervienen en la realización de este hecho histórico. En nuestra época, la suma de estos factores ha cambiado y, más que esto, ha aumentado considerablemente. Debe haber, pues, una nueva personalidad del médico dentro del complejo cuadro de la sociedad contemporánea.

Durante las últimas décadas, la labor de las universidades, de muy diversas instituciones médicas, la expresión de la opinión pública y las necesidades de los gobiernos han puesto un énfasis creciente en este problema de la formación del médico.

Los progresos científicos y técnicos en la amplia esfera de la medicina y las exigencias que la sociedad de hoy reclama de su acción, dan a los contornos de este problema una actualidad y urgencia que nadie puede desconocer. La vigilancia y el cuidado de la población toda entera en relación con la salud y la atención individual del enfermo, entre-



gan al médico de hoy una suma de responsabilidades científicas, sociales, morales y ciudadanas como nunca antes habían existido.

Muchas funciones debe llevar a cabo la medicina y los médicos para llenar debidamente sus obligaciones.

El hombre enfermo reclama del médico una especial y genuina actitud humana. Esta circunstancia lo coloca en una situación singular, que le es propia.

Uno de los objetos de estas páginas es, precisamente, poner en evidencia el valor del contenido humano del médico y señalar algunos de los caminos para alcanzarlo.

Como todos los de la actual generación, hemos asistido, en el curso de estos últimos cuarenta años, a la más extraordinaria transformación del gran conjunto de la medicina. Muchas de las experiencias recogidas durante este lapso, principalmente en la sala del hospital, son las que aparecen aquí bajo la forma de un ensayo. Van dirigidas con sincero espíritu docente al alumno de medicina y, también, hacia aquellos médicos que mantienen fresco el íntimo agrado de seguir sintiéndose estudiantes, a fin de realizar la tarea médica con el interés, la curiosidad y la admiración del joven.

Hay un momento en la vida del alumno de medicina que tiene hacia el futuro una honda influencia psicológica que, como toda impresión inicial, tiende a ser permanente. El propósito de estudiar medicina surge mucho antes del ingreso a la Escuela. Se desea conocer y entrar en contacto directo con la medicina, fundamentalmente ver enfermos, comprender la enfermedad, en fin, actuar. Es una aspiración de la más fina categoría. Sin embargo, antes que llegue el momento de acercarse al enfermo, que señala el contacto con la majestad de la medicina, es preciso dedicar horas, días y años a conocer el hombre sano bajo todas sus modalidades, de estructura y de funciones; y, además, es necesario aplicarse al conocimiento de las llamadas ciencias básicas, es decir, química, física, matemáticas y bioestadística y, finalmente, las asignaturas preclínicas. Es un denso conjunto de disciplinas, de trabajos personales a través de los cuales se adquieren conceptos fundamentales y el dominio de técnicas indispensables para la acción médica.

La experiencia, reiteradamente confirmada, muestra que este período es de gran trascendencia. Según el criterio dominante de hoy, esta etapa no es conveniente realizarla en forma paralela con el estudio del enfermo. No es éste, sin embargo, un criterio universal. Algunas escuelas médicas combinan en un mismo período ambas enseñanzas, es decir, las ciencias del hombre normal, las básicas y las preclínicas, junto con clínica elemental. Tal es el caso de Francia. Esta modalidad es una excepción. Entre nosotros, desde la organización de la enseñanza mé-

dica en 1833, se puso al alumno junto al enfermo después de realizado este período preparatorio.

En el momento del contacto inicial del alumno con el enfermo, creemos que necesita de un guía, alguien que oriente sus pasos, que le permita comprender qué es un enfermo, cómo puede adentrarse en el panorama de una persona que ha perdido la salud. Para el alumno del liceo que anhela ingresar a esta carrera, la imagen de la medicina es un paciente; es lo que personifica sus propósitos. Mas, varios años de estudios previos vienen a representar una espera prolongada. Por otra parte, hay un período de incertidumbre, una falta de acomodación mental, lo cual se acentúa más, pues el paciente del hospital, por lo general, tiene una escasa cultura, incluso un lenguaje reducido. El relato del enfermo en estas condiciones aparece poco claro, incompleto, a veces incoordinado y lleno de interpretaciones antojadizas. Puede ocurrir que, tras una larga espera, el espíritu del joven que comienza a ambientarse en el hospital, tenga un mayor o menor grado de frustración o un conflicto emocional, el cual es necesario sobrepasar en buenas condiciones. El interno, el residente, el ayudante y, principalmente el profesor, le ayudarán a poner su mano sobre el paciente, a escuchar su relato, u observarlo en todo su aspecto. Esto, que es primordial y, sin duda, decisivo, no es sustituible. Pero, los espíritus curiosos —y ésta es una condición fundamental de quien se dedica a la medicina— necesitan algo más, juicios y opiniones, asertos y advertencias que puedan conocerse, meditarse y volverse a meditar. Este conjunto de páginas tiene una intención precisa, cual es ofrecer al alumno de medicina, desde el momento inicial de su contacto con el enfermo, esta ayuda adicional escrita, la cual se ha redactado según lo que la experiencia de varios lustros de enseñanza universitaria ha señalado como útil.

No forman parte del contenido de estas páginas, programas, temas de interrogaciones, certámenes o exámenes. Ellas pretenden conducir el espíritu inquieto del alumno a pensar en cosas más allá de una obligación escolar. Se espera que, poco a poco, agregue a sus conocimientos científicos y técnicos, algunas experiencias y maneras de pensar, es decir, algo más que pueda contribuir a formar su personalidad, a adquirir estatura. Es el resultado de la iniciativa individual de cada alumno.

La medicina y la vida médica se hacen cada día más densas y complejas. Las responsabilidades se acentúan de una manera incesante. El tiempo actual parece más breve, más rápido y, aun, vertiginoso. Sin embargo, nunca el médico debe estar más premunido de conocimientos y de experiencias. Cada día se reclama más de la medicina y de los

médicos, y, por otra parte, nunca la medicina ha llegado a atraer con mayor fuerza a quien se dedica a ella.

Además de las horas dedicadas al estudio, al trabajo de la sala, del laboratorio y de la biblioteca, es necesario dedicar algo más a conocer aspectos generales relativos a la medicina y a sus responsabilidades. Dentro de la comunidad ciudadana, el médico tiene responsabilidades especiales. Hay un lazo de confianza entre él y los hombres sanos o enfermos que reclaman una preparación científica, técnica y humana de la más alta calidad. Para aspirar a este rango, junto con muchas cosas más, estas páginas pretenden servir de una ayuda.

Se trata de un conjunto de capítulos sencillos, que forman un pequeño volumen destinado a crear en los alumnos hábitos clínicos sanos y razonables, así como un constante espíritu de superación.

Este libro es, necesariamente, incompleto. Es seguro que muchas ideas y sugerencias podrán agregarse. Tratamos de presentar todo aquello que juzgamos útil e indispensable.

Nuestra vida de hospital, confundida con la carrera docente, se ha realizado en el ámbito de la medicina interna; por eso estas páginas se refieren al médico internista, desde su propia iniciación.

La medicina en su desarrollo histórico muestra un constante camino de superación y de perfeccionamiento. Pero en los últimos treinta años, los cambios son tan substanciales que se hace necesario poner énfasis en los hechos fundamentales. A la transformación de la vida actual, ha correspondido, como ha ocurrido en todas las épocas, una honda modificación en la práctica, la orientación y el propio sentido de la medicina. Una de las razones que nos han movido a ordenar estas ideas ha sido el haber vivido en el más íntimo contacto con esta transformación. Sin duda, se vive un largo momento crucial. Pero, no tenemos el menor temor que los caminos futuros puedan restar a la medicina su valor, su solidez, su importancia y que nada pueda quitarle a su estudio un encanto sobrecogedor.

Reiteradamente, en el curso de estas páginas, se hará referencia al contenido científico de la medicina. Ahora bien, nos referimos a la ciencia razonada y controlada que se inicia en el Renacimiento.

Estas páginas están destinadas a aportar algunas sugerencias relativas a la personalidad del médico.

El concepto de personalidad, considerado en general, ha sido analizado de varias maneras, teniendo en cuenta diversos puntos de vista. El tema es, de por sí, amplio. Hay numerosas definiciones, de las cuales, pueden destacarse las filosóficas, psicológicas, psiquiátricas y, aun, algunos autores incluyen en esta nómina a la personalidad fisiológica, en el sentido de una expresión de la constitución orgánica de la perso-

na. Sin entrar en estas discusiones, nos detendremos, a considerar cómo debe estimarse la personalidad del médico.

El concepto de personalidad lleva envuelto necesariamente la idea de diferencias individuales. Tal condición, en la esfera de la medicina, está justificada por las funciones que el médico debe desempeñar. Estas diferencias se refieren, tanto a los médicos entre sí, como a éstos en relación con el resto de la comunidad. Pero, es obligación de los propios médicos al cuidar que entre ellos estas diferencias sean lo menor posible y elevar sus personalidades a un alto rango; fundamentalmente, porque las obligaciones y responsabilidades son para todos iguales.

El cuidado de la salud en toda su amplitud, reclama esta condición especial, lo cual no ocurre en otras profesiones. El médico debe dirigir todas sus actividades, por una parte, a la totalidad de la población y, por otra, hacia el enfermo, es decir, un ser humano que necesita y reclama una ayuda directa y personal. Este es el más trascendental campo de su acción. No son los propios intereses de los pacientes, sus ambiciones, su posición o rango u otra condición de carácter particular, sino la persona en sí misma, es decir, el ser humano, cuerpo y alma, el delicado motivo de la acción del médico. La diferencia individual está determinada por esta condición.

Pensamos que la personalidad del médico la integran, íntimamente unidos, como una configuración única, dos elementos básicos. El primero es su competencia científica y técnica, la cual debe llegar al más alto grado posible. El segundo está representado por un conjunto de cualidades de diverso orden, entre las cuales destacamos su conducta moral, su sentido humano, la comprensión en un nivel justo de los problemas del paciente, el trato, la tolerancia, la bondad, y, además de todo esto, el grado de su cultura, es decir, un refinamiento individual en las ideas generales acerca de la filosofía, la literatura, la historia y el arte. Así, sobre la estructura de una base estrictamente médica, se hace necesario agregar algo como una superestructura de carácter espiritual. Es como un conjunto de movimientos de la esfera intelectual y afectiva, sometidos al control de las emociones. De esta manera se configura la personalidad del médico.

En gran parte, es una condición que se puede adquirir. Para unos representa un esfuerzo menor; mas, para muchos significa una continuada disciplina. Esta personalidad debe irse construyendo poco a poco, con infinita paciencia, con verdadero amor. Tarea que debe iniciarse en la época de estudiante.

Íntimamente ligados a la personalidad, están los factores emocionales, tan complejos, variados e intensos de que está llena la carrera del

médico. La vida del estudiante de medicina y la vida del médico son absolutamente del mismo orden y se desarrollan dentro de un ambiente idéntico; enfermos, estudio, muchas y variadas obligaciones, la permanente tiranía del tiempo, las infinitas responsabilidades, las inquietudes y zozobras e incomprensiones que agobian el espíritu de quien se dedica a la medicina. A lo cual debe agregarse la parquedad del descanso, la ausencia de un ocio propicio a la reflexión y el reexamen de las ideas. Este conjunto de condiciones es fuente permanente de toda suerte de emociones. La eficiencia del médico se asegura con la tranquilidad del espíritu. Es así como mejor se puede abordar, comprender y resolver los problemas clínicos, terapéuticos y personales que quedan bajo su cuidado. Si nadie se encuentra libre del choque de las emociones, el médico es el más expuesto, pues está en contacto más íntimo con el panorama sombrío del dolor humano en toda la gama de sus expresiones. La tarea que debe cumplir día a día tiene esta fuerte y cambiante contrapartida.

Se anidan a menudo en el alma del médico propósitos de ambición, de una noble ambición; no de vanidad. Son más que útiles, son necesarios. Una incoordinación de las emociones puede conducir a conflictos internos, a deformación de la personalidad y, como consecuencia, a una acción médica defectuosa y al fracaso de una ambición justa. La medicina algo pierde.

En las últimas décadas se ha destacado la acción de factores emocionales en la génesis de numerosos procesos patológicos. Tal es el caso de la hipertensión arterial, ciertos trastornos del ritmo cardíaco, alteraciones digestivas, especialmente la úlcera gastroduodenal, más allá algunas modificaciones en la esfera psíquica del tipo de las neurosis. Pues bien, estas enfermedades son mucho más frecuentes en la profesión médica que en cualquiera otra. Estudios estadísticos en diversos países han sido, al respecto, concluyentes.

El médico, más que otros, debe cuidar el control de sus emociones. Ser dueño de sus pasiones, decía Hipócrates. La buena formación de una sólida personalidad es el mejor medio, quizás sí el único, para hacer frente a tal situación. Es el verdadero antídoto de la agresión emocional.

Si la medicina es la obra de muchos, la formación de la personalidad del médico es la obra, trascendental y delicada, de uno mismo.

El médico, ha dicho Atchley, tiene tres caminos para escoger, a fin de llenar su vida; la investigación, la enseñanza y la práctica médica, es decir, el cuidado de los enfermos. Sin desconocer lo importantísimo de los dos primeros caminos, el tercero es el más amplio, el que ocupa

al mayor número de médicos. Más que nada es a ellos a quien están dirigidas estas páginas.

En los próximos treinta años, es decir, cuando actuarán las generaciones que hoy asisten a la universidad, la medicina tendrá una amplitud, solidez y eficiencia posiblemente más allá de lo que se pueda imaginar. Es, por eso útil, aportar algunos conceptos y normas, a fin de que la preparación de los futuros médicos sea la más adecuada para la nueva época.

Al término de los estudios médicos hay un título, un diploma, algún documento que reconoce la tarea realizada. Este requerimiento para entrar al ejercicio de la medicina es muy antiguo. En efecto, el año 1240, Federico II, Rey de Sicilia y de Alemania, lo estableció. Hoy día, en todos los países, para ejercer la profesión de médico es necesario un título controlado por el estado, ya sea a través de universidades o por instituciones oficiales, en las cuales se delega estas atribuciones. Pero, más allá del título hay toda una densa y permanente actividad a través de la cual el médico se perfecciona.

Una vez egresado de las aulas escolares, el médico debe ir a actuar en medio del gran grupo social, en donde tendrá, según los casos, responsabilidades variadas, pero siempre de gran magnitud. Formado en el ambiente de la universidad, además de sus actividades médicas específicas, le incumbe una misión de la más alta trascendencia. Ella consiste en llevar al medio ambiente en que va a actuar el llamado espíritu universitario. La universidad es el sitio de los estudios superiores, en donde paralelamente se investiga en numerosas direcciones; de ella surge, en cada país, el pensamiento nacional. Domina en su conjunto, un espíritu que le es genuino. Veamos en pocas líneas cuáles son las características que lo singularizan. En primer lugar, actuar en un plano de responsabilidad superior; tener constantemente presente el sentido de la libertad intelectual; mover su espíritu hacia un constante perfeccionamiento; mantener la mente abierta a nuevas orientaciones del pensamiento en ciencia, arte, historia, filosofía, literatura; saber distinguir, a través de un juicio crítico razonado, lo verdadero de lo falso, así como lo permanente de lo transitorio, trabajar constantemente en la medicina y para la medicina, utilizando un método adecuado; recordar que el estudio de la medicina es algo que dura toda la vida; actuar siempre en un sentido ponderado, con distinción, respeto y consideración. De esta manera, el médico en su medio, hará resaltar el sentido del espíritu universitario. Se trata de una misión moral, por consiguiente, no escrita, que su *alma mater* le encomienda para todas las horas de su vida.

Estas páginas, resultado de una larga meditación, tienen por objeto ayudar a la realización de estos propósitos.

El mundo propio de la medicina

Adquirir todos los conocimientos para esta provincia.

F. BACON

EN NUESTROS DIAS, la medicina, en el estado actual de su desarrollo, con la calidad y cantidad de sus conocimientos y su proyección hacia el medio social, ha llegado a constituir un mundo propio, lleno de las más fascinantes atracciones. Dentro del conjunto, cada vez más complejo y cambiante de la civilización actual, la medicina se destaca de una manera definida y brillante.

Muchas son las características que podrían señalarse para formarnos una adecuada imagen de este mundo propio. Veremos todo aquello que nos parece más significativo. Pensamos que el médico de hoy debe conocerla con detalles para tener una clara comprensión de lo que representa la medicina dentro del mundo actual, es decir, en qué consiste la provincia médica dentro de los conocimientos, según la feliz expresión baconiana.

La primera de las características es la que se refiere al contenido en ciencia. Interesan a la medicina las biológicas, físicas, químicas y matemáticas. En su aspecto actual, todas ellas tienen grandes zonas de íntimo contacto. Se procura conocer la esencia íntima del proceso patológico, es decir, de la enfermedad; éste es el más elevado móvil de la inquietud médica. Se ha llegado a un notable grado de perfección en este conocimiento de los fenómenos biológicos, así normales como patológicos. El ambiente científico hace mirar las cosas de una manera diferente, desde un ángulo nuevo. Esta inquietud médica no es, en manera alguna, nueva; por el contrario, es muy antigua. Pero, con los medios de exploración actual y con el concurso de otras disciplinas, se ha llegado a grandes adelantos, muchos de extraordinario significado. El mé-

todo científico, el rigor de las comprobaciones, ha llenado a la medicina de un portentoso caudal de conocimientos exactos. Se habla de estas últimas décadas del contenido científico de la medicina: es el reconocimiento a uno de sus más sólidos aspectos.

La investigación, principalmente en lo que se refiere a los fenómenos bioquímicos y biofísicos, pretende lograr una concepción molecular de la vida. Es decir, ya no basta la forma y la estructura del tejido o de la célula, es necesario saber cuáles son los cambios producidos en la estructura molecular de la célula, en su más profunda intimidad. Más allá, es necesario tener una explicación acerca de por qué durante la enfermedad se producen estos cambios. La forma cómo hoy se conocen y se comprenden estos hechos, los mecanismos regulares de la salud y su alteración durante la enfermedad, representan conquistas científicas de un alto valor. Más allá de este fabuloso acervo científico, tenemos las técnicas especializadas, de gran sensibilidad, para realizar mediciones que han alcanzado niveles asombrosos de exactitud. Los fenómenos biológicos son esencialmente referencias a movimientos, cambios, proporciones, pesos. Se controlan y se inscriben velocidades más allá del milésimo de segundo; se observan estructuras del tamaño de una fracción de micrón y es posible determinar en líquidos y tejidos, sustancias que representan pequeñísimas fracciones de miligramo.

Tres circunstancias derivan de esta condición científica de la medicina. La primera, consiste en llegar a una concepción de lo que es la enfermedad; la segunda, es la posibilidad de un diagnóstico precoz, lo cual tiene gran importancia en el orden práctico y, finalmente, la tercera consecuencia es la relativa a la moderna terapéutica, la mayor transformación de la medicina, cuyos resultados, ayer insospechados, hoy constituyen grandes motivos de éxito en su aplicación diaria. El medicamento actual no es el resultado de un hallazgo, ni de una casualidad, sino la consecuencia de un largo proceso de concepción, control y ensayos, hasta llegar a su forma útil. Es el resultado del criterio científico.

Debemos señalar, además, como una consecuencia directa de la atmósfera científica de la actual medicina, el sentido preventivo que, década a década, va adentrándose en la integración general de la medicina. Junto con conocer el mal, se procura evitarlo; idea muy antigua, configurada ya en la mente griega; pero, sólo en los últimos años, gracias al conocimiento científico, ha logrado grandes realizaciones.

En la acción individual del médico durante el examen de un enfermo, para descubrir un síntoma, valorar un dato y comprender a fondo a su paciente, será necesario que ponga en juego todo el arte de que sea capaz. Es un largo y a veces tedioso aprendizaje, que reclama pacien-

cia, tino, discreción y control reiterado. El arte en sí mismo, es decir, la manera cómo los médicos de la escuela hipocrática de Cos lo delinearon, conserva todo su valor. En aquellos tiempos, era la observación de los fenómenos y su evolución lo que dominaba. Hoy la técnica ha agregado elementos preciosos. El arte médico es, sin duda, insubstituible. Ayer era casi el único medio; hoy se agrega la exploración e investigación basados en una actitud científica.

Tiene el mundo propio de la medicina su historia que es apasionante, tanto en lo que se refiere al movimiento general del avance del pensamiento médico, como a la historia individual de cada gran servidor de la medicina.

En los libros dedicados a la historia de las ciencias, y los hay muchos, aparece el progreso del saber médico de una manera destacada. Ahora, en la propia historia de la medicina es en extremo interesante observar cómo las ideas se han ido formando hasta llegar a la actual configuración del pensamiento médico en sus múltiples y complejos aspectos. Es una sucesión de acontecimientos, vicisitudes, incertidumbres, dudas, vacilaciones hasta llegar a conocimientos que tienen aspectos verdaderos y que, no es raro ver que después son rectificadas. Nada es aislado ni solitario; todo tiene una continuidad. Es como un extenso tejido en el que muchas mentes han ido dejando parte de sus vidas, en un trabajo perseverante. Cada época imprime su sello en él.

La parte relativa a cada persona, ésta constituida por vidas llenas de belleza, en las que domina, muy a menudo, un hondo sentido del sacrificio desinteresado, que a veces llega al heroísmo.

En varias partes, en centros universitarios, algunos médicos, con afán de experimentar, se han sometido a pruebas personales, a veces con gran riesgo, para ensayar una droga o para cerciorarse si un germen era capaz de producir enfermedad (Metchnikoff, Purknie, Carrión, Goldberger y muchos más). Hay una sucesión de esfuerzos de todo orden, serenidad ante reiterados fracasos, modestia ante éxitos, todo lo cual las hace destacarse como vidas ejemplares. Hay, pues, una gran tradición y muchas bellas leyendas.

El ejercicio de la clínica, así como el laboratorio, son fuentes de atracción irresistible para un gran número de personas. Sólo viviendo con intensidad esta vida puede comprenderse su significado. Todo ello está ligado íntimamente a la vocación de cada uno.

La literatura médica, en donde queda de cada época el pensamiento escrito, ha adquirido en los últimos años una profusión enorme: textos, tratados, monografías y publicaciones periódicas, suman en total, cada año, cifras vecinas de lo fabuloso. Se ha dicho que es algo

excesivo. Quizás. La naturaleza misma de la medicina hace necesario que toda concepción, dato, hallazgo, técnica nueva, experiencia y observaciones clínicas y experimentales, queden escritas y entregadas al juicio médico, para que puedan ser conocidas, verificadas, rectificadas o rechazadas por nuevos estudios. A través de décadas, se ha formado un sedimento con todo aquello que es permanente, sólido y verídico. Es lo que recibió confirmación. De esta manera, en una biblioteca médica hay, de cada época, muchos libros y artículos cuya consulta, aun después de muchos años, no sólo es útil, sino necesaria. En el alma de un buen médico es fácil encontrar siempre una inclinación bibliográfica de la más fina calidad.

La vida de hospital es cada día más intensa y atractiva. Su moderna organización está calculada para la mejor atención del enfermo, así como para el avance y perfeccionamiento de la medicina y de los médicos. Su rango es del de una escuela sometida a una disciplina rigurosa. El enfermo entrega su suerte a una organización, casi nunca conoce el nombre del médico que lo atiende, pero tiene plena confianza que recibirá lo más adecuado que es posible hacer en su beneficio. Junto a la sala de hospital, hoy tan diferente en su aspecto físico y en su significado de cómo era hasta hace pocos años, están los laboratorios, los cuales han ido creciendo en extensión y en importancia. En cada hospital, su número va, felizmente, en aumento. La propia anatomía patológica estudiada con rigor, representa para el alumno, el interno y todo el personal médico, una fuente de información y de conocimientos que ayuda a evitar muchos errores. Su rango es de fundamental importancia.

En direcciones opuestas, dentro del marco de actividades de la medicina en el hospital, han partido dos disciplinas auxiliares de gran porvenir: la experimentación aplicada a la clínica y la bioestadística. La primera ha permitido comprender el mecanismo de muchos procesos patológicos y realizar en enfermos técnicas de gran importancia. La segunda disciplina auxiliar, ha servido para ofrecer una imagen de los fenómenos patológicos y asistenciales bajo una nueva expresión, la de las cifras, de la frecuencia, de porcentajes, etc. Con visión profética, hace más de un siglo, Balzac dijo que "los azares colocados en serie forman una providencia". Desde su lado, la bioestadística ha sido, también, una fuente de progreso. No es posible hoy día prescindir de su contribución.

Los médicos de todo el mundo, ocupados en los mismos problemas, hablando un mismo lenguaje, se entienden en forma instantánea. No conocen los límites que delimitan las naciones. La medicina es, de las actividades intelectuales, la que tiene una mayor universalidad. Otras

actividades de esta estirpe no pueden ofrecer esta singular particularidad. Nada en medicina es oculto, todo debe ser entregado.

La propia complejidad de la medicina, su manera de adquirir los conocimientos, la multitud de sus aspectos, desde siglos ha favorecido las asociaciones, los intercambios, el diálogo. No surge nunca una personalidad en forma aislada. Detrás de cada una de ellas, hay toda una historia, un conjunto de personas que ha trabajado en común. Hay maestros, colaboradores, asociados, todo un grupo. Extendiéndose más, han surgido las sociedades, actualmente algunas más que centenarias, asociaciones nacionales e internacionales. Finalmente, el rango de las academias, de número reducido, pero que aportan factores poderosos de progreso.

El contacto con el dolor generado en el hombre enfermo, dolor físico, psíquico y moral, en suma, humano, da a quien se entrega a la medicina una condición única no ofrecida en ninguna otra actividad superior de la inteligencia, pues lleva al médico a una permanente actitud de servicio. Surge de esta condición el espíritu generoso del ejercicio de la medicina, pues todo lo que se hace es para los demás, es decir, aliviar, consolar, sanar, alejar la muerte, en suma, contribuir con algo a la felicidad de alguien. La acción individual sobre un hombre, la misión de todas las horas, le dará al médico la oportunidad de observar a personas y personalidades agobiadas por el dolor, verá en una clara expresión, las más variadas reacciones psicológicas. Este contacto con el dolor humano es una fuente fecunda de meditación y el médico bien consciente de su tarea obtiene enseñanzas y normas de conducta de extraordinario valor. Suele decirse que esta reiteración del drama de un ser enfermo va poco a poco dejando insensible al espíritu médico. No negamos que esto pueda ocurrir; pero, no lo hemos visto nunca. En cambio, la reacción de una mayor sensibilidad la van acen tuando los años a medida que pasan. Este panorama psicológico, tan íntimo de la medicina, ha salido de su dominio, ha sido explorado e interpretado, no siempre con verdadera realidad. Los fenómenos psíquicos y las modificaciones que sobre ellos determina la enfermedad, aparecen en los poemas homéricos y en las tragedias griegas. En ambos hay versos de una exactitud sorprendente. En Shakespeare, así como en Molière, hay un extenso conjunto de análisis de este orden en relación con enfermedades. Uno de los privilegios espirituales del médico es poder asistir y comprender los cambios que el dolor produce en la personalidad humana. El dolor en sí mismo, la angustia, el temor, la incertidumbre, la resignación para soportar el sufrimiento, aun las ilusiones, se traducen en rasgos especiales, en gestos inesperados, en actitudes extrañas y en singulares y casi imperceptibles tonalidades de la voz. El

dolor suele realzar pasiones hasta aquí dominadas u ocultas; suele también, aplacarlas. A veces lo que el médico ve son los rasgos oscuros de la desesperación. Muy a menudo se establece una verdadera unión espiritual entre el enfermo y el médico, lo que será en extremo beneficioso para el paciente y una fina cosecha espiritual para el médico.

Más allá del individuo, la medicina se extiende y ya ha llegado a cubrir a todo el grupo humano. Es una dimensión nueva, muy moderna. Las acciones colectivas, deducidas de estudios y experiencias de muy diverso orden, han traído consigo, al corregir epidemias, un notable alivio para la humanidad. Resultado de las medidas colectivas, los índices de mortalidad y morbilidad se han transformado de una manera muy honda. A lo cual es necesario añadir los resultados de las terapéuticas modernas. Todo esto ha reducido la carga de dolor y ha prolongado de una manera notable la duración media de la vida. La configuración del conjunto del género humano en sus grupos de edad se está modificando de una manera insospechada. La medicina se preocupa del enfermo y del sano, en una palabra, de la salud. Un filósofo de hoy, agudo crítico, ha dicho que "la ciencia ya ha hecho una inmensa merced al género humano con los adelantos de la medicina" (B. Russell).

La vida universitaria, en todo lo que tiene de libertad, amplitud de espíritu y de crítica, se ha mezclado por fortuna íntimamente con la medicina. Se ha hecho posible el progreso enorme de la medicina gracias al sentido que alienta la vida de la universidad. El estudio equilibrado, la investigación y la enseñanza han venido desde la universidad. Grandes hospitales, en las ciudades más civilizadas, se han integrado a la vida universitaria formando parte de ella. En todo médico bien formando hay un impulso docente que lo hace actuar sobre los que lo rodean. La cúspide de la carrera médica, es, sin duda, la universidad.

En esta tarea tan compleja y extensa, desarrollada en tan amplio ámbito, hay cosechas que recoger por parte de la medicina, así como de los médicos. Si bien la medicina ha recibido del conjunto de las ciencias un valioso caudal de conocimientos, también desde la medicina han surgido gran número de hallazgos que han sido de un gran valor como fuente de progreso, en cada época. Esta situación ayer realizada en una escala reducida, hoy es ya muy grande y, con el tiempo, será aún mayor. La medicina ha acumulado un inmenso acervo, que es orgullo de la civilización. Y los médicos obtienen la diaria cosecha de cumplir un deber en bien de los demás, al poseer una ciencia, arte y técnicas que son elevados y finos instrumentos para procurar aliviar el dolor ajeno. Y eso es ya mucho. Pero, la medicina está perfectamente consciente de que tiene limitaciones, que hay tareas aún muy lejos de estar cumplidas. Grandes problemas aguardan solución y se tiene la sensación

que la espera es angustiosa. Pero, su decisión, su orientación es precisamente llegar a poseer verdades aún ocultas. En este esfuerzo su tarea es ejemplar. En todos los ámbitos del mundo civilizado, bajo todos los climas, el trabajo es intenso, la inteligencia elevada y sólo se espera poder colocar en las manos del médico los medios que le permiten derrotar a la muerte.

La acción médica de hoy se desarrolla por un conjunto de personas, las cuales, en diversos niveles, deben estar coordinadas y dirigidas por el médico. Junto al médico están las enfermeras, las visitadoras sociales, las dietistas, los técnicos laborantes, además de los estadísticos y diversos y numerosos elementos auxiliares. En el ámbito de la enseñanza, de la vida de hospital, así como en los numerosos servicios públicos y organizaciones de orden médico, hay todo un amplio grupo que actúa. Pues bien, en ese medio, el médico es el conductor, el coordinador, en una palabra, el líder. El mundo propio de la medicina es, pues, compartido por un gran grupo de personas que, salidos de la universidad, con diversos tipos de conocimientos, cada uno converge a la acción médica.

Este mundo tiene, también, un contenido de ilusiones y de esperanzas. Los problemas que aguardan solución, las incógnitas que se alzan en el horizonte de la medicina, hacen surgir a los que se dedican a ella, toda suerte de esperanzas que representan incentivos poderosos en esta ardua tarea.

Es el conjunto de todos estos elementos que integran el mundo propio de la medicina, ciencia, arte y técnica, historia y literatura, tradición y leyenda, hospital y laboratorio, experimentación, bioestadística, prevención y curación, sentido y necesidad de asociación, escapando al aislamiento, el contacto con la zona triste del dolor y la acción bienhechora sobre todo el conglomerado humano, ilusiones y esperanzas, es lo que da a este mundo propio, su sentido de grandeza.

Ayudar a entrar, comprender y participar de este mundo fascinante, entregarse a él con todas las fuerzas y posibilidades del espíritu, templar el alma para muchas etapas dolorosas, a fin de ayudar a tomar parte activa y noble dentro de él, saber que se viene a dar más que a recibir, son todas las condiciones que han inspirado, guiado y orientado estas páginas. Es necesario vivir en plenitud el romance de la medicina.

3

Deberes fundamentales de la medicina y de los médicos

Servir, la más bella palabra del lenguaje.

PAUL BOURGET

EXISTE UNA SERIE de definiciones de la medicina. Cada idioma ha condensado definiciones y todas coinciden en la acción de curar las enfermedades. La Real Academia Española, dice "Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano". Los autores anglosajones han sintetizado su pensamiento diciendo que "Medicina es la ciencia y el arte de prevenir, curar y aliviar las enfermedades". (Webster). En ambos conceptos se incide en el fin práctico o, como también, se ha llamado, su aspecto profesional.

Nuestra medicina occidental arranca de la Grecia clásica, de la cual es una de sus más bellas expresiones. Pero, el nombre actual aparece varios siglos después. El arte de curar se denominó *tekhne iatrike*. Mucho después, en la Roma de los Césares este nombre cambió a *ars medica*. De la voz *physis* que, en la mente griega, define a la Naturaleza por sí misma, proviene la palabra físico, la cual, en el dominio de la medicina, se identifica con el hombre que actúa en el arte de curar. La lengua inglesa conserva aún esta voz (*physician*). La palabra médico y medicina provienen del latín *medicus*, derivado de *mederi*, que dice relación con el arte de curar o de cuidar. Este vocablo, así como sus derivados, aparecen por primera vez en el lenguaje castellano escrito en el año 1555 (Corominas). Durante varios siglos se la conoció bajo un nombre griego y después latino. Sólo en las últimas cuatro centurias se la denomina con el actual medicina, el que es universal en todos los idiomas.

Cuando se contempla la medicina de hoy en todo su extenso panorama, se advierte que estas definiciones son incompletas. La medicina es mucho más. Veamos.

Durante las últimas décadas, el volumen de la medicina se ha extendido de una manera prodigiosa. Tres factores, entre los más sobresalientes, han contribuido a esta situación. En primer lugar, la gran extensión de los conocimientos médicos; después el enorme acúmulo de los elementos auxiliares de investigación clínica, experimental y de laboratorio y, finalmente, la creciente organización en torno a la puesta en acción de la medicina. Todo lo cual se desarrolla ante una sociedad que tiene una nueva estructura.

En la situación creada por este panorama, aparentemente confuso y frondoso, es de impostergable necesidad recordar y, más que eso, precisar los deberes fundamentales de la medicina y de los médicos. Será nuestro punto de partida. Más aún, esto es lo que no se debería olvidar nunca en el curso de la vida médica.

Antes que nada, recordemos el fin milenario: asistir al enfermo, aliviar el dolor, retardar el advenimiento de la muerte. A esto debemos agregar la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. La primera parte tiene una acción directa sobre el enfermo; la segunda se refiere a la población considerada en su conjunto.

Prevenir la enfermedad, la que se teme o se presume, es lo que orienta las grandes medidas sanitarias. De esta manera la medicina tiene relación con todo el grupo humano, sin consideración a la edad, ni a ninguna otra condición, lo cual le confiere una importancia de primer plano en el mundo civilizado.

En la mente griega, estas condiciones estaban bellamente configuradas en las dos hijas de Asklespios, el dios de la medicina, Panacea e Hygea. La primera representaba la curación de los enfermos y la segunda, la prevención de las enfermedades.

El fin fundamental de la medicina supone necesariamente, el enfermo. Y así tenemos que toda su ciencia, arte y técnica, la pone el médico al servicio de una persona que ha perdido la salud. Pero, a medida que la sociedad ha ido cambiando por los progresos ya señalados, los aspectos sociales de la medicina han adquirido considerable relieve.

La medicina es acción. He aquí cuatro elementos que, escalonados, componen esta gran acción: 1) la medicina en sí, es decir, la suma de sus conocimientos, con toda su complejidad, en constante progreso y renovación; 2) el médico, quién pone en acción toda la experiencia acumulada; 3) el enfermo, un ser humano que sufre y, finalmente, 4) la sociedad, es decir, el medio ambiente ecológico.

La presencia de un ser humano, impone a la medicina una condición neta: la unidad. El enfermo no es susceptible de fragmentación. El enfermo significa una modificación anormal de estructura, funciones,

alteraciones bioquímicas, enzimáticas y hormonales y, finalmente, una repercusión a veces honda, en el equilibrio psíquico del paciente. Además, el enfermo forma parte de un grupo familiar y, más allá de la sociedad.

Para prevenir y curar enfermedades —el fin milenario— existen medios especiales que le son propios. Es, en verdad, la sustancia de la medicina.

El mundo en el cual el médico se desenvuelve no conoce clases sociales, ni condiciones económicas, culturales y raciales, ni posiciones de ninguna especie. Sólo conoce enfermos.

Se pueden esquematizar las obligaciones que sobre el médico recaen: frente a la medicina, procurar sus progresos y mantener su rango; frente al enfermo, curar o aliviar su dolencia; frente a la sociedad, procurar su protección y, frente a sí mismo, estar en constante perfeccionamiento para poder atender sus funciones en la forma más noble y acertada posible.

El médico debe tener conciencia clara de cuanto sabe y de lo que es capaz. Es lo que da seguridad en la acción. Debe estar en permanente actitud de servicio, de solicitud y de devoción hacia la medicina, el enfermo, la sociedad y hacia sí mismo.

Pero, debemos agregar otros aspectos de las responsabilidades que recaen sobre el médico. Vive la humanidad uno de sus momentos más inciertos. El médico es, dentro de este conjunto, un elemento de una enorme importancia. En la evolución de la especie humana hay dos hechos que, desde el punto de vista médico, son del más alto interés. Los orgánicos, ya sea lo anatómico y funcional, permanece más o menos en las mismas condiciones generales desde hace alrededor de unos cien mil años. Esta es la apreciación dada por los antropólogos modernos. Mas, en la esfera psíquica hay cambios muy hondos relacionados con todas las expresiones de la cultura. Es esto lo que va dando a la especie su valor. Ahora bien, esta cultura considerada en forma muy amplia, ha originado progreso científico y técnico, del cual cada día nos asombramos. En el campo de la medicina, estos progresos tienen, entre otros, dos aspectos principales. Primero en la esfera propia de la medicina, representada por sus múltiples actividades de protección general de la salud, en el fondo atender al sano y al enfermo. El segundo rasgo del progreso científico y técnico general, que interesa a todos, incluso al médico, es la fuerza destructora representada por la era atómica. La lucha entre los hombres está registrada desde el Génesis; pero ahora adquiere un carácter devastador más que apocalíptico. Mientras que, durante miles de miles de años, el hombre contempló y respetó a la Naturaleza, hoy pretende dominarla. El progreso

en el orden de la física se desarrolla a través de Becquerel (la radiación), Roentgen (los Rayos X), los esposos Curie (el radium), J. J. Thomson (los electrones), Rutherford (división del átomo y producción de energía) Plank (teoría de las cuantas) y Einstein, creando la teoría de la relatividad. Este conjunto de descubrimientos en su enorme magnitud, jamás la humanidad los había contemplado. De todo ello, la energía atómica es el hecho más saliente. El médico tiene en su mano los medios para atender la salud y sus éxitos son de un valor incalculables. Pero, el médico debe actuar en la era atómica, que hasta ahora tiene más que nada la amenaza de destrucción. La posición del médico aparece revestida de caracteres muy singulares y definidos. Pero el médico va siendo cada día más un hombre de ciencia y como tal gran parte de su vida es una preocupación acerca de su porvenir. ¿Cuál es el porvenir? Paralelamente al progreso científico y técnico que protege la salud, existen los sombríos y trágicos extravíos de la ciencia atómica. La cultura y la cultura médica en nuestro medio, se divisa como la sola fuerza que pueda lograr un cambio de rumbo estos extravíos. Todo hace pues, que la responsabilidad del médico, en esta era atómica que vive el género humano, sea enormemente delicada. El médico viene a ser un personaje científico que trabaja para la conservación de la humanidad.

4

Las exigencias médicas en la sociedad moderna

La medicina investigará las modificaciones peculiares que dan al hombre chileno su clima, sus costumbres, sus alimentos; dictará las reglas de la higiene privada y pública; se desvelará por arrancar a las epidemias el secreto de su germinación y de su actividad devastadora; y hará, en cuanto es posible, que se difunda en los campos el conocimiento de los medios sencillos de conservar y reparar la salud.

ANDRÉS BELLO

EL QUE INGRESA a la vida médica, para permanecer en ella toda su existencia, debe estar muy bien informado acerca de esas exigencias. Nociones y conceptos deben formar una base importante de su personalidad. Se trata de tener una posición fundamental dentro de la sociedad moderna, posición que es irrenunciable.

La sociedad moderna, junto a otros hechos permanentes, como la libertad, el respeto de los derechos humanos y el acceso a la educación en todos sus niveles, establece, desde el punto de vista médico, muy numerosas exigencias. Entre ellas destacamos al bienestar, la seguridad, la protección y la reparación de la salud. Esto es una situación categórica. El grado que ha alcanzado la cultura en todos los países, la enorme difusión de las ideas médicas y de sus éxitos ha hecho surgir en el conglomerado humano una exigencia para tener más salud y menos enfermedad. Acentuamos que es exigencia y no anhelo, solicitud o deseo. Se tiene ya un derecho a la salud. En estas condiciones, todo lo relativo a la salud forma parte esencial en los programas de todo gobierno. Es, sin duda, una de las características de la vida moderna. Ayer no era así. La salud ha sido una aspiración desde tiempo inmemorial. En el siglo III a. C. Herófilo, famoso médico y anatomista de Alejandría, elogió la salud en los siguientes términos, típicamente helénicos: *La ciencia y el arte no tienen nada que enseñar, el ánimo es incapaz de esfuerzo, la riqueza inútil y la elocuencia ineficaz, si falta la salud.* Sin embargo, sólo en los últimos tiempos se ha logrado llegar a soluciones de gran alcance. Largo más de un siglo ha sido laboriosamente empleado con este objeto. En Alemania, en 1840, aparecen las

primeras leyes relativas a estos aspectos sociales de la medicina. En las últimas décadas es cuando el progreso ha sido considerable. La salud debe ser protegida de cuanto mal puede acecharla. Las enfermedades llamadas infectocontagiosas, causa de epidemias, a veces extensas y con alta mortalidad, fueron las primeras en ser combatidas con éxito. Después, especialmente con el advenimiento de la bacteriología, se estableció el control del agua, de los alimentos y de los desagües. Poco a poco se organizaron los servicios de salud pública que en cada país adquiere funciones parecidas, bajo denominaciones diversas.

Todo este movimiento tiene como resultado el haber cambiado el concepto de siglos relativo a la caridad y beneficencia hacia una posición neta de asistencia social. En todo los países esto representa una conquista de la civilización actual.

Paralelo a este movimiento de progreso, vemos los éxitos alcanzados por la medicina bajo otro de sus aspectos. Podemos, de una manera sumaria, sintetizar estos éxitos. Desde luego, las seguridades del diagnóstico clínico que, en un gran porcentaje de las enfermedades, se llega a precisar con detalles a veces casi inverosímiles. Quedan enfermedades que, desarrollando evoluciones irregulares, no pueden diagnosticarse; pero, son el menor número. Los tratamientos actuales, de las últimas décadas, representan medios de acción poderosos y seguros. Junto a medidas sanitarias, a diagnósticos exactos y oportunos, hay ya una larga lista de enfermedades vencidas o desaparecidas: la peste, el tétano, la viruela, e incluso, la sífilis. Muchas infecciones generales y locales han sido dominadas; entre ellas la sepsis puerperal y la neumonía. Las tasas de mortalidad se han modificado de una manera abismante. Datos que representan a varios países nos indican que en 1848 la mortalidad general por cada 100 mil habitantes era de 500. En 1948, un siglo después, esta cifra es sólo de 50. Hoy es aún menor.

Otra demostración la tenemos en la prolongación del promedio de vida. Se ha dicho que hasta fines del siglo XIX y desde la época del Imperio Romano, el promedio general de vida varió muy poco, alrededor de 40 años. En las últimas décadas esta cifra sube en algunos países hasta 70 y más años. Como término medio general se estima que este promedio es alrededor de 66 años. Naturalmente, los factores que han llevado a esta situación son variados y complejos. Destacamos las medidas de higiene general, habitación, calefacción, alimentación, vacunas preventivas, diagnósticos y tratamientos adecuados. Las tasas de la mortalidad infantil representa un factor que pesa mucho en estas cifras. Estos son los éxitos más notorios. El acervo de experiencia, el caudal científico y la finura en las técnicas han llegado a una gran altura. Todas esas conquistas alcanzadas por la medicina han tenido por fin

conocer la enfermedad, prevenirla, aliviarla y curarla. Todo ha sido elaborado para este fin superior.

Pero la función médica, junto con hacerse tan eficiente, ha resultado cada día más costosa. La aplicación de la medicina actual envuelve un serio problema económico. La instalación de laboratorios y de instrumentos de diagnóstico y tratamiento, así como su mantenimiento, son pesada carga en presupuestos oficiales y privados. Los actuales medicamentos de elaboración industrial son de alto costo. Hasta hace algunas décadas, el médico no debía preocuparse por el costo del medicamento que recetaba. Hoy, es diferente. Hay ciertas drogas de alto poder curativo y de precio muy elevado. Sin embargo, el progreso científico, especialmente la síntesis de cuerpos farmacológicos y las técnicas industriales de producción en gran escala, ha aminorado en parte esta grave situación. Al comienzo del uso de la insulina, de la penicilina y de los corticosteroides, sus precios fueron enormes para luego ir descendiendo en forma notable. Como ejemplo, en 1943, la penicilina, producida todavía con el método inicial de Florey costaba, el millón de unidades, un mil dólares; hoy su valor es sólo de algunos centavos de dicha moneda.

Este problema económico puede determinar que quien necesite los auxilios de la medicina no los pueda recibir por no poseer los recursos. La concepción de la asistencia social ha encontrado la solución, estableciendo servicios colectivos. Estos pueden ser estatales, municipales o por iniciativa de empresas privadas. Los servicios de sanidad o de higiene pública se han extendido y los hospitales han ampliado su acción al llamado consultorio externo. Hasta hace unas pocas décadas, los servicios de salud pública y los hospitales marchaban por caminos diferentes, con pocos contactos. Esta etapa ha sido superada y hoy ambas organizaciones se han unido, coordinado e integrado. Han sido creadas, según las normas jurídicas y tradicionales de cada país, organizaciones generales destinadas a este objeto. Son los llamados servicios nacionales de salud.

El Estado es el regulador de la salud. La medicina va formando parte de la maquinaria administrativa de la nación.

En Chile, la evolución de estos servicios ha seguido una línea que marcha estrechamente vinculada a la historia nacional.

Pedro de Valdivia, muy poco después de fundar Santiago del Nuevo Extremo, al trazar el plano de la futura capital, creó el Hospital de Nuestra Señora del Socorro, después llamado de San Juan de Dios. La primera referencia escrita del hospital como ya establecido es de 1556. Es el punto de partida de la medicina chilena. En los primeros años de la República, Blanco Encalada creó la Beneficencia Pública. En

1918 se dictó el primer Código Sanitario. Siguen varias leyes. En 1924 la del Seguro Obrero Obligatorio, entre cuyas funciones estaba la atención médica a un gran sector de la población. En 1936, la de Medicina Preventiva que obliga a exámenes periódicos de la población estimada como sana. Otra zona de la población queda bajo la acción médica a través de servicios estatales. En 1942, la del Servicio Médico Nacional de Empleados. Paralelamente, fue creada la Dirección de Protección de la Infancia. Finalmente, en 1952, después de una larga gestión, se dictó la ley que crea el Servicio Nacional de Salud, dentro del cual se integraron las cuatro grandes organizaciones: Beneficencia, Sanidad, Servicio Médico del Seguro Obrero y la Protección de la Infancia. Se ha llegado de esta manera a la gran unificación de la acción médica realizada por el Estado. Ella cubre, en el sentido de salud pública a todos los habitantes y en el aspecto de atención de enfermos más del 60% de los habitantes. La medicina es, pues, una función del Estado.

El médico recién graduado necesariamente irá a incorporarse al Servicio Nacional de Salud. Más aún, podrá a través de la acción conjunta de la Universidad y dicho servicio, en la Escuela de Graduados alcanzar las especializaciones dentro de la medicina.

Para responder a las exigencias médicas en la hora actual, se ha organizado toda una gran empresa estatal. Dentro de ella, el médico es el elemento fundamental. En el conjunto de esta organización, el médico representa un diez por ciento de todo el personal; pero, tiene sobre sí la totalidad de las responsabilidades. Toda la función del servicio, o sea la acción reclamada de la medicina, estará en relación con la calidad científica, técnica y moral del médico. Cualquiera que sea el patrón—estado, municipalidad, empresa privada— las obligaciones que recaen sobre el médico son las mismas. Y ello se debe, no a la condición o relaciones del patrón con el médico, sino a las de éste, el médico, con su enfermo. Deberá, pues, estar el médico en actitud permanente de servicio; deberá ofrecer, para beneficio de su enfermo, todo cuanto en él valga como médico y como hombre. La extraordinaria sentencia de Andrés Bello, pronunciada el 17 de septiembre de 1843 al inaugurar la Universidad de Chile, representa para cada médico en esta tierra su programa de vida. Nada hay que agregarle. Después de más de un siglo, su vigencia es actual y así seguirá en el tiempo que viene. La esfera de su acción estará inspirada por el contenido moral del juramento hipocrático, cuando dice *Mantendré mi arte alejado de toda culpa*.

5

Orientaciones actuales de la medicina; sus aspectos generales después de la sexta década del siglo XX

La búsqueda de la verdad es difícil y a la vez fácil. Señal de ello es que nadie puede alcanzarla enteramente, pero, tampoco escapa a todos. Cada cual tiene algo que decir acerca de la Naturaleza, e individualmente contribuye poco o nada al conocimiento; más, reuniendo el aporte de todos, surge algo grande.

ARISTÓTELES

EN LA BUENA formación general del médico, es indispensable tener una idea lo más completa posible acerca de las orientaciones de la medicina de hoy. Para apreciar en todo su significado el momento actual, es necesario considerar el progreso médico en sus grandes etapas.

Haremos referencia sólo a ciertos hechos fundamentales, los rectores del pensamiento médico contemporáneo.

Hipócrates y su escuela dieron el fundamento. Su desenvolvimiento a través de los siglos está determinado por muy diversos factores. El primero está representado por hombres superiores que se interesaron por el problema médico. Fueron muchos. En seguida, el único medio de estudio, es decir, la observación clínica, se realiza de una manera minuciosa. La comprobación de lesiones era reducidísima. Las autopsias no existían y la observación anatómica era fortuita, realizada por motivos de accidentes y heridas, en especial durante los combates. La mayor de las nociones de orden anatómico fueron obtenidas de animales, lo cual explica algunos grandes errores, como la concepción de la circulación sanguínea de Galeno. El tercer factor de gran importancia lo constituyó la lentitud con que se extendían los conocimientos de orden médico.

La medicina hipocrática, después de cerca de cinco siglos, adquiere con Galeno un nuevo impulso. Además de la clínica, Galeno realiza experiencias en animales. Bajo el nombre del gran médico de Pérgamo, la medicina sigue más o menos igual hasta el Renacimiento.

Todo este largo período, de Hipócrates al Renacimiento, cubre alrededor de veinte centurias. El progreso es lento, lentísimo. El conoci-

1918 se dictó el primer Código Sanitario. Siguen varias leyes. En 1924, la del Seguro Obrero Obligatorio, entre cuyas funciones estaba la atención médica a un gran sector de la población. En 1936, la de Medicina Preventiva que obliga a exámenes periódicos de la población estimada como sana. Otra zona de la población queda bajo la acción médica, a través de servicios estatales. En 1942, la del Servicio Médico Nacional de Empleados. Paralelamente, fue creada la Dirección de Protección de la Infancia. Finalmente, en 1952, después de una larga gestión, se dictó la ley que crea el Servicio Nacional de Salud, dentro del cual se integraron las cuatro grandes organizaciones: Beneficencia, Sanidad, Servicio Médico del Seguro Obrero y la Protección de la Infancia. Se ha llegado de esta manera a la gran unificación de la acción médica realizada por el Estado. Ella cubre, en el sentido de salud pública a todos los habitantes y en el aspecto de atención de enfermos más del 60% de los habitantes. La medicina es, pues, una función del Estado.

El médico recién graduado necesariamente irá a incorporarse al Servicio Nacional de Salud. Más aún, podrá a través de la acción conjunta de la Universidad y dicho servicio, en la Escuela de Graduados, alcanzar las especializaciones dentro de la medicina.

Para responder a las exigencias médicas en la hora actual, se ha organizado toda una gran empresa estatal. Dentro de ella, el médico es el elemento fundamental. En el conjunto de esta organización, el médico representa un diez por ciento de todo el personal; pero, tiene sobre sí la totalidad de las responsabilidades. Toda la función del servicio, o sea la acción reclamada de la medicina, estará en relación con la calidad científica, técnica y moral del médico. Cualquiera que sea el patrón—estado, municipalidad, empresa privada— las obligaciones que recaen sobre el médico son las mismas. Y ello se debe, no a la condición o relaciones del patrón con el médico, sino a las de éste, el médico, con su enfermo. Deberá, pues, estar el médico en actitud permanente de servicio; deberá ofrecer, para beneficio de su enfermo, todo cuanto en él valga como médico y como hombre. La extraordinaria sentencia de Andrés Bello, pronunciada el 17 de septiembre de 1843 al inaugurar la Universidad de Chile, representa para cada médico en esta tierra su programa de vida. Nada hay que agregarle. Después de más de un siglo, su vigencia es actual y así seguirá en el tiempo que viene. La esfera de su acción estará inspirada por el contenido moral del juramento hipocrático, cuando dice *Mantendré mi arte alejado de toda culpa*.

5

Orientaciones actuales de la medicina; sus aspectos generales después de la sexta década del siglo XX

La búsqueda de la verdad es difícil y a la vez fácil. Señal de ello es que nadie puede alcanzarla enteramente, pero, tampoco escapa a todos. Cada cual tiene algo que decir acerca de la Naturaleza, e individualmente contribuye poco o nada al conocimiento; más, reuniendo el aporte de todos, surge algo grande.

ARISTÓTELES

EN LA BUENA formación general del médico, es indispensable tener una idea lo más completa posible acerca de las orientaciones de la medicina de hoy. Para apreciar en todo su significado el momento actual, es necesario considerar el progreso médico en sus grandes etapas.

Haremos referencia sólo a ciertos hechos fundamentales, los rectores del pensamiento médico contemporáneo.

Hipócrates y su escuela dieron el fundamento. Su desenvolvimiento a través de los siglos está determinado por muy diversos factores. El primero está representado por hombres superiores que se interesaron por el problema médico. Fueron muchos. En seguida, el único medio de estudio, es decir, la observación clínica, se realiza de una manera minuciosa. La comprobación de lesiones era reducidísima. Las autopsias no existían y la observación anatómica era fortuita, realizada por motivos de accidentes y heridas, en especial durante los combates. La mayor de las nociones de orden anatómico fueron obtenidas de animales, lo cual explica algunos grandes errores, como la concepción de la circulación sanguínea de Galeno. El tercer factor de gran importancia lo constituyó la lentitud con que se extendían los conocimientos de orden médico.

La medicina hipocrática, después de cerca de cinco siglos, adquiere con Galeno un nuevo impulso. Además de la clínica, Galeno realiza experiencias en animales. Bajo el nombre del gran médico de Pérgamo, la medicina sigue más o menos igual hasta el Renacimiento.

Todo este largo período, de Hipócrates al Renacimiento, cubre alrededor de veinte centurias. El progreso es lento, lentísimo. El conoci-

miento médico viene a ser la repetición de lo que se sabe. Durante este tiempo, el proceso patológico se refirió a las grandes manifestaciones de la clínica: pirexias, dolores, cólicos, manifestaciones cutáneas, con o sin relación con las fiebres, obesidad, enflaquecimiento, edemas, tumores en el sentido de masas externas anormales; la sangre que sale por vías naturales: hemoptisis, hematemesis, melena, metrorragias, hematuria; también, la sangre derramada en las cavidades. Además, los trastornos funcionales del apetito, el sueño, la respiración y la sed. Mereció especial atención la mente y el sistema nervioso: memoria, delirio, alucinaciones, angustia, temor, la parálisis, contracturas y convulsiones. En las descripciones aparece con frecuencia la indicación de un órgano: pulmón, pleura, estómago, cerebro, riñón, útero, etc. En la enfermedad se miró al enfermo como una unidad biológica y sus relaciones con el medio ambiente. Se detalló la manera de aparecer, su curso, sus accidentes y la terminación.

Queda, como fundamento, el método clásico de la observación clínica, es decir, el análisis, con espíritu crítico, libre y sin prejuicio, de los fenómenos observados en el enfermo. La posición intelectual del médico es la de un testigo de procesos variados que ocurren en un ser humano. Ya no intervienen ni dioses, ni espíritus, ni venganzas venidas del Olimpo. Se ha dicho que Hipócrates arrancó la medicina de las manos de los dioses para entregarla a la responsabilidad de los hombres.

El Renacimiento se reflejó en un cambio de la calidad del conocimiento médico. Comenzó con el estudio de la parte anatómica, la cual fue detallada en forma muy completa. Las autopsias autorizadas por los famosos Papas de la época, permitieron llegar a ese conocimiento, todo lo cual culmina en la obra de Andrea Vesalio. Entrega una acabada descripción del organismo humano, el cual, tomado en conjunto, denomina la *fábrica*. Tal vez el primer conjunto de descripciones anatómicas se debe a Leonardo de Vinci, cuyos maravillosos dibujos anatómicos fueron realizados con el propósito de componer un gran tratado. Son en total, 215 láminas, alguna de las cuales —miocardio, válvulas cardíacas, aparato coronario, etc.— constituyen hoy una expresión anatómica y artística no superada. El criterio renacentista se va a dejar sentir después en la propia medicina. W. Harvey incorpora este criterio —método, análisis, juicio crítico e interpretación razonada— al estudio de la fisiología y descubre la circulación sanguínea. Poco a poco, este espíritu de análisis tendrá su efecto en la patología. Le corresponde a Th. Sydenham realizar esta tarea. La obra fundamental del gran médico inglés es haber establecido el concepto de enfermedad como una entidad autónoma e independiente. Describe procesos clí-

nicos como los vemos hoy. Sydenham en varias obras se refiere a la gota, la litiasis urinaria, la corea, la cual separa de la histeria. Distingue la escarlatina del sarampión, precisa los límites de la neumonía y numerosos otros acertos. Se establece un nuevo orden de gran base clínica. El propósito de Galeno, es llevado a cabo en forma sólida; pero han pasado quince siglos. De los grandes grupos patológicos se va a las enfermedades definidas. La medicina entra en su verdadero camino.

Consecuencia inmediata de ello fue dirigir la mirada a aquella parte del organismo que aparecía responsable del mal. El mejor conocimiento anatómico permitió ubicar la enfermedad en un órgano. Aparece así lo que podríamos llamar la primera concepción de la enfermedad, como la lesión visible de un órgano. La idea de lesión, es decir, una modificación de la estructura del órgano, domina la época. Durante este mismo período, deben mencionarse dos obras de suma importancia que atestiguan el cambio que la medicina va experimentando. Una de ellas es el *Sepulchretum* publicado en 1676, en Ginebra, por Th. Bonetus, con más de tres mil observaciones clínicas con sus hallazgos anatómicos. No tiene el libro una unidad de concepto, por cuanto ha sido confeccionado con historias de muy diversos autores. Sin embargo, es un documento de un valor sorprendente que determinó una influencia cierta en su época. La otra obra, de mucho más valor, se debe a J. B. Morgagni es *De Sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*. En este caso aquí la obra es de carácter personal, es decir, la propia experiencia del autor. Es un libro escrito por mano maestra, en la cual todavía se descubren, al hacer su examen crítico, hechos y hallazgos de gran interés. Como en el trabajo de Bonetus, aparece aquí la interpretación de los fenómenos patológicos según las disecciones. El eminente maestro renacentista describe con sagacidad las lesiones de los diversos órganos. Pero todavía no aparece una correlación clínico-patológica rigurosa, lo cual se debe más que nada, a que aún no se cuenta con los fenómenos de exploración clínica adecuados. Muchos años más tardarán estos métodos en llegar para el uso diario de la clínica.

Mencionaremos, en forma adicional, una obra más reducida, pero de gran interés. Es el estudio, publicado en Roma en 1709 por G. de Lancisi relativo a la muerte súbita, en la que hace la descripción del aneurisma de la aorta y del agrandamiento cardíaco en relación con el dramático accidente fatal.

A esta altura, el Renacimiento otorga a la medicina su sello actual. La influencia del movimiento intelectual se realiza de la misma manera que la Grecia de Pericles lo hizo más de veinte siglos antes. Como una consecuencia de esta nueva estructura intelectual de la medicina, los

clínicos de las décadas siguientes irán describiendo poco a poco las grandes y frecuentes enfermedades, las cuales forman hoy el tema de nuestros estudios. Es esta la notable obra realizada en Francia, Inglaterra y Alemania en los últimos siglos.

En los últimos años del siglo XVIII y los dos primeros del siglo XIX surgirá un concepto nuevo: en la intimidad del órgano, hay un conjunto de células, es decir, un tejido. M. F. X. Bichat crea el concepto de la anatomía general y con ello el dominio de las ideas generales en medicina. El saber médico avanza en profundidad. La idea biológica del tejido y su relación con la enfermedad, dará una nueva fisonomía al proceso patológico. Introdujo en el lenguaje médico el término tejido y dio los fundamentos a la biología que, años después, desbordando el campo del ser humano, se extiende a todos los seres vivos. Del órgano como centro de la enfermedad, se pasa al concepto del tejido alterado patológicamente. Se inicia el período de las ideas generales, que irán a tener gran repercusión.

En las primeras décadas del siglo XIX aparece en Francia una nueva manera de mirar la medicina. El genio R. T. H. Laennec creará el método llamado anatomoclínico. Es decir, una historia clínica detallada es relacionada con las lesiones de la autopsia. Se ha perfeccionado mucho el examen del enfermo con la percusión de Auenbrügger y la auscultación de Laennec. Merece referencia especial la obra de este genio médico. Entrega a la medicina dos elementos monumentales; uno es el método anatomoclínico, que le va a dar una nueva dimensión y el otro, la auscultación, llamada mediata, es decir, escuchar las modificaciones de los ruidos normales que ocurren en el organismo, más especialmente en el corazón y los pulmones, así como la apreciación de los ruidos nuevos de origen patológico. Un instrumento permite apreciar estos elementos audibles. Es el estetoscopio y, hoy como ayer, algo inseparable del médico.

La concepción anatomoclínica de la enfermedad instaurada por Laennec es la culminación de toda una trayectoria del pensamiento médico. Ahora la clínica, ya clásica, tendrá un fundamento tan sólido que constituye una de las bases incommovibles de la medicina. Día a día, dentro de este sistema, se comprueba su valor.

Siguiendo un mismo criterio en los años inmediatos, R. Bright, en Londres, analiza la hidropesía y las modificaciones de la orina con alteraciones del riñón. Construye todo un sistema patogénico.

Entre la fecha de publicación de las obras más importantes de Sydenham (1676) y los trabajos fundamentales de Laennec y Bright, en

torno de 1819 a 1826, hay más de ciento cincuenta años. Una vez más vemos el lento caminar del progreso médico.

Algunos años después —ya la marcha es mucho más rápida— un nuevo aspecto se agregará, siempre dentro de lo orgánico, R. Virchow, en Berlín, a través de estudios anatómicos con ayuda del microscopio, ubica a la enfermedad, no ya en el órgano ni el tejido, sino en la célula. Surge así la patología celular (1856). En cada sector de la patología, el estudio celular llega a un grado de progreso notable.

Domina la época el criterio anatomoclínico.

Años después, se agregará al saber médico otro concepto trascendental, el cual señalará el comienzo de un aspecto moderno del contenido científico de la medicina. Cl. Bernard, en el Colegio de Francia, en el curso de varios decenios, desarrolla un gran conjunto de trabajos experimentales de orden fisiológico y patológico. Su contribución más notable fue aquella que lo llevó a establecer, con las cualidades de una verdad fundamental, que *la fijeza del medio interno es una condición esencial de la vida*. La medicina había mirado grandes síndromes, órganos enfermos, tejidos alterados y células modificadas. Ahora va a considerar, además, el conjunto de los medios líquidos que bañan el organismo: sangre, linfa, líquido cefalorraquídeo, humores diversos y además, el líquido intersticial. Este medio líquido, el ambiente en el cual vive la célula, es el transporte, en ida y venida, de elementos que caracterizan el metabolismo. Ahora bien, este "medio interno", sujeto a tantos cambios y requerimientos, debe tener la suficiente agilidad para captar, llevar, traer y dejar fuera al conjunto de estos elementos nutritivos a fin de mantener su normalidad y constancia. Con el criterio de hoy, el significado de la concepción de Cl. Bernard, produce una impresión realmente abismante.

En nuestros días, A. Carrel ha condensado, en admirable síntesis, el significado de esta concepción cuando dice: "el medio interior forma parte de los tejidos. Es inseparable. Sin él, los elementos anatómicos cesarían de existir. Todas las manifestaciones de la vida de los órganos y de los centros nerviosos, nuestros pensamientos, nuestros afectos, la crueldad, la fealdad y la belleza del universo, su existencia misma, dependen del estado físico-químico de este medio". Después, agrega que: "se puede comparar cada órgano a una fuente completamente llena de plantas acuáticas, alimentada por pequeño surtidor".

Con Cl. Bernard se inicia la *concepción funcional*, surgida de la medicina experimental.

En la segunda mitad del siglo XIX se va a producir otra de las grandes transformaciones de la medicina. Un gran número de enfermedades encontrará su causa en un pequeñísimo ser vivo, es decir, en un germen

patógeno. Pero como todo gran descubrimiento, tiene numerosos antecedentes y precursores. En torno a 1670-80, un holandés inventó un pequeño instrumento y al examinar diversos líquidos encontró lo que hoy día se llama gérmenes. Fue A. van Leeuwenhoek. Sus estudios fueron comunicados en varias cartas a la Royal Society de Londres. En 1863, un médico francés, C. J. Davaine descubre en animales muertos de carbunco, ántrax o pústula maligna, un germen que denominó bacteridia. Es tal vez el primer germen patógeno descubierto. Pero la creación de una verdadera rama de la medicina y de la biología se debe primeramente a L. Pasteur y después a R. Koch. Ellos son dos colosos que dejaron una obra inmensa, cuya característica principal es el riguroso método científico que emplearon, de lo que deriva su valor permanente. De estos trabajos, y de los continuadores de ambos en Francia y Alemania, se formó la actual bacteriología. Los gérmenes más importantes de la patología, aquellos de que el médico debe ocuparse varias veces al día, fueron descubiertos en esa época.

Las diversas técnicas de cultivo y sus medios, las características tintoriales —el método de Gram fue publicado en 1884— los complejos problemas de la virulencia y sus variaciones, los métodos de diagnóstico, las condiciones patógenas y saprófitas y, finalmente, las vacunas, junto con los problemas de orden inmunitario, quedaron formulados y en gran parte resueltas sus condiciones generales. El aporte de orden científico que recibió la medicina fue considerable.

Estamos en la segunda mitad del siglo XIX. Han desfilado las cumbres de la medicina occidental. Una observación común a todos ellos: en cada caso hay precursores, ambiente y, paralelamente, las otras expresiones del pensamiento humano tienen también gran altura en filosofía, matemática, literatura, drama, poesía. Ninguno de estos grandes personajes es aislado, forma parte de un medio.

La velocidad del progreso es ahora más rápida. En pocas décadas, los conceptos funcionales se extenderán considerablemente. Hay siempre en medicina una tendencia innata a las generalizaciones, la que en este aspecto fue feliz y fecunda. Para muchos, se produjo un verdadero divorcio entre lo orgánico y lo funcional. Así J. Mackenzie, en el dominio de las afecciones cardíacas, dejó muy de lado lo orgánico para dedicar su atención, estudio y reflexiones, a lo puramente funcional. Dio a la cardiología un impulso notable. Muy luego, las insuficiencias e insuficiencias de órganos, cantidad y calidad de las secreciones, especialmente, parénquimas y glándulas, fueron analizados y experimentados en forma enorme. La musculatura lisa, los espasmos diversos y los trastornos de orden reflejo adquirieron gran desarrollo en la interpretación patogénica de muchos procesos. Quedan sólidas

adquisiciones de estos estudios y forman parte de los actuales conocimientos básicos, los conceptos de la insuficiencia cardiocirculatoria, hepática, renal y de las glándulas endocrinas. En Alemania, estos estudios, con una amplia documentación clínica y experimental, fueron realizados principalmente por Krehl, en Heidelberg y por G. v. Bergman en Berlín.

El aserto de Cl. Bernard tendrá, décadas después, una nueva y más amplia significación. Desde la fisiología experimental, J. B. Cannon de Boston, establecerá lo que llamó la *homeostasis*. He aquí este concepto fundamental: el conjunto de fenómenos fisiológicos que implican la coordinación de las acciones de los sistemas nerviosos, endocrinos, circulatorios, renal y hematopoyético que aseguran el mantenimiento del equilibrio dinámico de las funciones fundamentales.

Se debe considerar, ahora, lo que para el progreso de la medicina ha significado el estudio de la química aplicado a los fenómenos humanos. Muy lejos de Paracelso, la química en el campo médico se inicia con los trascendentales descubrimientos de A. L. Lavoisier relativos a la respiración. Algunos años después, F. Wochler logra producir urea artificialmente (1828), con lo cual se abre el camino a la síntesis que, cien años después, constituirá una de las actividades médico-terapéuticas del más alto interés. Mas el comienzo de la bioquímica, como una disciplina organizada y de fecundo porvenir, está en los trabajos de E. F. Hoppe-Seyler relativos a la sangre, principalmente a los fenómenos de la oxigenación de la hemoglobina, lo que lo llevó a descubrir la oxihemoglobina. Comienza una etapa de un interés muy elevado. Lo normal y lo patológico se mira y mide con un criterio de orden bioquímico. La concepción funcional de C. Bernard encuentra en la bioquímica una asociación de una enorme trascendencia.

Las técnicas se han multiplicado; hasta alrededor de 1910-1920, eran reducidas. Después de esta época, se comenzó a utilizar en la práctica diaria el fotómetro de llama y la punción venosa para estudiar las modificaciones bioquímicas a nivel de la sangre. Surgieron técnicas muy exactas y, por este camino, la bioquímica ha llegado a ser uno de los más sólidos soportes de la medicina actual. La insulina (1922) hizo necesario conocer en forma reiterada la glucosa sanguínea, a partir de lo cual se extendió mucho el estudio del medio sanguíneo. El medio interno de Cl. Bernard se expresa ahora en guarismos de una nueva factura: el mEq.

La bioquímica ha logrado realizar determinaciones en grado asombroso y adentrarse en la composición y estructura molecular de la célula. Llevados estos estudios a la citología, ha surgido una nueva modalidad: la citoquímica. Ya no es sólo la función en sí misma, o su

estructura lo necesario para comprender la enfermedad, es también, el estado de sus componentes.

La microscopía ha tenido en las últimas décadas un progreso muy grande, cuya repercusión en el avance de los conocimientos ha sido de una importancia trascendental. El sistema óptico básico del microscopio, data del siglo XVII. Su aplicación al estudio anatómico se debe a F. Stellati, de Roma (1625). Poco antes, también en Roma, J. Faber, de Bamberg, le dio el nombre de microscopio. El estudio inicial de las células es de R. Hooke (1665) en Londres. Pero los estudios más importantes son sólo del siglo XIX y realizados en diversos países. Se alcanzó aumentos hasta de 1500 a 1800 diámetros. La primera innovación fue la iluminación con luz oblicua sobre un fondo oscuro que hizo ver elementos que la iluminación corriente no lo permitía. Así se vio con facilidad el germen de la sífilis (Schaudin, 1905). Se le llamó el *ultramicroscopio*. En estas últimas décadas hay dos innovaciones. El *microscopio de fase* (Zernike, 1934) y el de *interferencia*. Se cambian las fases de las ondas luminosas, lo que ha permitido un gran avance en los conocimientos de la estructura y función de células y tejidos, ya sea vivos o fijados en medios especiales.

Pero el mayor progreso producido lo constituye el *microscopio electrónico*. Un sistema óptico especial y la iluminación por medio de rayos catódicos, ha permitido obtener aumentos de varios miles de diámetros y, por medio de ampliaciones fotográficas, en casos especiales se han obtenido aumentos de millón de diámetros. La concepción y realización del microscopio electrónico se debe a varios grupos de técnicos, especialmente de ingenieros electrónicos. Las grandes industrias, RCA, Siemens, Phillips, etc., han logrado modelos de notable precisión. El estudio histológico y el de los virus ha sido lo más fecundo. La estructura celular, la microbiana y los virus, tiene ahora una imagen diferente, ayer no sospechada. Ha nacido una fascinante histología. Cada célula tiene ahora un rostro nuevo en extremo complejo.

Los estudios bioquímicos, junto a la moderna microscopía, han dado un sentido nuevo al estudio de la infraestructura celular y, más especialmente, de los ácidos nucleicos, es decir, el desoxirribonucleico (ADN). Estos mismos elementos forman una parte esencial de la estructura de los virus. Importantes y básicos procesos biológicos están en relación con estos elementos. Bessis ha podido decir que "a nivel de este grupo molecular se encuentran la morfología, la bioquímica y la fisiología". Debemos agregar, además, los fenómenos de la herencia y de la inmunidad, con lo cual miramos hacia un amplio y sugestivo panorama bioquímico. Fr. L. Horsfall ha sintetizado estas ideas, en un bello concepto: "Hay cuatro palabras mágicas en la moderna

biología. Estas son: genética, inmunología, ácido nucleico y virus. Dos de ellas designan sistemas de conocimientos organizados, los cuales son parte de las ciencias biológicas. Una identifica substancias moleculares de gran tamaño y de constitución química conocida y la otra domina los pequeños y más notables agentes infecciosos. En su comienzo, aparecen todos estos términos que están estrechamente interrelacionados: tres de ellos se identifican como fenómenos biológicos, cada uno de los cuales tiene su origen en la capacidad de creación que posee el cuarto, es decir, los ácidos nucleicos".

Por otro camino completamente diverso, los problemas de orden médico derivados de la física nuclear han dado a la medicina un aporte, de la más amplia proyección, los radioisótopos. Métodos de diagnóstico y de tratamiento, han precisado conceptos y ensanchado horizontes. Estamos, sin duda, en la iniciación de una de las etapas más promisorias del saber médico.

Ahora bien, la citoquímica, más la nueva forma de la arquitectura biológica del contenido celular, han permitido apreciar, tanto en lo normal como en lo patológico, algo nuevo. La función y la estructura ya no pueden separarse, forman en todo. Pues bien, la enfermedad debe mirarse, considerarse y comprenderse ahora de una manera diferente. De los grandes elementos que caracteriza a la enfermedad en el concepto de Hipócrates y Galeno, se va, a través de siglos, a la concepción de las enfermedades en el sentido de entidades; después, es el órgano quien atrae la mirada del médico, pasa en seguida al tejido y a la célula, finalmente a la consideración de la función y se llega hoy a mirar el proceso patológico de la infraestructura celular o bioquímica molecular. Es la característica de la medicina de hoy. Es el período que se comienza a vivir y, sin duda, el que permitirá resolver gran número de las grandes incógnitas de la medicina actual. Resulta verosímil que en muchas enfermedades, cuyas causas aún no se conocen, el cáncer entre ellas, este microscopio tan poderoso, conjuntamente con la citoquímica, logre decir en qué consisten.

La medicina de hoy es pues una alta disciplina de orden científico. Lo que fue arte, como único elemento, se encuentra ahora sobre una base científica de la más alta calidad y solidez.

Pero hay algo más, y de extrema importancia.

Hemos visto en un rápido bosquejo cómo las ideas médicas se han ido configurando a través de siglos como una de las expresiones del pensamiento occidental.

Durante el siglo XIX pareció, por lo menos mirado desde nuestros días, que la medicina había alcanzado una gran estatura. En realidad fue así, pero su aspecto estaba lejos de ser definitivo. Según los países,

la medicina apareció influenciada por aspectos especiales. Así, en Francia adquiere gran importancia la clínica en sí misma. La descripción de cada enfermedad tiene una realidad y precisión no igualadas; hay una claridad en las ideas y conceptos que persisten aún hoy igual. En Alemania domina el criterio básico de la anatomía patológica. En Inglaterra se inicia un tipo de medicina ecléctica, tiene mucho de clínica, de anatomía patológica, de bioquímica y fisiopatología. Un sentido igual aparecerá en los Estados Unidos. En los últimos cincuenta años, a raíz de la reforma de la educación médica inspirada por A. Flexner, surge una medicina con gran base científica, con abundante experiencia clínica y con gran extensión en los trabajos experimentales. Además, como nunca en la historia de la medicina, son muy numerosos los grupos de centros médico-universitarios que trabajan en forma exclusiva para el adelanto de todos los aspectos que conciernen a la medicina. Con rigor crítico inflexible, buscan comprobaciones de signos, síntomas, hechos biológicos y mecanismos patógenos y, de esta manera, la contribución norteamericana es tan abundante como sólida.

Así ha avanzado el caudaloso progreso. A partir de la segunda década del siglo xx, de muchas partes, de hombres de los hospitales, de los laboratorios, de instituciones diversas, se ha reiterado de nuevo una pregunta muy antigua: en qué consiste la enfermedad, qué clase de procesos, mecanismos, acciones o reacciones son los que determinan el mal, como éste constituye. Si la pregunta es antigua, tiene que haber una respuesta actual, es decir, de esta época. Mirando el desarrollo histórico, a la luz de nuestros actuales conocimientos, vemos con claridad que la medicina lo que ha hecho, con un enorme y continuado esfuerzo, ha sido llegar a precisar la forma de las enfermedades, sus límites, sus variaciones, sus lesiones y algunos trastornos funcionales. Es decir, han determinado, de manera muy sólida, cómo es la enfermedad.

Hasta aquí lo que ha ocurrido. Veamos lo que podrá venir.

En décadas recientes, el progreso del saber médico hace considerar nuevos aspectos. Ensayemos una síntesis de lo que estimamos como las más importantes orientaciones de la medicina, en este momento, es decir, la séptima década del siglo xx. Será más que nada una visión de los aspectos generales, sin entrar en detalles ni discusiones. La labor de los años próximos creemos que seguirá tres caminos. El primero, es el que pretende explicar los fenómenos básicos que generan el proceso patológico, es decir, qué es la enfermedad. El segundo, es el papel asignado a la moderna epidemiología en la configuración general de las enfermedades. Finalmente, el tercero se refiere a determinar la parte

que le corresponde a la medicina, como un elemento científico de alto valor, en la orientación y fundamento que deben tener las medidas de acción en los problemas sociales de las diversas comunidades.

Veamos el primer aspecto. Para procurarnos una idea clara acerca de los fenómenos básicos que pueden explicar la razón íntima del proceso patológico, será necesario considerar en conjunto las líneas que siguen la investigación clínica y la experimentación. Tres líneas es lo que observamos como lo más importante. La primera, la bioquímica, la segunda, la humoral relativa a los fenómenos de inmunidad, y la tercera, los fenómenos dinámicos a nivel de los capilares. Estos tres elementos serán íntimamente unidos, pero si hacemos una separación entre ellos es sólo de carácter convencional para ayudar a comprender mejor este complejo problema.

La bioquímica, en su amplio margen de estudios, la miramos en lo que se refiere a las perturbaciones intracelulares de tipo enzimático y en la microquímica del núcleo, o sea, la íntima biológica celular.

Los fenómenos humorales del orden de la inmunidad y, más especialmente de la autoinmunidad, van adquiriendo una importancia avasalladora. La patología del colágeno, ciertas anemias y otros procesos tiene ya su explicación en estos fenómenos. Elementos especiales, como los glóbulos blancos y otras formas celulares, las estructuras en que entran los mucopolisacáridos, la calidad de las proteínas sanguíneas y otros factores, forman un conjunto que desarrollan los procesos de autoinmunidad. Ahora bien, este fenómeno humoral es capaz de determinar lesiones, muchas de las cuales sólo son apreciadas por el microscopio electrónico.

Los fenómenos dinámicos a nivel capilar adquieren cada día un mayor interés y permiten conocer muchos mecanismos que ayer no se sospecharon. Los capilares sanguíneos, descubiertos por Malpighi (1661), han tenido en los últimos años una creciente importancia. La obra fundamental de A. Krogh (1929), seguida de numerosas nuevas observaciones, han permitido conocer las variadas funciones y cambios estructurales de este tramo principalísimo del aparato circulatorio, el más extenso de todos. Krogh estima en seis mil metros cuadrados su superficie. Los estudios por medio de inyecciones de sustancias plásticas y la microfotografías coloreadas han revelado la extraordinaria amplitud del lecho de los capilares. El aporte sanguíneo en elementos normales como patológicos se conoce muy bien, así como los cambios en la propia estructura del capilar y las transformaciones de sus células según la fase en que se encuentran en cuanto a mayor o menor caudal y hasta su plegamiento. El riego sanguíneo suspendido produce la isquemia, muchos de los cuales han sido bien conocidos en los gran-

des órganos —cerebro, pulmón, corazón, etc.—, y ahora se va a entrar a conocer la microisquemia derivada de obstrucciones capilares. Además, la lesión capilar perturba el equilibrio líquido del medio interno, completando así un complejo cuadro. Junto a estas perturbaciones endoteliales y hemodinámicas se agregan fenómenos de microtrombosis con su evolución hacia las formaciones reticulares, las cuales el microscopio electrónico ha puesto en evidencia en diversas parénquimas y tejidos. Estos fenómenos van aparejados con trastornos de autoinmunidad en muchos casos.

Mirando de esta manera, podemos comprender, con bastante claridad, el aserto moderno relativo a que la modificación funcional a nivel de la célula, está íntimamente ligada a una alteración estructural.

Al hacer, de una manera somera, la referencia a estos tres fenómenos que actúan en conjunto y sincrónicamente y viendo que estos hechos se repiten en diversos sitios ya sean tejidos, órganos o parénquima, pensamos que la medicina, con su actual orientación, entra en una nueva etapa; tenemos la sensación que está en el umbral de una reciente concepción de la patología general y que, en sus formas localizadas, está dando al saber médico una nueva base. Siglo y medio después de Bichat, resplandecen sus grandes concepciones acerca del valor de las ideas generales.

Todo esto constituye, en síntesis, una nueva orientación de la medicina. Mas, como complementos de estos asertos, miremos los otros aspectos o caminos del progreso médico. Están en otros planos, en campos alejados pero, en su sentido general, hacen apreciar las grandes y actuales funciones de la medicina.

El segundo camino es el relativo a las adquisiciones de la actual epidemiología. En efecto, en la configuración de la medicina de hoy, considerada en general, interviene además otro factor totalmente nuevo y de un enorme interés: la epidemiología que en su nueva extensión aporta un grupo de ideas acerca de las causas de las enfermedades. Esto representa un notable ejemplo de adaptación a las necesidades presentes de antiguas disciplinas. La epidemiología, en cuanto a una actividad bien organizada, surge, por lo menos con las actuales bases científicas, de la obra de John Snow, en 1849, acerca del estudio epidemiológico de un brote de cólera en Londres. Paralelamente a estos estudios, P. C. A. Louis, en Francia, estableció en 1825 las bases de la estadística médica. Ambas disciplinas van a integrarse de una manera muy sólida y fecunda. La epidemiología quedará cerca de un siglo como un estudio relativo a las enfermedades infecciosas. Los estudios bacteriológicos de Pasteur y de Kock le darán un apoyo notable. Pero a partir de 1925, más o menos, en varias partes, especialmente en Estados Uni-

dos e Inglaterra, se comienza, primero tímidamente, después, en gran extensión, a analizar bajo un criterio epidemiológico numerosos procesos de evolución crónica y de gran frecuencia. Es así como las enfermedades cardiovasculares, las perturbaciones mentales, el reumatismo, el cáncer, el alcoholismo, las enfermedades llamadas profesionales, procesos digestivos y de la nutrición, son actualmente considerados, además de su expresión clínica, bajo un ángulo epidemiológico. Últimamente se ha incluido entre los temas de la epidemiología moderna a los accidentes y de sus estudios ya han surgido muchas ideas útiles. De esta manera se ha podido anotar semejanzas y diferencias de un mismo proceso en diversos climas y razas; la acción del medio ambiente —humedad, sol, suelo, etc.—, las causas que entran en juego, el curso que siguen, etc. Si bien todo es de interés, lo que más importancia tiene para el médico internista es lo relativo a las enfermedades cardiovasculares, en las cuales hay tres rubros capitales: enfermedad reumática, hipertensión arterial y la arterioesclerosis. Además, interesa al internista lo relativo al cáncer, bajo todas las modalidades de la neoformación. Los accidentes y las perturbaciones mentales quedan fuera del marco de la medicina interna.

La aplicación del criterio epidemiológico a estos grupos de procesos ha permitido establecer que en el desarrollo de estas enfermedades inciden diversos factores, todos los cuales deben tenerse en cuenta tanto para comprender la enfermedad en sí misma, como para deducir las medidas de prevención y de tratamiento. Este concepto de las causas múltiples de las enfermedades es hoy día de una importancia muy grande. El epidemiólogo reúne los datos que el médico clínico le entrega. Del análisis de grandes grupos surgen hechos de interés.

El pensamiento médico, en su devenir histórico, ha tenido grandes variaciones. Fue clínico durante siglos; apareció como orgánico después, para adquirir un aspecto predominantemente funcional. Cada tendencia dejó un saldo permanente. Hoy es el gran conjunto el que adquiere valor, pero de él se mira principalmente la infraestructura molecular. En ella se espera encontrar el por qué de cada fenómeno normal o patológico.

El tercer aspecto del progreso médico en la época en que vivimos se refiere a considerar la parte que le corresponde a la medicina en la orientación que debe tener, en sus aspectos científicos, las medidas de acción en los problemas sociales actuales.

Del conjunto de los amplios, variados y heterogéneos aspectos de los actuales problemas llamados sociales, los que aparecen más importantes son, sin duda, los que se refieren a la salud y, por consiguiente,

a la enfermedad. Cualquiera consideración general relativa a la salud o a la enfermedad, debe, con absoluta necesidad, considerarse en globo. La base de la orientación de los estudios relativos a las medidas que deben adoptar es, esencialmente, médica. La medicina tiene experiencias y criterio más que suficiente para informar debidamente acerca de la solución de estos problemas. Es esta una de las orientaciones más categóricas de la medicina de este tiempo.

Hay argumentos fundados para sostener que el hombre, desde la aparición de la mente humana con sus características universales y fundamentales, representa una unidad biológica permanente y universal. Más adelante (Capítulo 7º) se detallará lo que es esta unidad biológica. La comunidad reclama la preservación de la salud y el alejamiento de las enfermedades. La salud significa capacidad para el trabajo, alegría, felicidad y, por sobre todo, la acción de la mente creadora. La medicina debe aportar los elementos científicos para ordenar las medidas que deben preservar la salud. Es una de las orientaciones más notables de la actual medicina. Es, naturalmente, producto de esta época.

El ser humano, como unidad biológica constante, ha permanecido en estas condiciones durante los últimos cien mil años. Es decir, las mismas reacciones, la misma capacidad de adaptación y la misma compatibilidad genética. Mas, este hombre vive en un ambiente, es una dependencia de él, se sabe y se comprueba en forma muy abundante, que dicho ambiente tiene una poderosa influencia sobre la vida del hombre. Reiteradamente, la medicina hipocrática, con extraño y agudo sentido clínico, señaló estas circunstancias hace ya 25 siglos. R. Dubos ha dicho, con gran autoridad, que "el hombre es más resultado del medio ambiente que de su constitución genética". Veamos qué es el ambiente: los ingredientes que lo componen son variados y heterogéneos. Es el clima en el sentido de la temperatura, la humedad, la luz y la radiación solar, la calidad y variedad de los ambientes en hábitos y costumbres y, finalmente, la atmósfera que respira, la que puede estar en mayor o menor grado contaminada. En relación con el medio ambiente, cuando sus condiciones son óptimas se desarrolla un ser humano en óptimas condiciones. Es la salud. Ahora bien, las enfermedades que pueden originarse en relación con el medio ambiente aparecen en tres grupos. El primero, los procesos de mala alimentación en la infancia. Déficit vitamínicos, proteicos y de otros elementos determinan un ser de menor valor biológico, de menor capacidad. Las enfermedades propias de esta edad, es decir, las diarreas infantiles, constituyen problemas sociales de la más alta importancia. El segundo gru-

po está representado por las llamadas enfermedades de la pobreza. Su gama es grande, pero el factor común es la deficiente alimentación. Al concepto de orden calórico en la alimentación se ha agregado, con gran ventaja, el concepto químico, es decir, la calidad del alimento. Esto, en lo especial, es lo relativo a las proteínas, que es en donde hay más variaciones. La pobreza trae consigo la escasez de alimentos y de aquí se generan hábitos alimentarios defectuosos y se inician los círculos viciosos sombríos y trágicos. Todo esto es de conocimiento muy antiguo. Ahora se habla de países subdesarrollados. Pero el tercer grupo de procesos patológicos está representado por un número extenso y, también, heterogéneo de enfermedades; son creadas por la industrialización y por las condiciones de vida de las grandes ciudades. Tensión emocional y atmósfera contaminada son los dos factores más importantes. Las ciudades más extensas, las más populosas, son, al mismo tiempo, las que respiran un aire más contaminado. El progreso también tiene su participación en la carga de dolor humano.

Si se considera, por un lado, la uniformidad del ser biológico, y, por el otro, las enormes variantes del medio ambiente, se puede formar una idea clara de la paradoja que ambos elementos representan, y que son una de las explicaciones de la enorme multiplicidad y variedad de los procesos patológicos en las diversas regiones.

Ahora bien, estos problemas médico-sociales reclaman con urgencia las medidas que puedan solucionarlos. Pero el camino hacia esa solución sólo puede ser dado por la medicina. Tarea difícil y compleja. Estudios clínicos acerca de la modalidad de las enfermedades relacionadas con el medio ambiente, estudios epidemiológicos en relación con su frecuencia; estudios bioestadísticos que informan acerca de la proporción presente y su curso futuro, toda esta reunión de experiencias tiene que ser la base de las medidas que es necesario adoptar.

Las tres líneas que señalan las acciones futuras de la medicina aparentemente se ven muy reparadas. Pero tiene diversos factores comunes. La calidad científica es una, representada por el método; la preocupación de qué es la enfermedad y el reunir todas las experiencias que se dirigen, en último término, al hombre enfermo.

La aventura del conocimiento médico a través de siglos entra en su período más atrayente, del cual se esperan, con gran fundamento, no sólo la curación de los pacientes, sino la conservación de la salud de todo el conglomerado humano. Es, sin duda, un privilegio singular de esta generación ser testigo de estos acontecimientos.

La medicina vive un instante solemne.

6

Las ciencias llamadas básicas en la formación del médico

Aquellos que no saben del tormento de lo desconocido, no pueden tener la alegría del descubrimiento.

CL. BERNARD

LA MEDICINA DE HOY es un saber esencialmente de un conjunto de ciencias.

En la personalidad del médico debe existir un componente científico amplio, hondo y sólido. Dos razones, entre otras, justifican, esta exigencia. Una de ellas es el gran progreso de la medicina, el cual no puede seguirse ni entenderse sin una preparación adecuada. El otro es que, en la medicina, así como en otras disciplinas universitarias, es peligroso permanecer en el camino hacia la rutina sin progresar. El conocimiento de los fenómenos biológicos, normales y patológicos, desde un punto de vista científico, impide la rutina y es fuente de progreso.

En los programas de la enseñanza médica en el presente siglo, las ciencias llamadas básicas han adquirido una importancia de primer plano.

Como piensa D. Atchley, ningún aspecto de la enseñanza considerada en todos sus niveles, ha tenido en el curso de estas cuatro últimas décadas una transformación más radical y significativa como en la medicina. Uno de los factores que representa un mayor cambio es, precisamente, la extensión de un grupo de disciplinas científicas que, por su gran importancia, se las ha estimado como básicas. Ellas son: bioquímica, biofísica, bioestadística, genética, matemática y la biología general orientada hacia la propia medicina. La anatomía, macro, micro y electromicroscopía y la fisiología representan parte integrante de la propia medicina.

Hay otro grupo, las ciencias preclínicas, es decir, en inmediata conexión con la clínica: la patología general, la fisiopatología, la bacteriología, la farmacología y la parasitología. La anatomía patológica forma parte integrante y fundamental de la medicina.

Todo este conjunto de enseñanzas, denso en conocimientos de múltiples aspectos, forma una parte principalísima del curriculum ya clásico.

En este capítulo queremos poner énfasis en la obligación del futuro médico acerca de continuar preocupándose con acentuado interés en la evolución de estas disciplinas, cultivarlas íntimamente junto al estudio diario de la clínica. G. Nylin ha insistido, con sobrada razón, en la continuación de estos estudios eminentemente científicos en el curso de la clínica. Ve claramente este autor que, en la base del diagnóstico moderno, así como en la actual terapéutica, está el aporte científico de estas enseñanzas.

La utilidad del estudio atento de los progresos de las ciencias básicas es el medio más fecundo para relacionar la medicina clínica, con el resto de otras disciplinas. Además, crea en la mente del médico, condiciones seguras para entender el progreso, hoy tan vigoroso y, por este camino, se induce al hábito de pensar con método y en forma correcta. Es de esta manera cómo el espíritu del médico adquiere una mentalidad crítica, condición esencial en su comportamiento intelectual.

Finalmente, es cultivando estos estudios como se afirmará cada vez más en el hecho notable que el progreso médico está impulsado por las ciencias llamadas básicas y preclínicas. En una época de cambios tan hondos y vertiginosos, la mente del médico, su íntimo conocimiento, sus hábitos intelectuales, deben estar debidamente preparados. No hay otro camino; más que eso, un camino absolutamente seguro.

Todas estas disciplinas básicas y preclínicas fundamentales, son las que permiten comprender el mecanismo tan complejo del proceso biológico de la enfermedad.

El fenómeno de orden químico en los conocimientos biológicos y, más especialmente, médicos, es antiguo; pero, como ya se dijo, la bioquímica actual surge de los trabajos de E. F. Hoppe-Seyler. Se trata de una ciencia que tiene poco más de seis décadas. "La bioquímica, ha dicho recientemente S. Ochoa, es una ciencia joven y sus actuales realizaciones han sido verdaderamente espectaculares". Y, después, agrega que "el último y más trascendental propósito de la bioquímica es comprender la vida en su nivel molecular". Para el médico, comprender la vida lleva envuelta la idea de entender, también, la enfermedad.

Todo el complicadísimo mecanismo de la actividad de la célula —fenómenos dinámicos, moleculares y enzimáticos, etc.— se esclarece día a día. El mundo que estamos viendo es del todo nuevo. Hay una arquitectura celular antes no conocida. Lo anatómico y lo funcional que se observa a través de la experimentación y lo bioquímico, representan los elementos científicos que el médico deberá observar su desarrollo, sus adquisiciones y sus proyecciones, para iluminar sus conocimientos clínicos de una manera fundamental.

La vida médica se desarrolla en una constante tarea de descubrir algo: hechos nuevos, ideas originales, hipótesis seductoras. El estudio de las ciencias básicas representa una de las armas más seguras —quizás si la única— para estar preparados para esta tarea y llegar a la alegría del descubrimiento, según el agudo pensamiento de Cl. Bernard.

7

Sobre el concepto clínico de la salud y de la enfermedad

Las enfermedades son más antiguas que el hombre. En la edad de los reptiles, cuando el hombre aún no existía, antes de que la superficie de la tierra se cubriera por última vez de una capa de hielo, ya había enfermedades.

HOWARD HAGGARD

TOMAREMOS el término "concepto" en su sentido clásico, es decir, determinar una cosa en la mente, después de examinadas todas las circunstancias. No se trata, entonces, de dar una definición, sino algo más amplio, de mostrar un panorama.

El tema en sí mismo no ha sido abordado con frecuencia. Se encuentran numerosas ideas, juicios y sugerencias, en monografías, tratados y artículos en una forma más o menos aislada. Sin embargo, conviene tener presente que existen obras clásicas cuyo valor en este aspecto subsiste hoy día en todo su interés (Cl. Bernard, L. Aschoff, V. Bergman, A. Carrel, etc.).

El concepto de enfermedad se puede considerar desde muchos puntos de vista. Nos mantendremos estrictamente en el terreno de la clínica.

El hombre enfermo representa para el médico su objetivo principal. Consideremos al hombre como una entidad viviente, que, en un momento de su vida, sufre una enfermedad.

El hombre como entidad es una sólida y estrecha unidad biológica, en la cual reconocemos tres elementos que le son característicos: *estructura*, es decir, forma, dimensión, tamaño y consistencia, relaciones recíprocas de células, tejidos, órganos, aparatos y sistemas; *función*, o sea, cómo actúan las partes del todo: actividad, movimiento, intercambios diversos, grandes procesos de circulación, respiración, metabolismo, secreciones internas, digestión, etc., y *psique*, es decir, el conjunto de acciones y reacciones de naturaleza espiritual: lo imponderable, inteligencia, razón, juicio, carácter, conducta, temperamento, y muchas

cosas más, todo lo cual impone un sello a la persona y tiene una enorme y preponderante influencia en sus actividades. Estos elementos constituyen las tres caras de una pirámide regular, iguales en extensión y significado, estrechamente relacionados entre sí, íntimamente unidas, inseparables, formando un conjunto. Usando una expresión muy en boga en esta época, diríamos que se trata de un complejo sólidamente integrado. Ahora bien, estos tres elementos, deben referirse a la edad. Cada edad tiene sus particularidades: hay cambios en lo estructural, lo funcional y lo psíquico, en el sistema nervioso, las arterias, el tejido gonadal, el colágeno, etc., son elementos que, con la edad, experimentan amplias variaciones, necesarias de tener en cuenta cuando se trata de llegar a un concepto de la enfermedad.

La idea de enfermedad implica, necesariamente, la idea de salud.

Salud y enfermedad son complejos fenómenos biológicos. En un sentido estricto son incompatibles, es decir, representan estados antagónicos; cuando hay salud no hay enfermedad. Es una condición de carácter sólo en un sentido teórico. En la práctica, suele ser difícil poner en evidencia este antagonismo real. Muchas veces el médico tiene que ser prudente y hablar sólo de salud aparente.

No hemos encontrado aún una definición adecuada de la salud y dudamos que se pueda llegar a formularla. Hay en todos los idiomas una cierta incapacidad para definir correctamente la salud, el dolor, la emoción, el amor y la vida. Pero, su presencia de esta situación tan singular podemos establecer los atributos fundamentales que caracterizan el estado de salud. Tres son los más importantes: 1) *dinamismo*, es decir, el estado de salud es algo que marcha, progresa, cambia, muda, evoluciona. Bichat decía refiriéndose a la vida, que nosotros confundimos con la salud: principio de permanente reacción; 2) *armonía*, en todos los componentes del ser humano, es decir, proporción, regularidad, medida. Esta armonía debe cubrir las tres caras de la pirámide, a la cual nos hemos referido y que ahora podemos explicar más. Armonía de la estructura; es decir, anatomía, macro y microscópica, más aún, entre las estructuras intracelulares reveladas por el microscopio electrónico. Armonía de las funciones: metabolismo en toda su extensión, secreciones, mecanismos reflejos, fenómenos bioquímicos, modificaciones enzimáticas, el medio interno en su más amplia expresión. Armonía en la esfera psíquica: entre la mentalidad creadora, la conciencia, la sensación de bienestar, la conducta, lo moral. Finalmente, la perfecta armonía entre las estructuras, las funciones y la actividad psíquica, y 3) *silencio*, que constituye el fenómeno más singular de la salud. Es necesario considerar el silencio en sentido muy amplio, como ausencia de ruido, de queja, de protesta. Los movimientos de cual-

quier orden: la respiración, el roce articular, la circulación sanguínea que mueve diariamente una gran masa líquida, la función renal que regula una enorme cantidad de líquido en pocos minutos, los procesos de combustión interna, etc., todo se desarrolla en medio de un silencio impresionante y profundo. Es, sin duda, esta condición de la salud uno de los hechos más misteriosos y sugestivos. Aquí el silencio adquiere un relieve especial. No en vano los griegos elevaron el silencio a la categoría de divinidad.

Estos tres elementos básicos —dinamismo, armonía y silencio— son de por sí inestables, frágiles. Sólo gracias a la extraordinaria elasticidad de los medios de compensación y de equilibrio, se mantienen normales lo que constituye la homeostasis (Cannon).

La salud es un bien que se debe cuidar para mantenerla. Es la fuente del bienestar, es lo que permite el trabajo y, más que nada, lo que hace posible la mentalidad creadora en todo su esplendor. La enfermedad es el testigo de que sus complicados mecanismos están alterados.

Consideremos ahora el hecho que nos entrega diariamente la clínica, es decir, al hombre portador de una enfermedad. El asunto debe ser analizado desde un doble punto de vista: el del paciente, que objetiva o subjetivamente se cree enfermo o sano, y el del médico, que al observar, analizar y enjuiciar sus hallazgos, reconoce la presencia de la enfermedad, o bien comprueba el estado de salud.

Cuando se altera, modifica, perturba o enferma una célula, tejido, órgano, aparato o sistema, se enferma el hombre entero. El hombre es un conjunto muy sólidamente integrado y en la buena o mala fortuna, es decir, en la salud o en la enfermedad, esta integración está presente. Cuando observamos una enfermedad en una persona, tenemos necesariamente que considerar que el sujeto es un hombre, es decir, un ser con estructura, función y psique. Diríamos más, que es una personalidad. En el hombre cuya salud está alterada, nunca debemos mirar una enfermedad, sino esencialmente, a una persona enferma.

Consideremos ahora al propio enfermo. Se trata de un hecho clínico, de un fenómeno biológico demostrable. La salud, en un momento dado, cambia, se altera, surge entonces el estado de enfermedad. Decimos, entonces, que hemos encontrado un hombre enfermo. ¿En qué consiste este fenómeno biológico? Se trata de algo anormal, irregular; de una alteración, un desorden que cambia los elementos fundamentales de la salud: dinamismo, armonía y silencio. Ahora bien, esto produce una situación anormal de las propias características del hombre considerado como entidad biológica: estructura, función y psique. El grado de compromiso de cada una de estas características será variable. Podrá

una de ellas experimentar una modificación más honda; pero, en mayor proporción, la alteración de cada una estará presente en la totalidad de las expresiones de la enfermedad. El compromiso de la salud es, a su vez, de diverso grado. Lo dinámico y lo armónico se alteran constantemente cuando se perturba la salud. En cambio, no es constante la evasión del silencio. Muchos momentos de enfermedades, aun graves, se desarrollan en silencio. En un hombre, antes sano, aparecen irregularidades, alteraciones que deforman su estado de salud. Son comprobaciones a las cuales llegamos por medio del examen clínico o instrumental. El hombre enfermo es, pues, así considerado, un hecho concreto.

Ahora bien, este fenómeno de la enfermedad ¿es siempre igual a sí mismo?, ¿es regular? ¿es sistemático? La experiencia demuestra que en cada persona el proceso se realiza de una manera distinta, es decir, propia. En cada hombre, como individualidad biológica, la enfermedad se presenta con características que le son particulares. Así, puede aparecer completa o incompleta, intensa o atenuada, evidente o silenciosa, etc. Los procesos que se repiten en distintas personas, se parecen entre sí, pero, comúnmente se diferencian. Rara vez son perfectamente iguales. La expresión clínica de la enfermedad es esencialmente polimorfa.

Y llegamos ahora a considerar a la enfermedad. Los pacientes que sufren de un mismo proceso patológico presentan sólo una parte, grande o chica, completa o incompleta de un cuadro clínico más amplio; o sea, en cada enfermo se realiza sólo una parte de la enfermedad. Con la comparación, observación y juicio crítico de muchos fenómenos parciales, el médico pone en marcha un proceso intelectual de síntesis, es decir, elabora una idea. De esta manera, advierte cuál es el factor común, lo característico y dominante en aquello que se presenta a la mente, después de examinadas todas las circunstancias. Según la acepción clásica del vocablo, se construye un concepto.

El concepto de enfermedad surge, pues, de la descripción ordenada de un fenómeno biológico que se nos presenta en la mente. Mediante esta representación se llega a conclusiones generales, es decir, de síntesis, después de un amplio análisis de lo observado en un gran número de enfermos de un mismo tipo. El concepto de la enfermedad resulta de la observación de hechos comunes y frecuentes y de su justa valoración. De estas observaciones se puede inferir la idea de enfermedad. La observación de un solo enfermo, representa sólo el caso clínico, es decir, un fenómeno que, analizado aisladamente, muestra aquello que contiene en común con otros casos del mismo orden. El concepto de la enfermedad debe tener una base amplia y, mientras mayor sea ésta, más sólido será dicho concepto. Cl. Bernard dijo que "todos los conoci-

mientos humanos han comenzado necesariamente por observaciones fortuitas" y en seguida agrega "no es sino después de haber adquirido un cierto número de nociones mediante la observación, que el hombre ha razonado sobre aquello que había observado por azar".

La observación de los fenómenos que caracterizan a la enfermedad, sigue siendo la fuente más fecunda del progreso de la medicina.

Avanzando más, podemos decir, que determinan la enfermedad los procesos que modifican las características esenciales de la salud y que afectan la estructura, funciones y psique de un hombre. Se trata de procesos muy variables, parciales, locales, aislados, a veces fugaces y otras de mayor duración.

Es la expresión individual de la enfermedad.

El hombre enfermo, lo que en nuestro lenguaje habitual llamamos paciente, percibe su enfermedad. En su vivir ya no hay silencio. Hay, en cambio, dolor, incapacidad para actuar, angustia, tensión, es decir, fenómenos que afectan lo orgánico, lo funcional y lo psíquico. El paciente sufre.

La enfermedad afecta a toda la economía del paciente o, mejor dicho, usando el término renacentista de Vesalio, afecta a la *fábrica*, esto es, a todo el cuerpo humano. Ahora bien, en ese todo debe incluirse además el ambiente, la familia, la herencia, la condición social, la cultura, etc. En otras palabras, la enfermedad afecta al hombre en medio de su comunidad.

En nuestra mente concebimos la noción de enfermedad como la suma de todas las manifestaciones posibles, las cuales pueden aparecer en los enfermos. Examinamos enfermos y con las observaciones recogidas de un grupo de pacientes de un mismo tipo, establecemos el concepto de cada enfermedad.

Mas, frente al hecho concreto del hombre enfermo, colocamos el concepto abstracto de enfermedad.

Para que sea comprensivo y para que incluya todas las circunstancias que integran y caracterizan a cada enfermedad, este concepto debe contener, en forma detallada, los siguientes elementos:

Definición de la enfermedad, en la cual se señalan sus caracteres y límites. Si se revisan los grandes tratados escritos hace algunos años, no se encuentra sino excepcionalmente una definición precisa. En cambio, en los años recientes se ha impuesto comenzar cada capítulo con una definición más o menos concisa y, a veces, muy exacta.

Gran número de enfermedades tienen el nombre de quien las descubrió. Es una práctica universal que ha surgido en la Europa del siglo XIX. El bello y sencillo homenaje diario. Pero las enfermedades deben tener una definición o un nombre que las individualice. Es ésta

una antigua preocupación. Ya en 1765 Sir Percival Pott, decía: "la definición clara y precisa de las enfermedades y la aplicación a ellas de nombres tales que sean expresivos de su verdadera y real naturaleza, reviste mayor importancia de la que suele imaginarse; los nombres falsos e imperfectos originan falsas ideas y las ideas falsas son seguidas generalmente de práctica equivocada".

Condiciones generales de la aparición, edad, sexo, etc.,

Causas, lo que constituye una de las partes más importantes, es la etiología. Entre ellas, tienen especial interés las causas externas, de tan variada naturaleza, como ser: virus, gérmenes, parásitos; elementos físicos y químicos; alimentación defectuosa. Además, la herencia y la influencia psíquica, que han adquirido tanto relieve en estos últimos años, en muchos campos de la medicina.

Mecanismos de la enfermedad o patogenia, es decir, las diversas reacciones que se producen en el organismo con ocasión de la enfermedad. Prácticamente casi todas las reacciones constituyen una expresión del esfuerzo que realizan los órganos, aparatos, sistemas y el medio interno para contrarrestar o, mejor dicho, para compensar la acción de las causas que originan la enfermedad. El conocimiento de las modificaciones de la función constituye uno de los avances más notables de la medicina actual.

Lesiones provocadas por la enfermedad, esto es, el cambio en las estructuras, tanto macro como microscópicas. No es suficiente la consideración de las lesiones encontradas en la autopsia, pues ellas significan a veces un grado incompatible con la vida; es necesario, además, analizar aquellas que aparecen en momentos iniciales de procesos morbosos y la evolución que siguen. Cada día se ponen en práctica nuevas técnicas para practicar biopsias mediante punción o aspiración (pulmón, hígado, riñón, estómago, diversas mucosas), lo cual ha puesto en manos del médico elementos de enorme valor para un mejor conocimiento de los procesos patológicos.

Trastornos funcionales que acompañan a la enfermedad. Su estudio ha dado origen a importantes adquisiciones, a tal punto que ha creado un aspecto especial de la medicina. Numerosos autores, especialmente alemanes, hablan de una patología funcional (Krehl, Bergman, Lichtwitz, etc.). Vale la pena recordar los estudios realizados por Cl. Bernard en el campo experimental y por J. Mackenzie en el campo clínico. Conviene, también, señalar que de estos estudios de orden funcional se destacan en la práctica diaria las numerosas pruebas funcionales, las que constituyen un valioso elemento de información.

Expresión clínica, es decir, lo que el médico ve y aprecia directamente en el paciente. A los métodos clásicos de exploración, se agregan

ahora diversos elementos auxiliares que permiten examinar mejor al enfermo: rayos X, endoscopias, biopsias, determinación de niveles sanguíneos de las más variadas sustancias, etc. En la expresión clínica debe apreciar el médico lo que es habitual, regular, así como lo que es raro, irregular. La reunión de fenómenos patológicos que representa un enfermo en un momento dado es lo que se denomina habitualmente "cuadro clínico".

Diagnosis, o sea, el reconocimiento o identificación de la enfermedad. El médico, con los elementos de juicio acumulados, debe determinar lo que es clínico, lo que es subclínico y lo que constituye mera sospecha.

Curso de la enfermedad, el fenómeno dinámico que evoluciona en el tiempo, lo cual incluye la manera de terminar.

Combate contra la enfermedad, es decir, el tratamiento, en su amplio y doble aspecto preventivo, ya sea colectivo o individual y curativo. La medicina moderna tiende a incluir los procedimientos preventivos dentro del tratamiento de cada proceso individual.

Repercusión social: el hombre no vive solo, sino en medio de la comunidad, lo cual lo obliga a mantener estrechas relaciones con quienes lo rodean. Son mutuas dependencias que se tornan apremiantes cuando se pierde la salud.

El carácter de curable o de incurable de una enfermedad sobrepasa el interés individual y adquiere una significación social.

Las enfermedades de diverso orden y de distinta evolución que afectan a un órgano, aparato o sistema, necesitan ser agrupadas para su estudio. Con este objeto se han ideado diversos *sistemas de clasificación*. Históricamente, en torno a muchas clasificaciones propuestas, se han suscitado importantes debates internacionales. Las afecciones del riñón, del hígado, de la sangre, de las articulaciones, etc., han sido clasificadas de muy diversa manera. El progreso de la investigación clínica, el avance logrado en el estudio de las lesiones, así como el análisis de los trastornos funcionales, han dado base para hacer diversas clasificaciones que han ido siendo reemplazadas unas por otras. Un solo ejemplo basta para poner en evidencia este progreso: la clasificación de las nefropatías. R. Bright, realiza el primer intento de clasificación, le sigue Rager y después son innumerables las contribuciones. Después de casi 140 años no existe aún acuerdo sobre la mejor forma de clasificarlas, a pesar de que los nombres que figuran en esta larga serie de estudios son, sin duda, de los más brillantes que tuvo la medicina en este lapso.

Cada descubrimiento clínico, funcional, fisiopatológico o anatómico da base para una nueva concepción, permite ver nuevas relaciones y

crear un nuevo sistema patogénico. Esta historia se ha repetido en muchos otros territorios de la medicina.

¿Cuál es la causa de esto? Una sola, y radica precisamente en el concepto de enfermedad. Dicho concepto exige, como condición, "examinar todas las circunstancias". Ahora bien, se puede afirmar que en ninguna de las secciones de la medicina estamos en posesión de todas las circunstancias. Conocemos mucho: pero no sabemos cuánto nos falta por conocer. Tal vez el aspecto clínico sea el más completo. La causa misma de muchas enfermedades se ignora. El detalle de las lesiones anatómicas ha avanzado extraordinariamente en los últimos años. El microscopio electrónico y la biopsia seriada han permitido obtener una información muy amplia.

El concepto de la enfermedad debe incluir, además, un elemento de enorme importancia denominado "la historia natural". Dado que se trata de un proceso biológico, que evoluciona como resultado de acciones y reacciones, de fenómenos locales y generales, todos ellos más o menos complejos, es necesario estudiar el curso más frecuente y característico, el camino que se repite con cierta regularidad. Ahora bien, no sólo existen variaciones espontáneas; también otras debidas a la acción de la propia medicina. Un gran número de enfermedades tiene una evolución muy diferente a la espontánea bajo la acción de tratamientos especiales. Las modernas drogas, algunas de las cuales son de gran eficacia, han provocado notables cambios en la evolución de muchas enfermedades. Tal vez el ejemplo más extraordinario es el de la sífilis. Esta enfermedad, ayer prácticamente incurable, hoy es dominada en forma casi absoluta en el curso de pocos días. Las nuevas generaciones de médicos no ven ya sus clásicas manifestaciones clínicas, ni menos aún las de la heredo-sífilis. También, la tuberculosis constituye un ejemplo muy ilustrativo. La meningitis tuberculosa, bajo la acción de nuevos tratamientos, tiene un curso extraordinariamente diverso del que tenía antes y presenta aspectos clínicos nuevos, los cuales nos eran desconocidos. Más aún, este conjunto de variaciones provocadas por la acción de la medicina está creando un nuevo aspecto.

Todo esto debe ser tomado en cuenta cuando se desea precisar un concepto acabado de la enfermedad. Por eso el médico necesita poseer un amplio conocimiento de hechos ordenados y jerarquizados, para poder realizar con eficacia su tarea.

En la observación diaria de gran número de enfermos, en su estudio riguroso, con todo el acopio de información que la medicina posee en la hora actual, el médico, muy a menudo, puede parangonar la concepción

clínica con lo que podríamos llamar la concepción biológica. Es de importancia establecer a este respecto algunas consideraciones generales.

La concepción clínica se basa en lo que se descubre mediante el examen. Ahora es necesario precisar el concepto biológico. Con las reservas del caso, ubicaremos el fenómeno biológico en la anatomía patológica. La lesión nos da una idea de la magnitud de la enfermedad y de su duración real, pues en la gran mayoría de los casos, abarca todo el proceso morboso y representa gran parte de su exacta naturaleza y desarrollo. Comúnmente se encuentra una lesión como base de una enfermedad; sin embargo hay enfermedades que son netamente funcionales durante un período que incluso puede ser largo. Así por ejemplo, la hipertensión arterial esencial, algunos trastornos de importancia en la patología gastrointestinal, los fenómenos que determinan al colapso circulatorio periférico, etc.

En la práctica diaria, el médico suele observar también enfermos que se quejan de trastornos meramente subjetivos, que llegan a hacer su vida muy penosa, y en quienes no es posible descubrir lesiones que los expliquen.

Con todo, esta zona puramente funcional de la patología ve disminuir progresivamente su volumen. El microscopio electrónico ha revelado nuevos hechos, tanto en el estado normal como en el patológico, que explican, desde el punto de vista de las lesiones, muchos trastornos y procesos patológicos considerados antes como meramente funcionales.

La fibra colágena, que ha adquirido hoy día tanta importancia, muestra lesiones muy precoces, antes ignoradas. El propio capilar sanguíneo, observado al microscopio electrónico, revela condiciones estructurales desconocidas. El examen de diversas células glandulares, nerviosas y musculares ha puesto en evidencia que existen condiciones anatómicas, normales y patológicas, antes insospechadas. El músculo cardíaco tiene en sus fibras elementos corpusculares que han sido relacionados con fatiga. En el nefrón, los hallazgos son del mismo orden y revisten el más apasionante interés. Surge de inmediato la pregunta: cuando en un proceso morboso no se encuentran lesiones ¿puede el microscopio electrónico revelar la existencia de modificaciones de la estructura? Ante esta situación no es posible ser absolutamente intrasigente para defender lo puramente funcional.

En la clínica, el fenómeno patológico queda en evidencia cuando se le reconoce, o sea, se le diagnostica. Existe gran número de procesos patológicos en los que no cabe discusión acerca de su origen, como por ejemplo, una herida, una fractura, un tumor, un estado infeccioso, una ictericia; pero existe también un gran número de individuos que aparentemente gozan de un buen estado de salud y en quienes un exa-

men adecuado descubre una enfermedad. Este hecho reviste una enorme importancia.

Después de la terminación clínica de un proceso patológico, persiste un grupo de lesiones; tal el caso de la neumonía.

El concepto biológico de la enfermedad revela que el fenómeno patológico es mucho más extenso en el tiempo.

¿Cuándo una persona está sana? ¿Cuándo está enferma? Quien se cree sano ¿lo está? Quien se cree enfermo ¿lo es, en realidad?

Aparte de la relación que debe existir entre el médico y el enfermo que lleva al paciente a hablar de *su* médico, así como a éste de *su* paciente, surge una responsabilidad que recae íntegra sobre el profesional. Es éste, hoy día, uno de los más delicados compromisos de la compleja responsabilidad médica.

Una de las orientaciones más interesantes y fecundas de la medicina actual consiste en dar importancia a las enfermedades en sus momentos iniciales, silenciosos, subclínicos, pues en esos estados la curación es más fácil. Los Servicios de Medicina Preventiva de Chile han llegado a establecer que alrededor de un 4% de la población activa se halla afectada por alteraciones cardiovasculares: hipertensión arterial, lesión valvular u otro padecimiento. En la edad escolar, la frecuencia de la enfermedad reumática silenciosa alcanza en Chile, como en otras partes, una proporción que va del 1,5 al 2,0%. Estas personas ni se sienten enfermas ni saben que están en tal condición, por lo cual hacen una vida habitual. Más aún, gran número de procesos graves tienen a veces un largo período silencioso inicial. El silencio propio de la salud suele cubrir la fase primera de enfermedades ya instaladas. Un estudio realizado en nuestra clínica en el cual se consideró a los enfermos hospitalizados y atendidos en la policlínica, permitió observar que cerca del 75% presentaba en su historia clínica un período silencioso inicial, que pudo estimarse de semanas, meses y aun años. Se trataba de pacientes que sufrían de afecciones cardíacas, renales, hepáticas, vasculares, sanguíneas, etc. En un 14% el proceso era reciente y no presentó esa fase; se trataba de un estado agudo infeccioso o de otra especie. Finalmente en un 11%, la enfermedad importante fue un hallazgo en el reconocimiento clínico general: ingresados por algún proceso sencillo, el examen puso de manifiesto una enfermedad importante y silenciosa. De esta manera, en un servicio de medicina interna de carácter general, el 86% de los enfermos atendidos presentó un primer período silencioso de su enfermedad. Es evidente que en un gran número de esos casos un examen clínico precoz, adecuado y oportuno, pudo haber puesto de manifiesto la enfermedad antes de que ella pre-

sentara síntomas. El comienzo real apareció alejado del comienzo clínico.

En ciertas enfermedades graves, esta disociación entre lo real y lo aparente adquiere caracteres particularmente sombríos. La gran mayoría de los casos de cáncer gástrico que no comprometen el cardias o el píloro, suelen permanecer silenciosos hasta que adquieren un tamaño y un espesor tales que hacen ineficaz la intervención quirúrgica. En todas las clínicas se han observado pacientes cuyos padecimientos datan de pocas semanas, y en quienes el examen radiológico revela la existencia de un tumor de enorme extensión.

El silencio propio de la salud que abarca el período inicial de la enfermedad, crea una dificultad muy grave para establecer un diagnóstico oportuno.

La iniciación de un proceso morboso, representada por el nacimiento de la lesión, queda a menudo oculta, lo que acarrea graves consecuencias para el paciente. El comienzo real y el comienzo aparente, no coinciden. En muchos procesos puramente funcionales, como por ejemplo en la hipertensión arterial esencial, sucede lo mismo, debido a lo cual la medicina llega tarde en su auxilio.

También existe la situación opuesta. El conocimiento amplio que de la enfermedad posee el médico, con todas sus numerosísimas variaciones; la técnica del examen clínico minucioso y el uso razonado de los elementos auxiliares, descubre un mayor número de enfermos entre los que creen que no lo están. La medicina se adelanta al fenómeno clínico en muchos casos. Dentro del número de personas que se estiman sanas, hay muchas que no lo son. El concepto amplio de la enfermedad procura hacer coincidir el período clínico con el biológico. Así considerada, la misión de la medicina es evidentemente muy amplia y comprensiva. Es también más atrayente, porque pone en juego la inquietud científica y la curiosidad del médico.

Knock, aquel singular personaje creado por Jules Romain, anuncia un aserto que maliciosa e irónicamente pone en boca de Cl. Bernard: "aquellas personas que se sienten bien, son en verdad enfermos que se ignoran". Sin duda, esta punzante frase encierra una gran verdad.

En su expresión clínica las enfermedades pueden ofrecer cambios determinados por el clima en distintas regiones geográficas. Sin embargo, el mayor grupo es y ha sido más o menos uniforme en las diversas regiones. Como en el trópico son más acentuadas, estos cambios, se habla frecuentemente de patología tropical.

Para nosotros tiene mayor interés el considerar el concepto clínico de la enfermedad, hacer referencia a los cambios en relación con el transcurso del tiempo. Hay procesos que antes eran frecuentes y hoy

son muy raros. Ejemplo: el gran anasarca cardíaco o renal hoy se ve rara vez. Es posible que la explicación sea varia: pero la que más vale es que el paciente hoy recurre al médico en un comienzo y no como antes, en períodos avanzados. El progreso cultural del medio se manifiesta una vez más. Los ejemplos son muy numerosos.

Dentro de este mismo orden, la mayor frecuencia de ciertas enfermedades hace aparecer la actual sala de hospital muy diferente de como era décadas atrás. Un eminente clínico de la Alemania actual ha llamado la atención acerca de que "hay gran cantidad de observaciones que señalan de modo inequívoco que el fenómeno "enfermedad" en el hombre no depende sólo de factores externos, sino que es esencialmente codeterminado por el hombre, por su modo de conducirse, por su actitud hacia la vida y su actitud hacia sí mismo" (A. Jores). Hay, pues, enfermedades en las cuales el hombre en sí mismo es su factor determinante. Son sus reacciones ante el medio en que vive y actúa. Se ha dicho, no sin razón, que son enfermedades originadas por la civilización. Entre ellas se encuentra un grupo de diaria frecuencia y siempre de gravedad: la hipertensión arterial, la úlcera gastroduodenal, trastornos funcionales del aparato digestivo, diversas neurosis, la gordura, la delgadez, etc.

Veamos ahora los límites que existen entre la salud y la enfermedad. De lo expuesto hasta aquí se desprende cuán arduo es llegar en muchos casos a establecer este límite.

El número de lesiones que pueden existir en una persona que goza de una salud aparente, es decir, que desarrolla una vida activa y regular, puede ser grande. En los primeros años de la vida, las enfermedades ocultas son muy raras. Después de los cuarenta años, no es excepcional. Es común encontrar en las autopsias lesiones coronarias o litiasis de las cuales no se tiene conocimiento en la historia clínica. Se ha dicho que la salud en su más amplia expresión sólo puede encontrarse en personas que bordean los veinte años.

Con frecuencia es posible comprobar la existencia de un proceso patológico sólo mediante la anatomía patológica o con la ayuda de determinadas exploraciones. En cambio, en el dominio de la clínica, el hallazgo de este proceso es a veces imposible. Ya hemos señalado que los estudios seriados y estadísticos muestran la existencia de muchas enfermedades silenciosas, en las cuales no se observan manifestaciones clínicas, aun aplicando técnicas muy especializadas.

Un concepto bien fundado de la enfermedad, sobre amplia base de experiencia clínica, anatómica, funcional y experimental, lleva felizmente a perfeccionar tres de los campos básicos de la medicina: el

científico, puesto que obliga a considerar al enfermo como un fenómeno biológico, lo que constituye el aspecto más atrayente de su estudio; el *clínico*, ya que mueve a agudizar la capacidad de diagnosticar y de realizar tratamientos eficaces, y el *médico-social*, en razón de que se necesita dar gran importancia al aspecto colectivo, al económico y al bioestadístico.

Todos estos campos se complementan mutuamente; ninguno es más importante que los otros. El concepto en enfermedad es, sin duda, la base de la medicina en todos sus aspectos, en todas sus relaciones, en todas sus consecuencias.

8

La historia clínica

En todo enfermo, de cualquier afección que sea, la historia clínica es más del cincuenta por ciento de la exploración útil en el camino hacia el diagnóstico, no solamente de la enfermedad, sino de la persona enferma.

C. JIMÉNEZ DÍAZ

LOS ESCRITOS MEDICOS de orden clínico, considerados de una manera general, tienen dos aspectos bien definidos. Uno de ellos está representado por los tratados, obras didácticas, ensayos, monografías, así como por los trabajos aparecidos en publicaciones periódicas, revistas, archivos, anales, etc. El otro aspecto lo constituye el relato, con detalle y orden determinado, de cuanto ocurre a un paciente sometido al cuidado de un médico. Este documento es la llamada historia clínica y constituye algo estrictamente individual. La historia clínica la establece el propio Hipócrates, por consiguiente, su origen se confunde con el nacimiento de la medicina occidental.

Trabajos y libros diversos suelen contener historias clínicas, pero son la excepción. Las publicaciones médicas periódicas las contienen con más frecuencia; incluso algunas de estas publicaciones dedican una sección especial a las historias que tienen un valor singular. Hoy día, en relación con cada enfermo atendido en un hospital o por un médico, es de rigor que exista este documento. Esta historia clínica individual, constante para todo paciente, es ya un hecho universal e insustituible.

El documento completo de lo que hoy constituye la historia clínica clásica comprende seis secciones bien individualizadas. Ellas son: 1) La anamnesis; 2) el examen físico; 3) la investigación complementaria; 4) el diagnóstico; 5) la evolución, que incluye el tratamiento, y 6) la epicrisis. No se pretende, en este momento, entrar en el detalle de cada una de ellas. Todas son solidarias entre sí y ninguna es más importantes que otras. Nos referiremos en este capítulo a la anamnesis,

la evolución y a la epicrisis. Dada su importancia, el examen físico y el diagnóstico serán tratados en capítulos separados. Además, agregaremos, a manera de una pequeña introducción, algunos hechos que pueden considerarse como la historia de la historia clínica actual.

Descartamos de inmediato su gran importancia, pues, en verdad, constituyen la base de la acción y del progreso médico. Nos hemos referido a los escritos de orden clínico. Pero hay, además, los que se refieren a la investigación, ya sea en ciencias puras o aplicadas a la medicina. También aquí, al lado de las obras, tratados, memorias y publicaciones, existe, como en paralelo de la historia clínica, el llamado protocolo de la experiencia, es decir, el relato circunstanciado del trabajo del investigador.

Con fines puramente didácticos, señalaremos los más importantes períodos que ha descrito en su evolución la llamada historia clínica, desde Hipócrates hasta hoy. Son cuatro, los cuales, naturalmente, se suceden en forma paulatina. Representan más que nada, los momentos culminantes de esta práctica milenaria.

La observación del paciente, a la manera hipocrática, fue la base de la historia clínica. Del conjunto de ellas surgieron las obras de síntesis. Hoy, después de veinticinco siglos, los médicos siguen redactando historias clínicas, las que van después a servir de sustento a los nuevos tratados. Sin historia clínica, no hay progreso médico.

El primer período es el de la historia clínica hipocrática que cubre, con un mismo significado, desde el siglo IV a. C. hasta el siglo XIII de la era actual.

El segundo, va desde el siglo XIII al XVI, es decir, al término de la Edad Media. Durante este lapso, el relato de cuanto acontece al enfermo es desarrollado en un documento llamado *consilia*.

El tercer período aparece ya a mediados del siglo XVII con Sydenham y dura todo el siglo XVIII y el XIX.

El cuarto, es la historia clínica contemporánea, la del siglo XX. Aun cuando se trata de documentos individuales, es decir, relativos a un solo paciente, el conjunto dentro de un lapso histórico, representa muy fielmente las tendencias dominantes de cada época. En el *Corpus Hippocraticum*, en el libro de las Epidemias, aparecen cuarentaidós historias clínicas que son, sin ninguna duda, las primeras registradas en la literatura médica. Representan, en su lenguaje preciso y claro, la esencia del pensamiento de la medicina hipocrática. Son sencillas, detallan de donde proviene el paciente, hacen el relato con gran precisión de los fenómenos que acontecen en el enfermo, los cuales los describen con una minuciosidad cronológica notable: semanas, días, partes del día. En dicha historia no falta la referencia al ambiente y a estación

del año. Su lectura deja ver en forma transparente la fidelidad del relato. No es posible pensar que se trata de algo de imaginación; uno siente que se está describiendo un hecho cierto; más que eso, natural. Es una prueba más de que los griegos observaron los fenómenos naturales con gran precisión. H. Bergson ha dicho que la ciencia ha podido existir porque los griegos inventaron la precisión. Los críticos y helenistas están de acuerdo en que estas cuarenta y dos historias fueron escritas directamente por Hipócrates. Siglos después, Galeno interpreta la obra hipocrática y hace especial referencia a estas historias.

La medicina sigue su curso y durará así hasta el Renacimiento.

Hacia el siglo XIII aparece una nueva modalidad de historia clínica, lo que va a constituir el segundo período. En Italia, que era el centro de la cultura de esa época, surgen los *Consilia*. Tadeo Alberotti parece ser su iniciador. Eran relatos acerca del padecimiento de un enfermo en forma extensa, minuciosa, razonada y comentada. Los antecedentes de todo orden, los mínimos detalles y cuanto acontecía era incorporado al consilio, el cual, a menudo, tenía varias páginas. Contrasta la extensión del relato medieval con la precisión helénica. Ya en el siglo XV los consilias consiguen gran profusión. Los autores en este período son muy numerosos; pero el más importante de todos es Bartolomeo de Montagnana, de Padua, quien en 1470 publicó sus consilias médicos que son más de trescientos. La calidad intelectual de los consilias revelan las estrechas relaciones del estado de la medicina con el progreso intelectual de la época. Este paralelismo ya ocurrió en tiempos de Hipócrates y le veremos repetirse durante y después del Renacimiento. Los textos galénicos y los consilias eran los únicos elementos de estudio para los futuros médicos. La medicina se aprendía sólo en los libros. Lecciones clínicas, es decir, la explicación de los fenómenos patológicos teniendo como objetivo a un enfermo atendido en un hospital, comienza en Padua, con G. de Monte, alrededor de 1535. Posteriormente pasará a Holanda, después será universal.

Se llega así hasta mediados del siglo XVII época en que T. Sydenham va a provocar, como se dijo, un hondo cambio en la orientación del pensamiento médico. Es el tercer período de la historia clínica.

La concepción de la medicina sostenida por Sydenham se refleja de una manera completa en las historias clínicas de sus enfermos. Más aún, es el producto de una época. Es el siglo XVII de una Europa donde existen grandes mentalidades científicas. Pero la influencia de Bacon, Descartes y Locke son indudables. P. Laín dice acertadamente que "todos los motivos que en torno de 1670 integraban la visión científica de la naturaleza gravitaron sobre la mente de Sydenham y determinaron el "estilo" de sus más importantes conceptos nosológicos".

El hecho fundamental, con valor histórico de primera categoría, es que Sydenham describió las enfermedades en cuanto a entidades patológicas. Se refirió a las "especies morbosas". En una de sus obras, *Observaciones médicas*, que resume su pensamiento sobre las infecciones agudas, escrita en 1665, dice que "para alcanzar la perfección en nuestro arte es necesario tener una historia o descripción de todas las enfermedades tan gráfica y natural como sea posible". Hace de esto 300 años.

Durante el siglo XVIII las historias clínicas realizadas dentro de la concepción establecida por Sydenham, se van a multiplicar y tendrán en varios países y en varias escuelas, algún aspecto especial debido a las tendencias médicas regionales. Muchos nombres hay en esta época, sólo recordaremos a H. Boerhaave, von Haller, van Swieten, Baglivi. Es por este camino que, en las décadas siguientes, sobre la base de historias muy bien desarrolladas, se ha llegado a describir, dentro de un concepto moderno, los grandes capítulos de la medicina de hoy.

Así se llega al comienzo del siglo XIX y, con la obra trascendental de Laennec y de Bright, se configura, de manera nueva, sólida y atrayente, la medicina de hoy.

Muchos hombres han quedado ligados a las enfermedades que describieron o a signos que señalaron como hechos propios de un proceso patológico.

Y así llegamos a nuestros días en que la historia clínica tiene muchas expresiones, es decir, se construye de diversas maneras. Pero su sentido fundamental, es más o menos uniforme. La historia clínica debe contener todos los acontecimientos que se han sucedido en un enfermo determinado. Finalmente, debe incluir el juicio del médico acerca del proceso patológico y los fundamentos en que se ha basado el diagnóstico.

Los campos de acción de la medicina clínica son numerosos, se destacan por su importancia las de la medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. Las historias clínicas relativas a los cuatro primeros campos son, fundamentalmente, semejantes con las variantes determinadas por los aspectos relativos a la índole de la enfermedad. La historia clínica psiquiátrica se separa en condiciones muy definidas. Ella forma algo aparte. En los últimos años, la psiquiatría ha adquirido en todos los países una enorme y justificada extensión e interés. Este interés y extensión tienen ya en medicina una influencia muy importante, como veremos después.

Nos referiremos ahora a la historia clínica en medicina interna, la cual por la frecuencia de los enfermos que debe atender, así como por

las condiciones de dichas enfermedades, constituye la historia clínica base, es decir, el modelo principal, el padrón; las demás historias clínicas —excepto la de psiquiatría— son sólo variaciones de este modelo principal.

La historia clínica completa, exacta, fidedigna, con los agregados de los comentarios que el caso analizado sugiere, representa una disciplina de primer orden, diríamos aun, es la base del progreso médico, el punto de partida de la investigación clínica. Sin buenas historias clínicas, no hay acción médica. Los grandes centros médicos —universitarios, grandes no por el tamaño sino por su significado— tienen como características principales las historias clínicas correctas.

Queremos recordar dos instituciones, de orden diverso, que han sido factores de progreso notable en la estructura e importancia de las historias clínicas. Uno es *La Société Médical des Hopitaux*, de París y la otra la *Mayo Clinic*, de Rochester, USA. La primera, fundada en 1849, está formada por los médicos titulares de los hospitales de París, publica periódicamente un Boletín y Memorias que contienen las comunicaciones que se hacen a sus sesiones cuya base son historias clínicas de una elevada calidad. Representan modelos excelentes y en ellas está la claridad científica francesa. El contenido en estas historias clínicas han sido una de las bases del gran esplendor de la clínica francesa. La segunda institución, de un orden muy diverso, la *Mayo Clinic*, fundada en un pequeño pueblo del Norte de E. U., en octubre de 1889, o sea, hace más de tres cuartos de siglos; es una institución privada. Pero el estudio minucioso de gran número de pacientes, la importancia dada a los progresos científicos, el espíritu de cuerpo y la cooperación desde distintos planos para llegar a diagnóstico y ordenar tratamiento, han determinado un progreso notable en la medicina de hoy. La asociación con la Universidad de Minnesota para dar a los estudios de grado y un carácter académico y la extensión de la investigación clínica y de ciencias aplicadas a la clínica, han convertido a la *Mayo Clinic* en uno de los centros más notables del progreso médico actual. Una de las características de sus actividades médicas la constituye los estudios basados en un número importante de historias clínicas de pacientes de un mismo proceso patológico, realizadas con un mismo criterio y dentro de un mismo marco. Si consideramos que cada enfermo representa sólo un aspecto de la enfermedad y que su historia clínica, siendo fiel, refleja dicho aspecto, un conjunto de historias analizadas en forma adecuada, puede y debe dar la imagen más o menos completa del proceso patológico con todos sus hechos constantes y todas sus variantes. Esta modalidad, que es hoy casi universal, nació de las actividades del personal médico de la *Mayo Clinic*.

La proporción, el límite, la estructura completa del proceso patológico se ha podido describir en forma muy exacta. Lo mismo ha ocurrido con los resultados de los tratamientos ya sea médicos, como quirúrgicos. A través de un gran número de observaciones se ha podido apreciar con certeza el valor de una reacción, de una droga o de una técnica quirúrgica.

Si se revisa la literatura médica, en la gran mayoría de los países, periódicamente surgen voces, siempre muy autorizadas, para hacer notar la enorme importancia médica, docente y de formación del criterio médico, de la historia clínica. Queremos destacar solamente algunos autores: C. Jiménez Díaz en el *Tratado de Práctica Médica*, Jean Bernard en una obra reciente, Garcín, al inaugurar su curso de Clínica Neurológica de la Universidad de París y en los tratados norteamericanos modernos (Harvey y Bradley, MacBride, etc.).

Las cualidades esenciales de la historia clínica son la veracidad, la claridad y el orden. Para que tenga valor, es necesario que los hechos y datos consignados sean la expresión fiel de la realidad del paciente. La claridad está dada por la redacción del documento, la cual, debe ser realizada en el lenguaje de la medicina. Es de una enorme frecuencia encontrar que la historia reproduce el relato del paciente, a veces sus palabras. Este es un error. El médico obtiene los datos y después los vierte a la historia en un lenguaje médico estricto. El orden en que los datos son consignados en el documento representa una de sus características más esenciales. Dada su importancia, nos detendremos en este aspecto.

La palabra anamnesis (de *ana*, nuevo y *mnesis*, memoria) clásicamente significa la historia de la enfermedad hasta el momento que el paciente entra en contacto con el médico. En este, sin duda, un significado restringido. La concepción moderna de la observación clínica no limita su mirada a la enfermedad reciente, sino a todo el pasado del paciente. Cuando más se ahonda en cada caso particular el estudio de un proceso estimado como reciente y se relaciona con otros factores, nos convencemos que debe dominar un sentido unitario, es decir, debemos incluir en la anamnesis todo lo relativo al paciente hasta el momento en que se somete a la observación del médico, o mejor dicho, que ingresa a un establecimiento para su cuidado. Deberá destacarse todo aquello que dice relación con su persona, es decir, hábitos de todo orden, condiciones de vida, ambiente, tipo de trabajo, antecedentes de reacciones o respuestas especiales frente al frío, al calor, al esfuerzo, reacciones psíquicas, receptividad para las infecciones, intensidad de los dolores y todo cuanto puede contribuir a un conocimiento cabal

de la persona. Además, y en condiciones destacadas, los procesos patológicos que ha sufrido.

Queremos llamar la atención acerca de la inmensa importancia de esta parte de la anamnesis. Un agudo escritor francés de los últimos años ha dicho, refiriéndose a su médico y condensado el elogio acerca de su persona, que "era tan gran médico, porque frente al enfermo sabía primero quien era, antes de conocer de aquello de que sufría" (S. Guity). El reiterar una y otra vez este ejercicio, a través de años, permite utilizar la anamnesis en todo su valor. En un gran número de casos, una anamnesis con datos precisos basta para el diagnóstico. Citaré dos ejemplos en los que el dato anamnésico es el solo fundamento para el diagnóstico. En muchas úlceras gastroduodenales, ante la negatividad absoluta del examen físico clásico, la anamnesis da el diagnóstico. El otro es la angina de pecho del tipo de esfuerzo por lesión coronaria, pequeña o moderada, en el que a menudo el examen físico es negativo y la anamnesis, detallando el curso del dolor, su aparición y desaparición en relación con el esfuerzo, sus irradiaciones y sensaciones subjetivas, configuran un diagnóstico de gran precisión.

El documento escrito refleja dos aspectos, uno el conjunto de hechos que describe y, el otro, la calidad médica e intelectual de quien la redacta. La buena historia, la historia ejemplar, es una obra construida por un médico, quien, con los datos suministrados por el paciente, les da una redacción médica correcta, ordenada y lógica.

Dos aspectos más se han agregado a la anamnesis moderna: las condiciones sociales del paciente y su temperamento o estado psíquico. Lo primero es fácil de comprender: salario, obligaciones, responsabilidades, todo lo cual constituye un fondo desde el cual emerge la enfermedad. El estado psíquico, que representa las condiciones mentales del paciente, ha adquirido en los últimos años una importancia cada vez mayor. A muchos cuadros patológicos frecuentes se les ha puesto en relación con elementos de orden psíquico. Afecciones cardiovasculares, como la hipertensión arterial, procesos digestivos como la úlcera gastroduodenal o alteraciones funcionales del colon, etc., se las considera por muchos como consecuencia de fenómenos psíquicos, es decir, lo psíquico sería un factor etiológico. El tema incide en lo que se ha llamado procesos psicósomáticos. Se trata de algo discutido desde muy antiguo, en algunas épocas con mayor intensidad y en otras con menos apasionamiento. En el siglo XIX —el de la gran clínica y de la anatomía patológica— dominó el factor orgánico, es decir, somático. Durante las últimas décadas, con el progreso alcanzado por la psiquiatría —la obra de Freud, Jung, Adler, Kraepelin, etc.— el factor psíquico invadió una parte importante de los campos de la medicina interna.

Sin entrar en las características de la historia psiquiátrica, cuya importancia nos parece trascendental, queremos destacar aquella parte psíquica de la historia clínica de la medicina interna. La influencia de Freud y de los actuales psiquiatras no se puede desconocer; pero tampoco es necesario exagerarlas, como pretenden algunos. El alumno, desde el comienzo de su contacto con el enfermo, deberá dar a los aspectos psíquicos una real y proporcionada importancia. Así, la historia clínica queda completa y se tiene una imagen que cubre todos sus aspectos y matices. Quizás si uno de los avances más notables y sugestivos de la medicina de estos últimos años es, precisamente, el hacer jugar un papel a lo psíquico en muchos cuadros patológicos.

La evolución diaria del curso de la enfermedad constituye una parte llena de interés y, muy a menudo, no cuidada debidamente. Las modificaciones de signos y síntomas, la propia curva térmica, así como el estado de la circulación, la diuresis, etc., son elementos indispensables de observación, control y registro. Dentro de esta evolución, el estado psíquico tendrá especial referencia. El tratamiento ordenado será seguido con cuidado y rigor; su control es indispensable para formarse juicio completo.

La última parte de la historia clínica la constituye un párrafo, sección o capítulo llamado epicrisis, de *epi* encima y *krisis*, juicio. Representa en la práctica diaria, el juicio del médico acerca del conjunto de fenómenos relativos al paciente y a las características mediante las cuales la enfermedad se presentó en él, a su desarrollo, las alternativas de los acontecimientos patológicos, el resultado del tratamiento y su terminación. El enfermo ha dejado el hospital, y el médico que lo cuidó, reflexionando sobre el caso particular, redacta una síntesis final. Además del conjunto de estos acontecimientos, el médico debe dejar constancia de la orientación diagnóstica y terapéutica. Así como la interpretación que le merecieron los elementos patológicos observados. En este párrafo debe quedar consignado el pensamiento del médico, es decir, su juicio. No se trata de un resumen o compendio de la historia clínica, sino algo mucho más significativo, un juicio, es decir, un comentario razonado. Es, sin duda, una de las partes más fundamentales de una historia clínica. En este acápite final queda reflejada la auténtica personalidad del médico.

En relación con la historia clínica, en los últimos años y en muchos servicios clínicos se ha introducido una práctica del más alto valor. Nos referimos a la auditoría de las historias clínicas. Ella consiste en un

examen evaluatorio de dicho documento por los propios miembros del servicio. El documento es revisado desde todo punto de vista, especialmente acerca de las omisiones que pueden ocurrir. Esta revisión, realizada en sesiones especiales, trae consigo una elevación notable de la calidad del documento y hace que todo el servicio aproveche de las sugerencias que de la auditoría surgen. La experiencia ha demostrado invariablemente su utilidad.

9

El examen físico y los métodos auxiliares

Una condición capital: aplicar en todos los casos, con rigor y método, todos los procedimientos de exploración, y no uno solo, porque no se sabe jamás cual es aquel que dará la información más segura y más importante.

EMILE SERGENT

EN SU TAREA DIARIA, el médico tiene a su disposición diversos medios para actuar frente a la enfermedad. En esta lucha, para alejar a la muerte, estos medios representan armas, algunas de gran poder. Son las armas químicas, biológicas, bacteriológicas, antibióticas y varias más. Pero antes de hacer actuar a estas armas es preciso destacar algo previo, poner en juego un recurso poderoso, sencillo e infalible: el examen físico del paciente. En la ordenación de los elementos para esta acción, su rango es de primer plano. Representa un momento, un tiempo de la operación general, que es decisivo.

El progreso de la técnica ha desarrollado todo un gran conjunto de procedimientos orientados a un más exacto conocimiento del proceso patológico. Son los instrumentales, desde el sencillo y modesto martillo de reflejos, hasta los más complicados como el angiocardiógrafo. La perfección de los instrumentos ópticos ha permitido el uso de tubos especiales para ver el interior de cavidades: broncoscopio, esofagoscopio, gastroscopio, rectosigmoidoscopio, laparoscopio, etc. La bioquímica ha logrado realizar determinaciones de gran número de substancias en líquidos y secreciones normales y patológicas y, especialmente, ha revelado la variación de los niveles sanguíneos de todos sus componentes. La bioquímica, también, ha desarrollado todo un sistema, muy variado y a veces muy complejo, de pruebas funcionales para interrogar la modalidad de reacciones de algunos órganos o de apreciar el estado de sus funciones. La investigación bacteriológica ha dado a gran número de procesos su razón etiológica. Dentro de este conjunto tan amplio se destaca con caracteres singulares el método radiológico, el más notable de todos.

Frente a este proceso, muchos se han preguntado si lo clásico en medicina, es decir, el examen físico, ha perdido mucho o poco de su rango y su valor; incluso, más de algunos, han pensado, que esta exploración va en camino de ser reemplazada. Si dedicamos una parte especial de estas páginas al valor del examen físico es, precisamente, porque cada día atribuimos a esta arma sencilla e infalible, un valor verdaderamente grande.

En el capítulo anterior, ha quedado detallado todo lo estrictamente indispensable de conocer acerca de la historia clínica. Veamos ahora, el examen físico. Ambos son la obra personal, directa, realizada por el médico frente a su paciente. Esta relación en cuanto a la cercanía del paciente, a su comprensión, en un plano de intimidad, no puede ser reemplazada por nada. Es la auténtica relación entre ambos, médico y enfermo. Para realizar con éxito, en forma exacta ambas acciones—historia clínica y examen físico— se requiere años de trabajo perseverante, hasta llegar, en muchos aspectos a un verdadero virtuosismo. Es necesario hacer la vida de hospital con verdadera autenticidad. No siempre la juventud acepta como verdadero este aserto; por eso es necesario insistir y volver a insistir en él.

A pesar del enorme aumento de la instrumentación y de los recursos bioquímicos, los cuatro elementos básicos del examen físico conservan todo su valor: inspección, palpación, percusión y auscultación. Son los sentidos, la vista, el tacto y el oído lo que entra en juego. La inspección y palpación arrancan, en la forma de un orden razonado, de la medicina hipocrática. En el *Corpus Hipocraticum*, así como en numerosos trabajos de la escuela que le siguieron, abundan ejemplos realmente brillantes y sorprendentes de historias clínicas en las cuales la inspección y la palpación muestran todo su valor. La preparación previa de quien realiza la inspección y la palpación, el grado de su experiencia, es lo que hará rica y fructífera esta exploración.

La percusión, valiosísimo medio de exploración, nace en Viena hacia fines del siglo XVII. Leopold Auenbrügger, después de varios años de preparación, entrega a la medicina el año 1763 este método de exploración del tórax, bajo la forma de un pequeño libro. El desarrollo del método es completo; comprueba sonoridad y matidez, presencia de líquido pleural, todo lo cual lo controla con estudios de autopsias. Como muchos descubrimientos trascendentales, pasó casi inadvertido, prácticamente nadie se ocupa de este método. Van Swieten, entonces profesor de clínica en Viena, menciona este método de una manera muy accidental y sin atribuirle importancia. De la misma manera, los sucesores del gran clínico vienés. Fuera de Austria, no hay referen-

cias. Más de una década después, en 1776, en Montpellier, Roziere de la Chassagne, publica una feliz traducción del latín al francés. Sin embargo, a su muerte, en 1807, a los ochenta y cinco años, parecía que su descubrimiento estaba completamente olvidado. Incluso la traducción francesa antes mencionada no tuvo ninguna repercusión. Coincidencia histórica muy curiosa. El mismo año que vio la luz la obra de Auenbrügger, apareció la obra monumental de J. B. Morgagni, quien en esa época era 40 años mayor que el vienés. J. N. Corvisart, profesor de clínica en París, comenzó desde 1876, a estudiar, controlar y enseñar este método olvidado más de 30 años antes. Esencialmente, la percusión consiste en provocar un sonido en el tórax mediante un golpe sobre su pared. En un principio, esto se hacía con una pequeña placa metálica, llamada plexímetro. El golpe producía una resonancia en relación con la mayor o menor cantidad de aire que había dentro del tórax. El plexímetro se abandonó y se reemplazó por el dedo medio de la mano izquierda, que recibe el golpe dado por el dedo medio de la mano derecha. Hoy día esta elemental técnica es clásica y universal. Límites torácicos, sonoridad, timpanismo, matidez, etc., los revela la percusión con un margen de seguridad, casi absoluto. No se trata sólo de un método de examen. Es, históricamente, algo de mucho mayor significado. En la semiología clásica se contempla el síntoma y el signo. El primero es el elemento patológico que advierte el enfermo, de los cuales el dolor es su expresión máxima. El signo que revela la enfermedad, es identificado, comprobado físicamente por el médico. Pues bien, los diversos elementos puestos de manifiesto por el método de la percusión, constituyen el primer aporte, a los signos objetivos de la enfermedad. Más aún, es un signo provocado. Como lo señala E. Rist, es, en verdad, una experiencia. Habi tuado a usar día a día, hora a hora, la percusión de Auenbrügger, no reparamos en su gran significado histórico. Pensemos que la medicina clínica de hoy está construida en gran parte—lo más sólido, sin duda— sobre los signos físicos objetivos, lo cual arranca del trabajo paciente, ordenado y serio de un médico que, en su tiempo, no llamó la atención de sus contemporáneos, pero que la historia le ha hecho un reconocimiento justiciero.

La auscultación es la percepción por medio del oído de los ruidos, normales y patológicos que se originan en el organismo. Si bien es cierto que en la Grecia clásica se señaló el estertor en los agónicos—ello figura en los poemas homéricos— así como la llamada sucusión hipocrática, o sea ruido hidroaéreo determinado por cavidades con contenido líquido, ya sea en pleno parénquima pulmonar, así como en la

pleura, lo que hoy conocemos como auscultación en medicina se debe por entero al genio de R. H. T. Laënnec.

Pocas páginas de la historia de la medicina tienen tanta belleza como las que conciernen a la invención de la auscultación. El genio brilla en ella en la concepción, la técnica de su comprobación, de realización y, finalmente, en su proyección hacia el futuro. En los primeros años del siglo XIX, la medicina experimentó un impulso de progreso extraordinario cuando los médicos, con elementos provencillos, dieron comienzo al examen físico del paciente. Para apreciar los ruidos que se producen en el tórax con el movimiento de la respiración, no pudiendo hacerlo directamente aplicando el oído sobre la pared torácica, Laënnec pensó que un instrumento especial podía ser el medio que hiciera esto posible. Un día, de regreso de sus labores habituales en el Hospital Necker, vio a unos niños en el jardín de las Tullerías cuyo juego consistía en escuchar la transmisión de ruidos provocados por golpes en un extremo de un madero de cierta longitud, los cuales podían percibirse en el otro extremo. Así nació la concepción de un instrumento de madera, de forma cilíndrica, de más o menos 30 cm. atravesado, de largo a largo, por un pequeño canal. Lo denominó *estetoscopio*. Este vocablo, ideado por el propio Laënnec, es la combinación de dos raíces griegas, a saber *stethos*, que significa pecho y *skopein*, que quiere decir yo examino. El acto de percibir estos ruidos, lo llamó Laënnec, según la voz latina *auscultare*, que significa escuchar. Es en París en 1816.

La comprobación realizada mediante la auscultación de los enfermos por medio del estetoscopio y observando los hallazgos que se encontraban en la autopsia, llevaron a Laënnec a construir un sistema de conocimiento del proceso patológico que ha sido denominado el método anatomoclínico, el cual constituye una de las bases más sólidas de la medicina moderna. Bien es cierto que, desde mucho antes, la información proporcionada por el estudio de las lesiones anatómicas había sido ya iniciada, la comprobación sistemática del dato clínico, ahora con signos objetivos, frente a la lesión de la autopsia, representa un método de extraordinario valor. Nunca antes, ambos campos, la clínica objetiva y la anatomía patológica, habían estado más unidas. Pocos métodos han sido de una fecundidad más grande en el avance del saber médico.

La auscultación explora todo el tórax y en mucho menos escala el abdomen. A veces, también, los vasos periféricos. Toda la patología pleuropulmonar, así como la cardíaca quedan bajo el dominio de la auscultación. Las grandes escuelas médicas del siglo XIX —Francia, Inglaterra, Alemania, Austria, para nombrar las que han deter-

minado el mayor caudal de progreso— perfeccionaron el método y le dieron un valor semiológico extraordinariamente exacto. Los que miraron la patología respiratoria como de su predilección, con la reiterada experiencia anatómica primero y radiológica después, han precisado el valor de cada elemento en forma perfecta. Otro tanto ocurrió con la cardiología y hoy día es la auscultación el elemento central e insustituible como método de exploración clínica, en esta sección de la medicina.

En la cardiología moderna, especialmente después del impulso dado por la corrección quirúrgica de muchos defectos congénitos, la auscultación ha revelado, como siempre, ser uno de los medios de exploración más fieles. La escuela cardiológica francesa, como en una línea genealógica recta —Laënnec - Bouillaud - Potain - Duroziez - Vaques - Laubry - Lian— y toda la nueva generación, ha dado a la auscultación cardíaca una importancia de primer plano.

En Inglaterra, especialmente en las últimas décadas, diversos especialistas han puesto de relieve su enorme valor. Parkinson, Wood, Bridgen, Laetham, se encuentran entre los más destacados. En los Estados Unidos, Flint, Graham, Levine, P. D. White, Ravin, MacKusick y otros, también han destacado el enorme valor de este método. En Alemania debe recordarse a Traube quien simultáneamente con Bouillaud, descubrió el ritmo de galope. En España, debe señalarse a Calambre y en la América Latina las nuevas escuelas cardiológicas de brillantes caracteres.

A estos cuatro métodos clásicos se ha agregado, con el carácter de fundamental el peso y la estatura.

Pero debemos señalar otros cinco elementos que hoy día son parte integrante del examen físico de tipo básico. La temperatura señalada por Santorio (1626) y por Lancisi (1700) fue introducida en la clínica diaria, como parte rutinaria, por C. Albutt en 1870, con el llamado termómetro clínico. Las presiones arteriales cuya introducción a la clínica se debe a von Bach y Riva-rocci, la cual fue perfeccionada por Potain, hoy es un elemento del que no se puede prescindir. A nivel de la sangre, en donde los exámenes pueden ser numerosos, dentro de un marco del examen físico básico se exige el hematocrito y la sedimentación globular. En la orina, antes tan analizada cuando constituía el único elemento de exploración, se exige la determinación de la albúmina y el estudio del sedimento urinario.

Hemos dejado para un párrafo aparte lo relativo al estudio radiológico. Descubiertos en 1896 por C. Roentgen, los Rayos X representan uno de los elementos más notables en la exploración del paciente. La

determinación del germen patógeno y la radiología han sido de los descubrimientos más singulares en el avance del saber médico. Aplicada la radiología a todo el organismo, utilizando mil recursos para crear contrastes de diversas tonalidades de sombras, informa al médico de una manera objetiva acerca de contorno de órganos, cavidades, presencia de líquido, variaciones de la densidad de los tejidos, etc. Más aún, suele descubrir lesiones mucho antes que se transformen en clínicas, con lo cual se adelanta, con gran beneficio, el diagnóstico y el tratamiento.

Con todo este conjunto de exámenes, lo clásico y lo fundamental que se agrega, el rendimiento es de un 85% de diagnósticos bien fundados. Queremos llamar la atención con especial énfasis, sobre este aserto. El médico puede cumplir acertadamente con las partes fundamentales de su tarea, con solo el examen físico bien realizado. El dominio del examen físico es un largo camino; son años de trabajo paciente, de corregirse diariamente.

Cuando se realiza un análisis de los errores de diagnóstico, en un gran porcentaje la causa se debe a un examen físico incompleto, defectuoso.

Junto a este conjunto básico, se agrega, en cada caso un grupo de exámenes realizados en laboratorios, los cuales en las últimas décadas se han multiplicado de una manera avasalladora. Se han emitido juicios muy variados acerca del mayor valor del examen clásico o de la investigación complementaria. No es posible establecer un criterio o norma rígida. Cada caso es especial. El número de veces en que un examen de laboratorio da el diagnóstico exacto es, sin duda, importante. Como ejemplo citaremos los aportes proporcionados por la actual hematología. Sin esta exploración, no es posible hacer muchos diagnósticos. Sin duda, hay mal uso o abuso de los exámenes de laboratorio. Creemos que es aquí en donde el criterio y la prudencia del médico tienen un mayor campo. Ninguna frase sintetiza mejor esta situación que la de C. Richet: "el que quiere sobreponer la clínica al laboratorio, o el laboratorio a la clínica, lo que no conoce es la clínica ni el laboratorio".

IO

Información acerca del método científico

Ahora bien, entiendo por método reglas ciertas y fáciles, gracias a las cuales el que las observe exactamente, no tomará nunca lo falso por verdadero y llegará, sin gastar esfuerzo alguno de la mente, sino siempre aumentando gradualmente la ciencia, al verdadero conocimiento de todo aquello de que sea capaz.

R. DESCARTES

EN LAS DIVERSAS disciplinas que integran la actual medicina, encontramos que han sido realizadas de acuerdo con procedimientos y normas bien determinados. Largo camino ha sido necesario recorrer hasta llegar al estado actual de nuestros conocimientos.

Forman parte de estas disciplinas la experimentación animal, los estudios bioquímicos y biofísicos, los hallazgos anatómicos macro, micro y electromicroscópicos, los estudios bioestadísticos de sólida base matemática y, finalmente, el análisis de los antecedentes históricos del tema en estudio, con el objeto de precisar el estado en que se encuentra el saber médico acerca de dicho tema. Estas disciplinas tienen una base científica muy bien cimentada. Todo conduce a que sea posible llegar a un conocimiento más o menos exacto de la enfermedad. Es este un camino seguro y único, para devolver al organismo enfermo el goce de la salud. Cl. Bernard, en la primera frase de su obra inmortal dice: "Conservar la salud y curar las enfermedades: tal es el problema que la medicina ha planteado desde su origen y en el cual ella persigue todavía la solución científica". Agrega, después el maestro, que la solución demorará aún un largo tiempo en ser alcanzada. En cada una de estas disciplinas aparentemente dispares, encontramos un factor común, fuertemente definido: es el método con que se ha conducido el razonamiento hasta llegar a establecer hechos ciertos y permanentes.

Es evidente que las orientaciones acerca de normas y procedimientos lógicos en este orden de actividades intelectuales, tienen su origen en los pensadores de la Grecia clásica. Sócrates, Platón y Aristóteles son

los nombres que surgen de inmediato. Pero en lo que se refiere a sus actuales características, estos procedimientos y normas datan del siglo XVII y pertenecen, en una forma destacada, al período llamado de la Ilustración. Los nombres que deben recordarse, considerado el proceso desde un punto de vista general son los de F. Bacon, W. Harvey, R. Descartes y B. Pascal. Bacon establece, en un sentido filosófico, los fundamentos de un método y señala las fases del proceso mental para llegar a conclusiones, es decir, a la verdad. De lo particular a lo general, de lo conocido a lo desconocido, de lo individual a lo universal.

A través de la inducción procura llegar a los principios.

Harvey, en su obra monumental, realiza un método experimental sencillamente perfecto; pero, en ningún momento hace referencia o da una explicación de sus condiciones; no discute el razonamiento seguido, sino que expone sus experiencias y establece sus condiciones, todo dentro del rigor científico más estricto. Descartes es quien construye de una manera maestra las diversas fases del razonamiento. El pensamiento cartesiano presidirá los siglos siguientes con gran altura y elegancia. Muy poco después, Pascal toma el tema y habla del arte de persuadir.

En el campo de la medicina, el método tendrá su máxima expresión en la obra de Cl. Bernard. *La Introducción al estudio de la medicina experimental*, vio la luz en París en 1865, cuando el gran fisiólogo tenía 52 años. Separan las dos obras, la de Descartes y la de Bernard, más de dos siglos. Una vez más verificamos el lento caminar de la ciencia en los siglos XVII, XVIII y XIX. Dentro del ámbito de las ciencias biológicas y, en especial en la medicina, la importancia de la obra de Cl. Bernard, medida por su influencia creciente, es comparada con la realizada por Hipócrates y por Harvey.

Descartes habló solamente del método; Cl. Bernard lo denomina método experimental. En los últimos años, en un verdadero consenso, se le conoce como el método científico.

Las fases fundamentales del razonamiento lógico —la esencia íntima del método— se aplican en la totalidad de las disciplinas que integran la medicina. Toda la ciencia moderna, anota P. Laín se halla como empapada por la preocupación metódica. Muchos pensadores y hombres de ciencia han sostenido que las matemáticas representan, por su precisión y claridad, lo más definido del razonamiento metódico. Acerca de esto no hay duda. Las matemáticas trabajan con números, algo fijo con límites y relaciones precisas. El hecho biológico no tiene esas características tan bien señaladas; más aún, tiene equívocos, aspectos comunes a otros hechos y, muy a menudo, para establecer comparaciones y sacar conclusiones, no se conocen todos los

factores que entran en juego. Hay aproximaciones, apreciaciones, supuestos, todo lo cual suele rodear al método científico en el terreno biológico, de una cierta incertidumbre. Es esto, sin duda, uno de los grandes escollos y dificultades que hacen del método científico aplicado a la medicina algo difícil. Por otro lado, puede sostenerse que es, precisamente, en el campo de la medicina en donde un método debe aplicarse como una exigencia categórica e inexcusable. No hay en nuestra provincia la condición matemática pura, lo que, para Descartes representaba el modelo claro y cierto del conocimiento. Pero se impone al médico una disciplina rigurosa, pues de su capacidad depende la salud de un enfermo y el progreso de la medicina. El método científico forma parte de esa disciplina. Si, durante los últimos siglos, el método científico no fue regular y sistemáticamente aplicado a la medicina clínica, es porque sólo en las últimas décadas un caudal científico suficiente ha sido logrado. La fisiología, por un lado y la bioquímica, por otro, han sido las ciencias que han enriquecido y dado su sello a la tarea que tenemos en nuestras manos.

Antes de llegar a ofrecer una concepción general del método científico, nos parece necesario señalar algunos hechos básicos, lo cual ayudará a configurar el procedimiento metódico.

En primer lugar, el principio de la duda. Fue señalado por Descartes; pero, el mayor énfasis está, sin duda, en la concepción de Cl. Bernard, lo cual más se acerca a la índole de nuestras actividades médicas. La duda, en el curso del razonamiento científico, tiene los caracteres y atributos de la duda llamada filosófica, es decir, que representa un acto voluntario en el curso del cual el juicio acerca de la cosa observada se suspende transitoriamente. Ello permite ordenar las ideas. En el orden médico, el aplicar el criterio de la duda hace posible alejar, dejar en un segundo plano, las ideas preconcebidas. Estas ideas *a priori*, constituyen algo anticientífico. Sin embargo, la tendencia más frecuente es, precisamente, dejarse llevar por ellas. La duda es una sana y prudente posición mental en el método científico. Es posición de espera y momento de reflexión. Tal como Cl. Bernard lo señaló con extrema precisión, no debe confundirse la duda con el escepticismo. En la duda, hay espera; en cambio, en el escepticismo hay una actitud mental negativa. Sin ir hasta las concepciones filosóficas antiguas, que partían de la base que la verdad no existía o no se podía alcanzar, en la realización del método científico el escepticismo, o la actitud escéptica, lleva a la incredulidad, o sea a un punto muerto, a un callejón sin salida en el desarrollo del razonamiento. Basta tomar parte o aun sólo presenciar de cerca el desarrollo de experiencias en las ciencias básicas o preclínicas para apreciar cuan perni-

cioso y perjudicial es la actitud escéptica y todo lo fecundo y promisor que constituye la duda representada por esta espera, o suspenso, para caminar hacia una conclusión.

El segundo aspecto es el relativo a la hipótesis. En la realización de experiencias de diverso orden, e incluso de una serie de ellas, ha sido habitual establecer una hipótesis de trabajo. Es decir, un enunciado teórico o supuesto del cual se pretende sacar algunas conclusiones. Ha sido, y es, una práctica de gran utilidad. Si se ordena en un sentido todo lo que en una experiencia ha sido llevado a efecto, la hipótesis de trabajo aparece como lo inicial; en cambio, las conclusiones deben colocarse al término de esta sucesión de acontecimientos.

Los hechos en sí mismos son las comprobaciones parciales que sucesivamente van apareciendo. Los hechos debidamente comprobados son, sin duda, estables; pero, adquieren su real valor sólo por la idea que sugieren o por la prueba que ellos aportan frente a la hipótesis de trabajo. Es esta, sin duda, una de las condiciones más sutiles y, a la vez, más peligrosas para la buena interpretación de lo que se ha observado o experimentado.

El sentido crítico va unido íntimamente a todo el desarrollo del método para llegar a la comprobación de la exactitud de lo observado o de los hallazgos. En todas las aplicaciones del método, el sentido de crítica es fundamental. Critica, en cuanto a lograr verificar su existencia. Por un lado, se relaciona con la duda y, por otro, puede caer en el escepticismo. Como en todo el desarrollo del método, aquí también es necesario un gran equilibrio en la ordenación de su conjunto.

Finalmente, el investigador, o sea quien lleva a cabo o dirige el grupo que realiza la experiencia, debe también ser considerado.

El investigador aparece en escena sólo con Cl. Bernard. No fue tomado en cuenta para establecer sus condiciones y características ni por F. Bacon ni R. Descartes. Investigador, científico o médico, es el tipo de personaje que actúa en el desarrollo del método científico, cuando este se pone en juego para procurar conocer la verdad, ya sea en una experiencia o en el caso de un enfermo. Tres cualidades y condiciones que debe exhibir, ya sea el médico, el científico o el investigador. Primero, un grado avanzado de ilustración o cultura científica o médica. Ello es indispensable. Esta condición, que es única, hace que la mente de quien conduce una experiencia esté debidamente preparada, usando una feliz expresión de Pasteur. Una experiencia es, habitualmente, una parte de una serie de trabajos y no es posible entrar en repeticiones que, en el fondo constituyen una pérdida de tiempo,

de esfuerzo y de iniciativa. Segundo, la consulta de la literatura respectiva es fundamental. Finalmente, la tercera condición es estar posesionado de todos los elementos básicos y matices del método científico.

Veamos, ahora, un esquema general del método científico, circunscrito sólo al dominio de la medicina. La verdad que se procurará conocer con el auxilio del método científico se refiere a fenómenos biológicos, tanto en el orden normal, como en el patológico.

El método científico es el procedimiento intelectual que ordena un conjunto de reglas ciertas y fáciles para llegar al conocimiento de la naturaleza de los fenómenos biológicos.

Las reglas ciertas y fáciles —usando el auténtico lenguaje cartesiano— están representadas por la observación sistemática de estos fenómenos naturales, así como de los provocados directamente con fines experimentales: observar y clasificar, razonar y concluir.

Del análisis de estos fenómenos en un carácter particular, de sus relaciones y constancia, se debe llegar a formular normas o leyes de carácter general.

El procedimiento intelectual supone el establecer una hipótesis de trabajo razonable y bien fundada, el juego del principio de la duda y el conducir dicho procedimiento dentro, de un sentido crítico proporcionado.

“El verdadero método experimental, dice textualmente F. Bacon, ante todo, enciende la antorcha y a su luz muestra seguidamente el cambio, comenzado por una experiencia bien regulada y profunda, no sale de sus límites, en la que no se desliza el error. De esa experiencia induce leyes generales y recíprocamente de esas leyes generales bien establecidas, experiencias nuevas”.

En el dominio de la medicina y la biología, el método científico se aplicará en dos líneas paralelas y estrechamente vinculadas en su significado. Una de ellas es en el estudio de un fenómeno provocado, es decir, experimental, ya sea químico, físico o animal. La otra línea es en el examen de un fenómeno espontáneo, es decir, el diagnóstico de la enfermedad de un paciente. Cl. Bernard pensaba que la enfermedad era una experiencia provocada por la naturaleza.

II

El proceso de la formación del diagnóstico. La aplicación a la clínica del método científico

La experiencia corrige al hombre cada día.

GOETHE

EN LA REALIZACIÓN de los fines que debe cumplir la medicina, el diagnóstico del mal que aqueja a un ser humano representa un momento crucial de una enorme y no disimulada importancia. Sin diagnóstico no hay camino que seguir; todo es incierto. El diagnóstico es el punto de partida de la acción.

Tres palabras entran en el juego al respecto: *diagnóstico*, *diagnosticar* y *diagnosis*. La primera es la fundamental; las dos siguientes son derivados. Diagnóstico es una voz que proviene directamente del griego. De *dignóskó*, yo conozco, deriva *diagignóskó* que significa yo distingo, discierno y de aquí surge el vocablo *diagnostikós*, cuyo significado exacto es: distintivo, que permite distinguir. Este vocablo ha quedado en el dominio del lenguaje médico; sólo por excepción se le usa en otras oportunidades. Diagnóstico, es la calificación que da el médico a la enfermedad que padece un enfermo de acuerdo con las manifestaciones y antecedentes que rodean al proceso en estudio. *Diagnosticar* es el acto de llegar a determinar la enfermedad y *diagnosis* es el conjunto del conocimiento de los signos de las enfermedades. Este último vocablo, perfectamente correcto, es poco usado tanto en el lenguaje hablado como escrito. Según Coraminas, el vocablo diagnóstico aparecen en la literatura española en 1843, lo cual no significa que antes no hubiera sido usado, incluso desde mucho tiempo. En los países de habla inglesa se usó largo tiempo, desde el siglo XVII, al identificar un resumen de la historia del paciente y no en el significado actual. El vocablo se ha extendido y es igual hoy día en todos los idiomas, tanto en su forma lingüística, como en su aplicación médica.

La palabra diagnóstico se usa prácticamente en relación con la enfermedad. Mas, se habla también de diversos tipos de diagnóstico: clínico, anatómico, semiológico, diferencial, radiológico, electrocardiográfico, hematológico, de laboratorio, etc.

Lo fundamental en medicina es el llamado diagnóstico clínico, el cual se refiere específicamente al reconocimiento de la enfermedad que sufre un paciente dado. El diagnóstico anatómico a anatomopatológico, que también es fundamental, se refiere al reconocimiento de las lesiones encontradas a la autopsia, así como en las biopsias. Los demás tipos de diagnóstico no se refieren a enfermedades consideradas en su total expresión, sino a fenómenos parciales dentro de un proceso general; por ejemplo, el reconocimiento de un derrame pleural es un diagnóstico semiológico; implica sólo la presencia del líquido, mas no su naturaleza.

Nuestras consideraciones se referirán exclusivamente al diagnóstico clínico, es decir, al procedimiento para llegar a reconocer una enfermedad.

El diagnóstico clínico es, esencialmente, un acto doblemente personal. El diagnóstico está ligado al porvenir del propio paciente en y gran medida, guarda relación con la autoridad y el prestigio del médico.

En torno a la capacidad para diagnosticar se han hecho muchas especulaciones e incluso, tejido curiosas leyendas. Se ha dicho que muchos médicos, con rápidas miradas, reducidos exámenes físicos, han llegado a diagnósticos a veces espectaculares. El cálculo de probabilidades puede tal vez explicar muchos de estos pretendidos aciertos. Nada más pernicioso y perjudicial para la formación correcta del médico que dar crédito e importancia a estos "ojos clínicos" más o menos misteriosos y, en todo caso, superficiales. Espíritus livianos suelen dejarse llevar por este verdadero espejismo.

Las normas que damos a continuación son las que hemos visto realizadas casi exactamente por gran número de maestros en muchas partes del mundo.

La formación del diagnóstico clínico requiere una serie de condiciones para asegurar su éxito. Entre éstas, debemos recordar que un ser humano que sufre de una enfermedad constituye un hecho concreto, en cambio la enfermedad representa un concepto abstracto. Ahora bien, el desarrollo del proceso biológico que es la enfermedad, es progresivo, dinámico, evoluciona, cambia, adquiere diversas intensidades, mostrando fases agudas, crónicas e incluso latentes. Además, cada enfermo reacciona a su manera, todo lo cual contribuye a dar a la enfermedad un gran polimorfismo.

Un hecho básico es que el médico tenga un amplio y sólido conoci-

miento de las enfermedades, lo que en nuestro lenguaje se ha llamado la patología, es decir, la "ciencia que estudia las enfermedades". Para llegar a este conocimiento es necesario largo estudio, conocer varios textos, trabajos y publicaciones y, además, haber adquirido experiencia personal, razonada, vivida, al lado de la cama del enfermo. Es la tarea permanente del médico. Ya es un lugar común decir que el estudio de la medicina cubre toda la vida del médico. Conocer las enfermedades, estar al corriente de la evolución del pensamiento médico, es una obligación consubstancial del médico. En todo momento, el médico debe saber mucha medicina.

El diagnóstico se refiere a un enfermo determinado. Pues bien, entre las condiciones que debe tenerse en cuenta y en forma muy destacada, es lo que se ha llamado la colaboración de parte del paciente. Todas las variaciones son posibles. El médico enfrenta siempre a muchas dificultades. El caso del paciente culto, inteligente, deseoso de cooperar es frecuente y allana muchas situaciones. Pero, hay enfermos que lo más a menudo no cooperan y lo hacen de una manera involuntaria. En los datos que suministran al médico hay algo que falta, como que se oculta. A veces, es el temor a un diagnóstico severo o sombrío, otras es por olvido, porque no le dan importancia o creen que no tiene una relación especial. Un breve ejemplo: una enferma da detalles de dolores que tienen una forma típicamente radicular; se le interroga con insistencia acerca de sus antecedentes y sólo el examen físico descubre que un pecho ha sido extirpado por un neoplasma con lo cual se estimó curado. Sin embargo, los dolores radiculares del lado opuesto a la operación eran por tardías metástasis de la columna. Todos han visto pacientes que olvidan muchas cosas que han ocurrido en su salud. Otros enfermos, especialmente los de temperamento neurótico, relatan algunos síntomas, a veces, en forma exagerada.

El proceso de la formación del diagnóstico es esencialmente un método, un razonamiento lógico. Esta condición deseamos destacarla como de primera importancia. Con los conocimientos actuales adquiridos por la medicina y la seguridad de los métodos de exploración, se está en condiciones de disponer de un considerable número de datos e informaciones a fin de ordenar adecuadamente las fases del procedimiento intelectual para la formación del diagnóstico. Es este razonamiento el que creemos que el médico debe llevar a la práctica en cada caso. Es lícito colocar en un mismo plano la experiencia realizada en el laboratorio, con el proceso de la enfermedad. Ambos son fenómenos biológicos, el primero es provocado, en cambio el segundo es espontáneo. En las actitudes que el médico debe adoptar para encuadrarse en el ambiente científico de la medicina de hoy, debe, necesariamente, con-

ducir sus actos en la formación del diagnóstico, de una manera científica.

La formación del diagnóstico clínico está integrado por cuatro fases sucesivas: 1) análisis, 2) juicio crítico, 3) síntesis y 4) conclusión o formulación del diagnóstico.

El análisis es la reunión de todos los elementos patológicos, personales y sociales que presenta el paciente. Ellos los obtiene el médico de tres fuentes: anamnesis, examen físico y exploración complementaria. Es decir, lo esencial de la historia clínica. Los datos e informaciones obtenidas a través de estas fuentes servirán para conocer en el enfermo los signos y los síntomas que presentan. Además, obtendrá de su contacto directo, una gran cantidad de información acerca de sus condiciones psíquicas y temperamentales, del medio familiar, de trabajo y de la comunidad en que vive. Todo es importante y mientras más extensa y minuciosa sea la recolección de estos datos, mayor será la seguridad del diagnóstico. A través de la anamnesis, el examen físico y la investigación complementaria, el médico hará el análisis de su enfermo.

El juicio crítico se aplicará a los datos ya reunidos. Esta fase, que es de enorme importancia, dejará en claro qué cosa de lo encontrado es realmente exacta, si no habrá algo que dio la falsa imagen de un síntoma o un signo, si una reacción o prueba funcional fue o no fehaciente. Frente a los datos analizados, el médico deberá tener una actitud de duda. El *principio de la duda*, representa en la clínica algo de un valor no igualado. El experimentador debe dudar, huir de las ideas fijas y guardar siempre su libertad de espíritu. (Cl. Bernard). En la atmósfera científica, que es el sello de la medicina de hoy, el médico es esencialmente un observador de los fenómenos que le ofrece el hombre enfermo. Mientras en la conducción de una experiencia de laboratorio se pueden regular todos los incidentes y condiciones para ver un resultado, en el caso de la enfermedad las condiciones e incidentes, por ser espontáneas en su desarrollo, el médico tiene que buscarlas, apreciarlas, confirmarlas. El principio de la duda será lo más estricto. Si en un enfermo se aprecia que un borde del hígado sobrepasa el límite costal, puede tomarse como un hígado grande; pero, puede ocurrir que esté descendido o basculado. En un caso es hepatomegalia y en el otro hepatoptosis. Y el significado para el diagnóstico es enteramente diferente. Otro ejemplo. En un proceso renal, el estado de elevación de la presión arterial es signo muy importante y que orienta un diagnóstico; ahora bien, en un paciente con signos renales puede tener una hipertensión arterial previa e independiente de la lesión renal. La clínica diaria, conducida con rigor de duda, ofrece día a día ejemplos de este orden.

La vida en la sala del hospital enseña que hay un número apreciable de pacientes cuyo diagnóstico puede formularse con un gran margen de seguridad. Los métodos clínicos, más el agregado de las técnicas auxiliares corrientes, son suficientes. Pero, junto a este grupo, existe el otro, por fortuna más reducido, en el cual es necesario reiterar el examen clínico, revisar la anamnesis con nuevos y más profundos interrogatorios y multiplicar las exploraciones complementarias.

La experiencia clínica es la formación de un patrimonio personal inagotable, sin límites; es la obra que, comenzada en la juventud, en la época de estudiante, se perfecciona cada día y en los años de la madurez adquiere un valor irremplazable.

Mas, no basta mirar y ver; es necesario ponderar los hechos acumulados y formarles, en la mente del médico, una atmósfera adecuada. La adquisición de la experiencia va paralela a otras actividades de la inteligencia. Detallemos sumariamente algunas de estas actividades intelectuales.

En primer lugar, el método, sin el cual no hay orden. La observación y su consecuencia, la experiencia, deben realizarse según un plan. En segundo lugar, debe existir la capacidad de observación, con disciplina, con sistema y con la mente bien dispuesta.

Una condición, en extremo necesaria, es la reflexión. Pensar y volver a pensar, en lo que se ha observado. Además, teniendo en cuenta que las enfermedades tienen muchos signos y síntomas semejantes o parecidos, una adecuada discriminación es del todo necesaria. El fenómeno de la asociación de ideas es otra condición de gran importancia y de positiva ayuda.

Pensamos que, en las condiciones que deben formar la atmósfera intelectual, como un telón de fondo en la mente del médico, debe estar su cultura, el dominio de las ideas generales; ello da al trabajo de la mente la elasticidad, la ponderación y el discernimiento tan adecuados para el razonamiento, es decir, el camino hacia la formulación del diagnóstico. En la clínica la tarea diagnóstica constituye el acto personal e intelectual más sobresaliente y más lleno de responsabilidades.

Durante las últimas décadas se ha puesto en práctica un ejercicio docente destinado a afinar lo más posible la técnica del diagnóstico a través de las llamadas conferencias o reuniones clínico-patológicas. Su propósito inicial se ha visto prestigiado con el gran progreso médico-clínico a que ha dado lugar. Confrontación anatomopatológica con la sintomatología clínica es una antigua práctica (Bonetus, Morgagni, Bichat, Laënnec, etc.). La construcción de los grandes cuadros clínicos, verdaderos y perdurables han sido realizadas de esta manera. La obra

de R. Virchow es, en este sentido, uno de los pilares de la actual medicina. Sin embargo, una correlación permanente, sistematizada, no existía y sólo aparecía en forma ocasional.

Richard C. Cabot, profesor en la Universidad de Harvard, ideó un modelo de ejercicio que ha hecho fortuna, y, más que eso, ha adquirido el prestigio de una actividad indispensable para la educación médica.

Se las ha llamado las conferencias clínico-patológicas. Su práctica ha tenido variaciones conservando sí su sentido original. Cabot comenzó en 1895 a realizar en Harvard ejercicios clínicos críticos con grupos de alumnos; después, incluyó los resultados anatomopatológicos. En 1910, en el Massachusetts General Hospital, con J. H. Wright, patólogo, se iniciaron las conferencias dentro del modelo que ha sido básico.

El ejercicio clínico-patológico posee una orientación especial. El diagnóstico clínico está en relación con un enfermo; es un acto que permitirá, al conocer la enfermedad, realizar un tratamiento. Está, pues, cumpliendo con el fin milenario de la medicina, es decir, curar al enfermo. En cambio, el ejercicio clínico-patológico tiene por objeto perfeccionar en la mente del médico una técnica del diagnóstico. No existe la consecuencia inmediata del beneficio de un enfermo. Para el ejercicio clínico-patológico se dispone de dos documentos que, puede decirse, están separados. Uno es la historia clínica completa, el otro, es el estudio detallado de la autopsia. Mientras el diagnóstico clínico se refiere a un enfermo; el diagnóstico patológico está en relación con una autopsia.

Para mirar más claramente la modalidad de estos ejercicios, haremos, quizás un poco arbitrariamente, una separación en dos tipos: el primero, opera sobre la base de discusión clínica sin el conocimiento del resultado del estudio anatomopatológico. Es el llamado método de la autopsia secreta. En este ejercicio juega un papel muy importante el suspenso. El otro método supone que los informes clínico y el patológico se conocen previamente. Ambos métodos tienen sus defensores, a veces en forma muy convencida.

Hay aspectos que son en cierto modo contradictorios, tal es el caso de un médico que discute del diagnóstico de un enfermo que no ha examinado, sólo sabe de sus males a través de un relato; la parte personal, el aspecto íntimo de haber reunido los datos clínicos y organizado el diagnóstico, no existe. Por otra parte, ciertos patólogos no aceptan que las autopsias se realicen bajo un ambiente secreto o, por lo menos, de ausencia deliberada de la clínica. Whipple, de Rochester N. Y., nos decía que él no concibe ni acepta que la autopsia sea secreta. Más aún, insistía en que al abrir el cadáver, el médico que lo atendió debe estar presente.

Cualquiera que sea la modalidad, en el fondo es un ejercicio de

extraordinaria utilidad. Que un clínico y un patólogo expongan en un mismo ambiente y al mismo tiempo sus hallazgos, confronten sus ideas y saquen conclusiones diagnósticas, que se analicen los errores, que se vea, bajo la luz anatomopatológica, la interpretación clínica de los signos y síntomas, es de una enorme utilidad. El ejercicio clínico-patológico es algo dinámico, que impresiona con intensidad la mente.

Su valor es diferente a la enseñanza obtenida en la sala del hospital, así como al estudio del libro, texto o revista. En la formación intelectual del médico constituye un complemento básico.

Es indispensable, para lograr un máximo provecho de estos ejercicios, que el clínico y el patólogo marchen en la más perfecta armonía; que la selección de los casos sea la más apropiada. Un caso corriente, si bien puede ser útil una vez, después puede no despertar mayor interés. En los centros en donde esta práctica es habitual, en las reuniones clínico-patológicas se analizan casos a veces en extremo difíciles y complejos. Un diagnóstico anátomo-clínico final como un hecho no discutido, se alcanza casi siempre. Pero hay ocasiones en que no se logra este propósito.

El ejercicio clínico-patológico supone un equilibrio muy bien establecido. Ni una ni otra parte debe tener predominio. Lo fecundo para adquirir una buena enseñanza es la integración. W. Boyd, patólogo eminente de la Universidad de Toronto, ha sintetizado el espíritu de estos ejercicios, señalando que: "una conferencia clínico-patológica digna de su nombre, no debe consistir solamente en la presentación de los dos aspectos o lados del problema, sino producir en conjunto aquello que uno puede explicar al otro". Después, agrega: "el propósito de la anatomía patológica no es simplemente conocer un conjunto de hechos sino estudiar las causas de los hechos y por qué los hechos se producen".

Uno de los elementos más interesantes y a la vez más fecundos de los ejercicios clínico-patológicos, es la discusión.

La anamnesis, la semiología, la radiología, toda la información complementaria, la evolución, las circunstancias clínicas, ambientales y aun psíquicas que rodearon a la muerte, los datos macro y microscópicos en toda su amplitud, la ordenada, libre y razonada coordinación de todo, eleva a este ejercicio a una gran altura docente. Es una práctica de tipo ya clásico, de la cual es imposible prescindir. La experiencia adquirida a través de este método es de las más valiosas y durables.

Debemos referirnos, ahora, a cuatro problemas diagnósticos que merecen una consideración especial.

El primer problema es el que se refiere al diagnóstico de urgencia. Es una situación diaria para la cual el médico debe estar preparado.

El diagnóstico en el caso de un enfermo de hospital requiere, a menudo, tiempo; incluso se recomienda no precipitarse. En cambio, el diagnóstico de un caso de urgencia debe realizarse de inmediato. No siempre es posible una exploración rigurosa. La violencia del dolor, una hemorragia copiosa, un estado de shock, la intensidad de la fiebre, etc., son elementos que no permiten llevar a cabo un examen sino en forma fragmentaria. Más aún, la exploración complementaria no siempre puede obtenerse. Todo caso de urgencia reclama un tratamiento de urgencia, el cual es con frecuencia de naturaleza quirúrgica. Para fundamentar el diagnóstico deberá hacerse con la mayor precisión el análisis de los síntomas y signos, los cuales a veces no son muchos, debido en gran parte a que, por las condiciones del cuadro clínico, el examen físico no es completo. Pocas veces se pone más en juego la pericia diagnóstica que en los casos de urgencia.

El segundo problema es que, muy a menudo, resultan del examen físico y de la anamnesis dos o más diagnósticos. Será necesario, entonces, establecer el diagnóstico principal, así como los secundarios y accesorios. Una buena disciplina clínica al destacar todas estas circunstancias es excepcionalmente fecunda en experiencia, así como de una evidente utilidad para el paciente.

El tercer problema en torno a la formación del diagnóstico es la dificultad que suele crear en la práctica la adopción de medidas terapéuticas previas, a título de emergencia. Tal es el caso del uso de la morfina u otro analgésico poderoso, que, al suprimir el dolor, o disminuirlo considerablemente, pueden, en ausencia de este importante signo, desviar la idea diagnóstica. En patología abdominal de urgencia, una inyección de morfina a destiempo puede retardar o precipitar una intervención quirúrgica con sus consiguientes consecuencias. Fenómenos del mismo orden ocurren con el uso de antibióticos antes de tener un diagnóstico. Dos circunstancias pueden ocurrir que lo dificulten. Es cierto que ciertas urgencias reclaman el uso de antibióticos de amplio espectro para conjurar una infección muy aguda. Pero casi siempre hay tiempo para hacer una extracción de sangre o retirar un líquido patológico. La determinación del germen causante se hace cada día más necesaria, pues permite afinar un diagnóstico y, hecho muy importante, adecuar un tratamiento. En otros casos, una terapéutica un poco precipitada puede enmascarar una colección purulenta. Abscesos en formación —hepáticos, subfrénicos, vesiculares, peritoneales, etc.— realizan una evolución anormal debido al uso de antibióticos. Por fortuna, esta situación se produce hoy día con menos frecuencia que antes. Mas creemos útil señalar que esto debe tenerse presente.

El cuarto problema a que queremos referirnos es a la necesidad de realizar más de un examen para llegar a un diagnóstico. Esta circunstancia aparece impuesta, ya sea por la complejidad del cuadro, por la falta de cooperación del paciente —a menudo debido a la propia severidad de la enfermedad—, o bien porque el cuadro clínico, en su evolución no ha desarrollado una sintomatología clínica significativa.

Finalmente, todos los médicos y todos los servicios clínicos cuentan entre sus atenciones no pocos casos en que, con todos los medios, no se llegó a establecer el diagnóstico, por lo menos con un grado razonable de exactitud. Cuando la tarea del diagnóstico se lleva a la práctica con extensa y múltiple experiencia adquiere, sin duda, una gran dignidad. Y eso es una necesidad fundamental de la medicina.

I 2

Las diversas variedades de médicos

Proveer el más efectivo tratamiento para el paciente, definiendo como tratamiento aquel que más pronto le permita tomar de nuevo su sitio como una unidad productiva en la Comunidad.

SIR MACFARLANE BURNET

DESDE LOS TIEMPOS más primitivos, según las diversas formas que ha revestido el arte de curar, el fin principal y único de la medicina de cada época y de cada civilización, ha sido devolver la salud que ha perdido un ser humano, es decir, atender a un enfermo. Sigue siendo el más noble y elevado de sus propósitos. Ahora bien, uno de los aspectos actuales de la profesión médica es la gran variedad de médicos que necesita la Comunidad de hoy. En el transcurso de los últimos cien años, a esta misión se han agregado nuevos aspectos, igualmente trascendentales. Nos referimos a la dimensión social, la que ha creado especiales responsabilidades. Se encuentra representada por los aspectos preventivos y los de higiene pública, o, como se le llama a menudo, también, salubridad.

Nos parece necesario exponer algunas ideas relativas a este tema, como una parte importante de la formación adecuada del futuro médico.

La primera aparición de más de una variedad de médicos fue la que surgió de la separación de las enfermedades llamadas internas de aquellas otras denominadas externas. En el primer grupo estaban los procesos patológicos que comprometían los órganos internos, es decir, las vísceras, así como también los procesos generales, entre ellos las infecciones. Las enfermedades llamadas externas eran las que aparecían como visibles o localizadas, que se presentaban bajo la forma exterior de tumores, masas, deformaciones, aumento de volumen y, especialmente, las enfermedades causadas por accidentes, heridas, traumatismos diversos, fracturas, dislocaciones articulares, contusiones, etc. La

gran mayoría de estas enfermedades externas exigía como tratamiento las maniobras manuales o actos instrumentales. En la época de la medicina helénica se estableció ya esta diferencia y se creó un nombre especial para esta suerte de tratamiento. De *khéir*, mano y de *érgon*, trabajo, surgió la voz *Kheirurgós*, es decir, trabajo que se realiza con las manos. De aquí proviene el vocablo cirujano y cirugía. Sin embargo, conviene destacar que la referencia era estrictamente a una modalidad especial de tratamiento y, naturalmente, que estaba aún muy lejos de lo que es la actual cirugía. Al cabo de siglos, surgió la cirugía, como una rama paralela a la medicina. Nos referimos, naturalmente, a los problemas médicos encuadrados dentro del marco de las universidades. No entran dentro de nuestras consideraciones los barberos y sangradores tan frecuentes en la Edad Media y comienzos de la época moderna.

Desde hace más de un siglo, es decir, alrededor de la mitad del siglo XIX, los médicos comenzaron a separarse, actuando en campos limitados. Esto es un hecho real, aun cuando ha sido y es muy discutido. En las últimas décadas esta situación ha llegado a grados que ayer parecían inverosímiles.

Muchas razones explican este fenómeno; pero dos de ellas son las más importantes. Una es el enorme avance de los conocimientos, los cuales han incorporado técnicas especializadas de diagnóstico y de tratamiento. La otra, es la acción cada día más extensa de la medicina sobre la población. Cada médico está abocado a atender un gran número de pacientes. Abarcar todos los conocimientos y dominar todas las técnicas no es posible para una sola persona. Así se fueron constituyendo las llamadas especialidades.

Para el alumno de medicina creemos indispensable que conozca las líneas generales de este problema que, durante los últimos años, ha sido motivo de juicios y controversias importantes. En artículos en la prensa médica, así como política, en reuniones de diverso orden, el tema aparece reiteradamente considerado y ha llegado a culminar en importantes acontecimientos internacionales. La discusión está muy lejos de haber terminado.

¿La autorización dada para ejercer la profesión corresponde a una suma de conocimientos suficientes para dicho ejercicio? Teóricamente, sí; pero en la práctica es diferente. Hoy día se impone como una realidad que la medicina representa un programa de estudio que cubre toda la vida. En otras palabras, su estudio no termina. Pero, por otro lado, hay razones poderosas para mantener la duración de los estudios

médicos escolares en límites más o menos rígidos, los cuales varían entre 4 y 7 años, cifras que tienen un significado muy relativo, pues las que aparecen cortas, es porque en esos regímenes escolares, una parte de los estudios de las ciencias básicas, se efectúa antes del ingreso a las escuelas de medicina. Otras razones importantes son de orden económico para la universidad, y para las familias.

La solución del problema ha sido la organización de los estudios para graduados, la cual es muy antigua, de más de un siglo. Son cursos de un orden diferente.

En la Escuela de Medicina de Johns Hopkin se estableció un tipo especial de estudio para graduados, denominado *residencia*, pues estos médicos estaban permanentemente en el hospital. Propuesta por Halsted, Profesor de Cirugía, fue establecida por el grupo famoso de los cuatro grandes maestros de la época, además de Halsted, estaban Osler, en medicina, Kelly, en ginecología y obstetricia y Welch, en patología. La residencia está caracterizada por un curso intensivo de práctica hospitalaria de tres años de duración, ya sea en medicina, cirugía, obstetricia, y las diversas especialidades. En el momento actual esta norma constituye lo más importante para el progreso de la medicina, en esta fase del perfeccionamiento de los graduados. En Chile está a cargo de la Escuela de Graduados fundada en 1956. Por razones ligadas al lenguaje legal, en Chile al residente se denomina *becario* de la Escuela de Graduados.

Como una necesidad imperiosa, en la organización general de la medicina, para dar atención médica en todo sentido, ya bajo la forma individual como colectiva, existen las diversas variedades de médicos. En distintos países y sistemas de atención médica, las variedades son sencillamente iguales. Ateniéndonos a los hechos reales, por lo menos según ocurre en Chile, se puede estimar como adecuada la siguiente nómina de estas variedades:

Médico general, internista, cirujano, pediatra, psiquiatra, obstetra, radiólogo, anatomopatólogo, el grupo de los especialistas dentro de la medicina y cirugía (especialidades subordinadas), administrador, salud pública y el investigador.

De estas variedades sólo algunas necesitan una explicación. Nos referiremos al médico general, al de salud pública y al investigador.

El médico general, en otras partes se le ha llamado de familia o médico práctico (*general practitioner* en los países anglosajones). La discusión acerca de la utilidad en sí misma de esta variedad de médicos, así como de los límites de sus actividades está muy lejos de llegar a su término. La personalidad del médico llamado general o de familia representa una época muy significativa en la evolución de la profesión

médica. Durante largo tiempo, cuando los hospitales eran reducidos y a ellos iban sólo algunos grupos sociales, los más modestos, humildes y desamparados, gran parte de la población era atendida por médicos de este tipo. Hoy, en ciertos sectores de las grandes ciudades y en las pequeñas, el médico general tiene una evidente y útil función. Es fundamentalmente un médico internista, debido principalmente al número mayor de enfermos que debe cuidar. Además, este médico debe conocer otros dominios, en el cual actuará empleando los conocimientos básicos. En cirugía, lo que se ha llamado cirugía menor y traumatología elemental: abscesos, tratar heridas, atender fracturas corrientes. En obstetricia, atender un parto normal. En especialidades, ser útil en una otitis, etc. Dos circunstancias, ambas trascendentales, han venido a influir en esta variedad de médico general. La primera es la transformación del hospital, las funciones de él en medio de la comunidad y la otra representada por la era antibiótica. El hospital moderno es un establecimiento de una condición diferente de como era medio siglo atrás. Nos referimos al hospital con sus tres niveles de atención médica: los hospitalizados, la atención de policlínicas y la domiciliaria. Ofrece los grupos médicos mejor preparados y está dotado de un conjunto de elementos técnicos que sólo ahí pueden estar. Su radio de acción es enorme.

El número de hospitales ha aumentado considerablemente, la actitud de la población es hoy completamente diferente de la de ayer. Ahora se recurre al hospital con gran frecuencia, lo cual hace que el contacto de la población con la medicina, a través de la extensa organización hospitalaria, sea, en verdad, muy grande. La medicación antibiótica ha disminuido o suprimido muchos procesos infecciosos de curso habitualmente menor: abscesos, flegmones, erisipela, anginas, otitis, etc.

En estas dos circunstancias, el médico general, en su amplitud clásica, ha visto disminuir su misión.

El médico general tenía, y la tiene aún, una misión muy especial cuando se constituía como el médico de familia. Atendía gran número de enfermedades y era el buen consejero en casos difíciles y complicados. Conocía de cada familia muchos antecedentes mórbidos y psicológicos, que siempre han sido de gran utilidad. Fue el médico de familia quien inspiró a muchos novelistas para crear personajes de fino relieve humanitario. Desde muchos lados se hacen esfuerzos para mantener esta variedad de médicos. Nadie desconoce su enorme utilidad, pero la forma como la medicina se ha ido modificando, deja la impresión que este tipo de médico no tendrá en el futuro el rango que tiene hoy y, mucho menos, el que tuvo ayer.

El médico especializado en salud pública es un personaje de las úl-

timas décadas, o, mejor dicho del siglo xx. Los progresos de la higiene pública, los cuales surgieron en la iniciación de la época bacteriológica, en especial bajo la influencia de R. Koch y de Petenkoffer, dieron base para crear una verdadera especialidad. Iniciada primeramente como una acción frente a las infecciones, especialmente de tipo epidémico, pronto extendió sus dominios a la vivienda, agua potable, alcantarillado, control de alimentos, etc. Más adelante, ya en estos últimos años del estudio de la epidemiología se llegó a la estadística, que ha dado tan útiles resultados. Estas funciones tienen todas carácter preventivo y se refieren a la población entera. El médico de Salud Pública es esencialmente un funcionario ya no actúa sobre enfermos, sino en el plano sanitario. Forma parte en cada país, de la organización sanitaria oficial.

En la gama más o menos extensa de las actividades médico-profesionales, representa un extremo, siendo el otro el llamado médico general.

El médico investigador es un nombre escogido para englobar a un grupo de profesionales cuya tarea es la de investigar en diversos aspectos de las ciencias básicas de la medicina. No tiene a su cargo el cuidado de enfermos en forma directa y no resulta estrictamente indispensable que sea médico para el desempeño de estas funciones. En algunas oportunidades estas funciones están desempeñadas por doctores en ciencias, químicos y biólogos. La fisiopatología, la bioquímica, la bacteriología, la farmacología, etc., son aspectos fundamentales de la actividad médica, y en la práctica son actividades que regularmente son llevadas a cabo por médicos. Habitualmente estas disciplinas son de tipo experimental y no clínico. El médico en este caso es un investigador. Si se considera en un solo conjunto todo el grupo de los que trabajan para promover el progreso de la medicina, es decir, las ciencias básicas y las preclínicas éstas son las que han determinado el contorno actual de la medicina. Ellas representan la contribución más sólida que la clínica ha recibido.

Tales son las variedades de médicos más importantes y mejor diferenciadas. Debe destacarse que, consideradas separadamente, dentro de ellas existen especializaciones de carácter menor. No es posible, dentro del marco de este libro entrar en mayores detalles. Las especializaciones en el campo de la medicina interna y de la cirugía serán analizadas en el capítulo 14.

I 3

La medicina interna y las características del médico internista

En la formación del médico y para el cabal conocimiento del hombre, la sola técnica no basta.

ALEXANDRE SALMANOFF

EN CAPÍTULOS anteriores se ha sintetizado la evolución del pensamiento médico desde la Grecia clásica hasta nuestros días. El camino recorrido representa una extraordinaria aventura a través de siglos; primero fue un lento caminar, rápido después, vertiginoso hoy. El saber médico se ha diversificado y, a consecuencia de ello, han surgido con especial fuerza, las diversas variedades de médicos. Ahora nos ocuparemos del contenido y límites de la medicina interna, para después formarnos una imagen del médico internista, tal como la debemos considerar después traspasada la mitad del siglo xx.

¿Cuáles son los límites de la medicina interna? El contenido dentro de sus límites y el carácter de estos conocimientos nos podrán llevar a una definición de la medicina interna. Pero no es fácil, pues el acuerdo entre la concepción teórica y la realidad práctica está muy lejos de ser unánime. Mucho se ha discutido y creemos que se seguirá debatiendo el tema por mucho tiempo. Si se considera en un solo y gran grupo todas las enfermedades que pueden surgir en un ser humano, cualquiera que sea la edad del paciente y la naturaleza del mal, es posible formar cinco grandes grupos: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. Estos grupos están íntimamente ligados a la enseñanza; en efecto, representan las cinco clínicas fundamentales. La parte de psiquiatría encierra directamente las enfermedades mentales, no la influencia psíquica que actúa en los cuadros de la medicina interna.

Son estrictamente de orden médico, o mejor dicho del dominio de la medicina interna los siguientes procesos: infecciones generales, afec-

ciones agudas o crónicas de cualquier naturaleza —inflamación, degeneración, neoplasia— localizadas en las vísceras; los procesos orgánicos o funcionales de los grandes aparatos o sistemas: cardiovasculares, nervioso, endocrino, gastrointestinal, hematopoyético, linfático, renal, colágeno y osteomuscular; la patología derivada de los fenómenos de autoinmunidad, los fenómenos alérgicos, las enfermedades por desgaste, los procesos derivados de la acción de agentes externos, especialmente las radiaciones. Veamos a manera de comparación, lo que se refiere a la cirugía. Son genuinamente quirúrgicas: traumatismos, heridas, lesiones externas, que afectan a los tegumentos externos, tumores de este sitio; los procesos supurados en cualquier parte del organismo y de cualquier naturaleza, las rupturas de órganos por lesiones previas, los trastornos de tipo obstructivo del aparato digestivo, las litiasis diversas, los procesos congénitos que reclaman corrección quirúrgica. Aparte de esta enumeración, muy global por cierto, son de naturaleza quirúrgica aquellos procesos, principalmente externos, cuyo tratamiento es esencialmente cruento. Por ejemplo, las gangrenas, infecciones locales, como flegmones, abscesos, furúnculos, etc.

Hay, además, una zona de relaciones mutuas, en la cual el proceso de diagnóstico es de orden médico, pero el tratamiento es quirúrgico. Mas, antes de formular dicho diagnóstico, no es posible determinar si el tratamiento es de orden médico o quirúrgico. El abdomen, ya sea en su patología aguda, así como crónica, es la mayor fuente de estos procesos patológicos de incierta ubicación. El tórax y la cavidad craneana tienen hoy un rango semejante.

Pero no basta sólo la razón del tratamiento quirúrgico para determinar la ubicación nosológica del proceso. Los avances de la anestesia general y local, el dominio de la infección y de la coagulación sanguínea han permitido que, en un cierto número de enfermos con procesos típicamente médicos, puedan ser tratados quirúrgicamente. La nueva neurocirugía y la actual cardiocirugía constituyen, entre otros, ejemplos brillantes. Pero las enfermedades en sí siguen siendo típicamente de medicina interna.

Tanto en el sector de la medicina como en el de la cirugía existen especialidades, muchas de las cuales son muy definidas. Las especialidades quirúrgicas están determinadas por su ubicación reducida, por la instrumentación para el diagnóstico, así como para el tratamiento. La oftalmología, la urología, la ginecología y la otorrinolaringología constituyen especialidades quirúrgicas. Sin embargo, en cada uno de estos capítulos del saber médico, las relaciones con la medicina interna son evidentes y de gran alcance diagnóstico y terapéutico. La alergia, en algunos casos, disturbios endocrinos en otros, o bien modificaciones

neurológicas representan los aspectos más importantes de estas relaciones.

Merece una breve consideración adicional lo relativo a la neurología. Muchos la consideran como una especialidad. La precisión de sus métodos semiológicos, la autonomía de sus cuadros anatomoclínicos, así como las técnicas de tratamiento, han hecho pensar en el sentido indicado. La enseñanza se ha impartido en forma separada. Pero la naturaleza de las enfermedades neurológicas y su significado biológico hacen, sin duda alguna, incluir la neurología dentro del gran grupo de la medicina interna.

Además de la importancia y frecuencia de los procesos que pertenecen a la medicina interna, si se mira a los problemas médicos en general, aparece claro que lo relativo a medicina interna constituye el núcleo básico de todo. Además, los grandes problemas asistenciales o con fuertes repercusiones económicas en la comunidad, tienen su base en el dominio de la medicina interna. Un solo ejemplo daremos: la profilaxis de las enfermedades infecciosas.

Otro elemento que contribuye a conferir un rango especial y destacado a la medicina interna está representado por los métodos que pone en práctica en el examen, el diagnóstico y el tratamiento. La experiencia ha ido dando valor a lo que es auténtico y ha dejado de lado lo que es incierto. Cuatro son estos métodos o elementos: la historia clínica, que sigue siendo uno de los más sólidos pilares de la medicina; los métodos o procedimientos instrumentales básicos: tensión arterial, temperatura, radioscopia del tórax; los procedimientos auxiliares de laboratorio, es decir, niveles sanguíneos, hematocrito, examen de orina. Finalmente, la consideración del medio ambiente.

Es el conjunto de estos elementos los que mueven, de manera segura, la acción de la medicina. Este padrón es, en verdad, el único que se puede utilizar.

Pasemos ahora a considerar cuál es la imagen del internista, ya sea cómo ella aparece a los ojos del público, o cómo, principalmente, el propio internista debe comprender su situación.

Seis componentes fundamentales integran la personalidad múltiple del internista. El orden en que se exponen es sólo convencional, pues cada uno de ellos es indispensable.

En primer lugar, los *conocimientos*, los cuales deberán ser en extremo amplios. Las ciencias preclínicas, es decir, la fisiología normal y patológica, la bioquímica, la anatomía patológica, la farmacología y la bioestadística deben ser conocidas a fondo. En seguida, la *propia medicina interna*, es decir, el conocimiento de las enfermedades, en

todos sus aspectos y variantes. El médico internista debe estar en posición del mayor caudal del saber médico.

El segundo componente se refiere a la *experiencia clínica*. Ello significa haber examinado y seguido el curso de un gran número de enfermos. El estudio personal y cuidadoso de cada enfermo es el elemento que, repetido intensamente, va formando experiencia. Esta surge de la observación, en este caso, de la observación de la naturaleza enferma. Leonardo da Vinci decía: "Mis descubrimientos han nacido de la pura y simple experiencia, el supremo maestro. Mis normas pueden proporcionar una base para distinguir lo verdadero de lo falso". Adquirir experiencia clínica significa el dominio de las técnicas y una especial capacidad para ponerlas en práctica. Muchas de estas técnicas, estrictamente personales, reclaman un largo ejercicio. Ejemplo, la auscultación que se llega a dominar sólo después de muchos años de práctica diaria, constante y crítica.

El tercer componente de la personalidad del médico internista es la *ilustración*. Es decir, más allá de los conocimientos médicos del momento actual, todo aquello que dice relación con las diferentes opiniones y tendencias en torno de los grandes problemas médicos y biológicos. Debe, también, tener conciencia acerca de la evolución del pensamiento médico, de cómo se ha llegado a la etapa actual de los conocimientos. Este grado de ilustración le permitirá centrar exactamente su pensamiento, su manera de comprender y sentir la medicina. Es decir, la ilustración le permitirá dar luz al entendimiento.

El cuarto componente es el dominio del *método científico* aplicado al proceso de la formación del diagnóstico. La medicina es acción y para que pueda actuar en un caso determinado —la obra de cada instante— es necesario tener un diagnóstico. En el capítulo 11 quedó detallado todo lo relativo a este tema.

El quinto componente es la *posición frente al progreso*. Es de extraordinaria importancia, tanto teórica como práctica. La medicina en todos sus aspectos, ya sean conceptuales, clínicos, científicos, técnicos y terapéuticos, está en una constante renovación; los cambios suelen ser muy hondos. Esta característica, que data de la época renacentista y que se ha hecho más imperiosa en las últimas décadas, debe ser tomada con especial y permanente cuidado. Nada más fácil, y más peligroso, que quedar unido a una época, o, mejor dicho, al pensamiento de una época. Si no se está atento al progreso, se cae en la rutina. El médico debe estar especialmente dispuesto a conocer, comprender y poner en práctica las nuevas ideas. Si la rutina entraña un peligro, el exceso de entusiasmo lleva al otro extremo, es decir, a entrar en una forma indiscriminada en proporciones nuevas, a veces no bien fundadas. Frente

al progreso, el médico deberá ser cuidadoso en extremo y poner en juego un equilibrado criterio.

El sexto componente que integra la personalidad del médico de hoy es su *actitud frente al enfermo*. Obligación consubstancial de la medicina, señalada desde remotos tiempos, pero olvidada también durante muchos siglos. El médico internista es el que debe atender al mayor número de pacientes, luego esta responsabilidad es en donde aparece como más amplia. Es un tema que en los últimos años ha preocupado a la discusión pública. En un capítulo especial, expondremos lo fundamental del problema.

Tal es, a nuestro juicio, la imagen del médico internista.

La personalidad del médico aparece rodeada de condiciones de gran atracción; pero en las que recae la suma de responsabilidades. Conocimientos, experiencia, ilustración, dominio del método científico, posición frente al progreso y una actitud especial y humana hacia el enfermo, todas ellas son insubstituibles.

I 4

Análisis de la especialización

El hombre tiene relación con todo lo que conoce. Tiene necesidad del lugar para ser contenido, del tiempo para durar, del movimiento para vivir, de elementos para componer, de calor y alimentos para nutrirse, de aire para respirar. Ve luz, siente los cuerpos; en fin, todo está en relación con él.

B. PASCAL

EN LOS CAPITULOS inmediatamente precedentes se ha hecho repetida mención acerca de las llamadas especialidades. Mirado el panorama en toda su amplitud, podemos dividir a lo que se ha llamado especialidades, en dos grandes grupos. Las primeras son aquellas que tienen de hecho una gran independencia, apoyada por la instrumentación diagnóstica y terapéutica. Tal es el caso de la oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, etc. Las otras quedan dentro del gran marco de la medicina o de la cirugía. Se ha convenido en llamarlas especialidades subordinadas. Nos referimos con preferencia a las relacionadas con la medicina interna.

En el orden cronológico, tal vez la primera rama que se desprende del tronco de la medicina interna, es la neurología. En 1862, J. M. Charcot es designado, siendo ya profesor agregado a la Facultad de Medicina de París, jefe de un servicio en el Hospicio de la Salpêtrière. En 1866 comienza sus cursos libres sobre las enfermedades del sistema nervioso. La neurología, a través de un siglo, ha conservado su carácter y un grado acentuado de independencia. Es una disciplina muy bien organizada. En cada país ha prevalecido en esta forma y las escuelas neurológicas han adquirido una justificada reputación. Como ya se dijo es, en esencia, medicina interna.

Hacia fines del siglo XIX y, especialmente en el siglo actual, surgen las demás especialidades: endocrinología, cardiología, hematología, gastroenterología, hepatología, enfermedades infecciosas, enfermedades broncopulmonares, incluyendo la fisiología, reumatología, alergología, enfermedades de la nutrición y del metabolismo y, finalmente, la medicina nuclear.

Cada una de ellas tiene sus técnicas de examen y sus orientaciones terapéuticas. No entran en nuestra consideración ciertas especialidades, indispensables para el desarrollo de la medicina interna, pero que están algo fuera de su marco. Nos referimos a la radiología, la bacteriología clínica y la bioquímica clínica. La primera tiene a su cargo problemas de diagnóstico y tratamiento utilizando el rayo de Roentgen; la segunda, el estudio de los gérmenes patógenos y la tercera, la contribución del laboratorio para el esclarecimiento de muchos procesos patológicos y como medio de diagnóstico. Las tres han llegado a constituir indispensables disciplinas auxiliares del diagnóstico. En muchas partes del mundo estas funciones suelen ser desempeñadas por personal no médico, aunque con grados universitarios de importancia.

Estamos, sin duda, frente a un hecho categórico con todas las características de algo definitivo. Veamos las ventajas de las especialidades subordinadas. En primer lugar, la cosecha surgida ha sido evidente. La búsqueda del secreto que encierra un grupo de enfermedades ha sido seguida de un éxito notable. El poder de acierto del diagnóstico ha sido grande y, como consecuencia, la eficacia de los tratamientos. En cada una de ellas se ha mirado con minuciosidad órganos y tejidos, así como la modificación de la célula en sí misma. Se ha considerado la condición bioquímica de la célula, así como los aspectos físicos y moleculares de los líquidos patológicos. En cualquiera de estos aspectos sorprende a la mente la profundidad del conocimiento moderno. Quizás si el hecho común a todas ellas es la gran seguridad diagnóstica alcanzada, ya sea en el orden estrictamente clínico, como, especialmente, en el instrumental.

Pero como en toda realización humana, sobre todo en las de grandes proporciones, hay otros aspectos que entrañan, en cierto modo, un peligro. Queremos destacar sólo dos de ellos, que son, sin duda, los de mayor importancia. El primero, es la visión fragmentaria y circunscrita del fenómeno patológico. El peligro está en que al mirar lo patológico, suele olvidarse al enfermo. El segundo aspecto está representado por la gran dispersión y, aun separación y aislamiento, de los conocimientos.

Mas, surgen numerosas preguntas, como grandes interrogantes: ¿Pierde la medicina, considerada como un todo el carácter de una sola y extensa disciplina? ¿Se disminuye su eficacia? ¿Es la gran medicina, un conglomerado de pequeñas medicinas? ¿Existe alguna proporción entre el progreso circunscrito, parcial y el resultado alcanzado? Es bien difícil dar respuestas y más aún indicar normas. El progreso, es decir, el aumento del saber médico ha sido categórico. Pero es evidente que el esfuerzo desplegado ha sido en muchos aspectos incoor-

dinado y, en ocasiones se ha llegado a perder la visión de conjunto del hombre enfermo, en sus complejos aspectos físicos, psíquicos, biológicos y sociales. La especialización ha ido desde hospitales, institutos, hasta una copiosa literatura.

Ante estos hechos, lo que aparece más útil y beneficioso es, en la práctica diaria, ir acercando más y más hacia el internista al especialista. La separación física y espiritual sólo acarrea agudos trastornos que trabajan sordamente en contra de la propia medicina. La complementación resulta ser uno de los medios para disminuir el riesgo que significa la especialización muy aislada e independiente. Este es el buen camino.

Es necesario hacer que el especialista tenga una visión del hombre en la forma que, con tanta profundidad, la delineó, hace más de tres siglos, Pascal.

Necesidad de un sentido universal de la medicina. El momento histórico de la medicina interna

Asumir un servicio directamente humano.

ALBERT SCHWEITZER

COMO CONSECUENCIA del proceso de la especialización, surge la necesidad de que exista, como una obligación superior, un sentido de unidad. El campo es muy extenso, lo que hace esta tarea difícil, mas no imposible. Sólo vemos un camino, cual es el alcanzar un sentido universal que considere todos los aspectos del saber médico. Al decir expresamente universal, queremos señalar a una condición general que cubra a toda la medicina.

En su esencia, la medicina tiene muchos elementos de claro carácter universal. Son: sus propios fines; los métodos y medios que pone en práctica para alcanzar sus fines; las responsabilidades de todo orden que recaen sobre sus actividades, tanto en el cuidado del paciente, como en la protección de la salud y su participación en el desarrollo de la ciencia, pues el progreso de la medicina es una parte del avance científico. Finalmente, el lenguaje en todo su significado de precisión y belleza; lenguaje que ha entregado al idioma corriente tanto término expresivo. El sentido universal lo miramos como la base de la unidad.

Mas, en el transcurso de las últimas décadas hay algo que está bajando en contra de la integridad del sentido universal. Nos referimos a la fragmentación, a la desmembración de su todo en disciplinas parciales. Es decir, la especialización. Se trata de un hecho definitivo.

Intentemos señalar ahora los medios y acciones que pueden preservar o mantener un sentido universal. Pensamos que dos son estos medios; uno, la orientación adecuada de la educación médica, y el otro, el papel que el médico internista debe desempeñar dentro del conjunto de los que actúan simultáneamente en medio de la comunidad, en la realización de un trabajo común.

La educación médica en los cursos universitarios conduce a un título. Durante este período se debe adquirir un amplio conjunto de conocimientos. Si miramos la extensión de la vida del médico, el período escolar es sólo la base preliminar. Después de la graduación, se desarrollará la verdadera personalidad del médico. La medicina es un estudio que cubre toda la vida; este aserto representa una auténtica verdad, la cual nunca podemos ni debemos olvidar. Después de la graduación, cada uno sigue el camino de servicio de acuerdo con sus predilecciones y su temperamento. Esta concepción docente general de los estudios médicos ha dado fuerza especial a la enseñanza para graduados. En todos los países, de una u otra manera, se desarrollan muy diversas actividades en este sentido. Paralelo al progreso general de la medicina, está el notable avance de la enseñanza médica. Generalmente, ambos progresos se influyen recíprocamente. Las enseñanzas en las escuelas de medicina han creado una sólida pedagogía universitaria. Muchos ensayos en diversas universidades han logrado, en décadas pasadas, notables progresos. La enseñanza, especialmente en las asignaturas preclínicas y clínicas, era realizada por maestros notables. Grandes médicos fueron a la vez grandes profesores. Durante el siglo XIX y los primeros años del actual en las más importantes universidades ocurrió el mismo fenómeno. Imposible dar una nómina de ellos, sólo recordaremos a las figuras cumbres, aquellas cuyos nombres repetimos con frecuencia: Trousseau, Potain, Dieulafoy, Chauffard, Gilbert, Widal, en Francia; Traube, Krause, v. Bergmann, v. Nordem, Eppinger, Wenckebach, v. Romberg en los países de habla alemana; Lewis, Rolleston, McNee, Dadson of Penn, en Inglaterra; Osler, Minot, Peabody, Thayer, Libman en los Estados Unidos. Debemos mencionar a los grandes internistas chilenos: Schneider, Díaz, Ugarte, García Guerrero, Brokmann, González Cortés y Prado Tagle.

En lo que hoy llamamos ciencias básicas no corrió la misma suerte. La enseñanza considerada en general, no estaba bien coordinada. Un sentido universal en la enseñanza médica se inicia con la notable obra de Abraham Flexner. Tras un largo y juicioso análisis de las enseñanzas médicas en los Estados Unidos, Canadá y Europa, especialmente Inglaterra, Alemania y Francia, llevaron a Flexner a enunciar una serie de postulados acerca de las bases de la enseñanza médica. Facilitaron estos estudios la Fundación Rockefeller y la Fundación Carnegie, de las cuales fue uno de los inspiradores. Comenzó sus recomendaciones y conclusiones en sus informes, en torno a 1913, cuatro en total, que han quedado como punto de partida de la pedagogía médica moderna. Sólo mencionaremos algunas de las más importantes de sus recomendaciones. En primer lugar, el acento, en forma muy intensa, del com-

ponente científico de la enseñanza, lo cual ha llevado el gran desarrollo de las ciencias básicas. En segundo lugar, el contar con un personal docente dedicado sólo a la enseñanza e investigación, lo que se llamó el sistema *fulltime*, que hoy, en muchos países, está extendido a toda la enseñanza médica. En tercer término, dar una nueva modalidad a la enseñanza al hacerla de carácter activo de parte del alumno. Más que lo que se enseña, debe ponerse el énfasis en lo que se hace. Finalmente, el empleo del diálogo socrático, como un poderoso medio psicológico de aprendizaje. Flexner inaugura la pedagogía médica como un conjunto organizado de preceptos y de normas. Después han venido los congresos, ya sean nacionales, regionales o internacionales; conferencias mundiales y simposios. Además, las asociaciones destinadas al estudio de los problemas médico-docentes. Dos instituciones son las que más se han destacado, la *American Medical Association* y *British Medical Association*. Son más de cuarenta años de fecundos avances y realizaciones.

Una educación bien orientada, dentro de la equilibrada proporción de sus diversos componentes, es una buena garantía para que el futuro médico pueda seguir su camino de progreso. En todas partes del mundo occidental, ha habido un notable progreso en la eficiencia de la enseñanza médica. Esto es especialmente brillante en los Estados Unidos. En nuestros países iberoamericanos este progreso ha sido sorprendente, rápido y eficaz en los últimos años.

Ningún campo de la educación considerada en todos sus niveles, ha experimentado un cambio más hondo y trascendental como lo ocurrido en la educación médica en estos últimos años.

Los progresos alcanzados han tenido, además una fuerte influencia en otras actividades docentes del medio universitario. No es la primera vez que la medicina señala un camino.

Veamos ahora, el segundo medio para proteger a la medicina de una peligrosa fragmentación, de una incoordinación.

Hacia la medicina interna convergen y se mezclan con ella las ciencias básicas y las preclínicas. Una de las características más salientes de la medicina interna es la de considerar al paciente como a un ser humano en su totalidad. Es decir, soma, psiquis, medio en que vive, toda su historia natural, responsabilidades que pesan sobre él, sus modalidades de reacción frente a las diversas agresiones y circunstancias que ha encontrado en su vida. Además, las modalidades de su carácter.

A la medicina interna está reservada la orientación de los grandes problemas médicos. La historia clínica modelo, la perfección de los métodos de diagnóstico, la agudeza y precisión semiológica, la experiencia acumulada y vivida, o sea, todo lo que se ha puesto en juego para

llegar a la mayor seguridad del diagnóstico y del conocimiento del proceso patológico. Gran parte de las actividades docentes de las cátedras de medicina se dedican a ejercicios para afinar en cada uno la capacidad diagnóstica, así como para contemplar el panorama de los grandes problemas de la época presente. El diálogo y las reuniones clínico-patológicas tienden a este doble fin.

Si se toma en cuenta que el conjunto de todas las responsabilidades que recaen sobre la medicina interna se debe pensar, y con sobrada razón que en ella, como cuerpo de doctrina y de acción, se condensa y se centra lo más importante de la filosofía de la medicina. Representa el sentido universal, la unidad. En el desarrollo histórico ya señalado, se ha llegado al gran dilema: unidad o especialización. Es un fenómeno reciente, de esta época. Vivimos, sin duda, un momento crucial. El buen camino se encuentra, evidentemente, en preservar la unidad y esta es responsabilidad del médico internista.

Más adelante debemos considerar lo relativo a la terapéutica moderna. El cambio es muy hondo; los elementos del tratamiento actual son el resultado de descubrimientos y de estudios realizados, en su gran mayoría, durante las tres últimas décadas. Sulfamidados, antibióticos, cuerpos esteroidales, sustancias antimitóticas, nuevos diuréticos y muchas otras drogas más, son poderosas armas para la lucha contra la enfermedad. Mas, su uso, a veces indiscriminado, ha originado algunas reacciones de orden tóxico, dependientes en gran parte de la propia droga, reacciones que se desarrollan con una gran variedad de intensidades. Aun cuando el fenómeno no es nuevo, estas manifestaciones patológicas son ahora más frecuentes y han sido denominadas enfermedades o procesos *iatrogénicos*, dando a entender que son producidas por la acción del médico. La voz *iatrogénico*, compuesta para designar a estas reacciones, se incorporó al lenguaje médico corriente alrededor de 1950. El uso de estas drogas debe ser muy cuidadoso y considerar un gran número de contingencias relativas y fenómenos sanguíneos, vasculares, nerviosos, cutáneos, articulares y parenquimatosos, especialmente a nivel del hígado y riñón. El gran éxito de la medicación actual es sobre la base de una orientación muy bien definida. También los actuales tratamientos han hecho entrar en juego un factor hasta ayer desconocido, cual es el fenómeno de la llamada resistencia microbiana. Frente a ciertas infecciones graves, especialmente la tuberculosis y las estafilococcias, se debe considerar, junto a las condiciones del paciente, la biología del germen.

Tenemos la íntima convicción que este sentido universal debe constituir un carácter permanente de la medicina interna. Estamos en presencia de un creciente y rápido aumento de las exigencias médicas de

la sociedad de hoy, por lo cual la urgencia de un sentido universal es cada día más evidente.

Todo este conjunto de consideraciones dejan en claro que la medicina interna es, sin ningún género de dudas, la providencia más notable de la medicina.

Con estos antecedentes podemos apreciar en toda su magnitud lo que para el futuro de la medicina, como cuerpo de doctrinas, significa la medicina interna y las graves responsabilidades que recaen en el médico internista. Estamos viviendo, sin duda, en el momento histórico de la medicina interna.

Frente a la especialización, la cual es influenciada más que nada por elementos técnicos y no de doctrina, la medicina interna representa el equilibrio en todos sus aspectos y relaciones mutuas. La buena medicina interna no debe permitir excesos de ninguna especie, ni en los conceptos o interpretaciones ni en las pruebas funcionales o los tratamientos; tampoco en los instrumentos innecesarios, ni el indiscriminado uso del laboratorio. En suma, equilibrio.

Frente al hombre, unidad biológica permanente, en medio de un ambiente variable, el médico internista representa lo único que puede apreciar la unidad, pues es él quien está mejor dotado para comprender el panorama polifacético de los problemas médicos.

Se dice que los artistas, escultores y arquitectos de la Grecia clásica buscaron una relación armónica entre la parte y el todo, la que habrían deducido al contemplar las relaciones existentes entre las diversas partes del cuerpo humano. De esta manera, al concebir sus edificios y sus obras de arte, cada detalle aparece subordinado a la unidad, existiendo una relación estricta entre las partes y el todo. Es así como ha sido descubierta una proporción que, cuando se cumple con exactitud, otorga a la obra un sentido de armonía y un ritmo de belleza. Esta norma o regla no quedó escrita en tratados o textos; los estudiosos de épocas muy posteriores la han verificado en las obras de aquella época clásica y la han visto repetirse con asombrosa exactitud. Ha sido llamada la *regla dorada* o la *proporción áurea*. Leonardo la llamó *divina proporción*. Ella simboliza el sentido de la armonía, del equilibrio, de la relación estricta entre la parte y el todo; en suma, la unidad y, más allá, la belleza.

La medicina interna, frente al problema de la especialización, que es la honda fragmentación de un todo, debe representar, para la unidad de la medicina, la proporción áurea. En el momento histórico que vivimos, la responsabilidad de la medicina interna y el médico internista es inmensa. En ella radica el sentido universal y de unidad; es, por consiguiente, una parte esencial de la grandeza de la medicina.

I 6

Los instrumentos del aprendizaje: el enfermo, el libro, el diálogo y la anotación diaria. La formación del médico internista

Parece, Adeimanto, que la dirección en la cual un hombre inicia su educación, determinará su vida futura.

PLATÓN

SI MIRAMOS el sorprendente progreso de la medicina, ocurrido en los últimos treinta años, tenemos que pensar que en un próximo período de igual longitud, este va a ser de una magnitud mucho mayor. Las nuevas generaciones en torno de estos años, serán las que tendrán a su cargo este nuevo avance. Ideas, trabajos, investigaciones, acción médica en sí misma será su tarea. A la actual generación, comprendiendo en toda la plenitud de su momento histórico, le ha correspondido, entre otras cosas, preparar adecuadamente a las generaciones que la sucederán. Estas, en cuyos espíritus ya se ha dibujado el propósito de seguir la medicina, tendrán que tener en alto grado la capacidad para comprender las ideas renovadas y, ante la enorme multiplicidad de su conjunto, saber escoger lo que es importante. Si bien este ha sido siempre el imperativo de la juventud, hoy día, con los nuevos aspectos de la medicina y sus enormes responsabilidades, estas condiciones tendrán que tener una calidad de gran firmeza y aun coraje. La tarea, con ser fascinante, es ardua, difícil y dura. Ahora bien, la medicina se aprende, se adquiere. Nadie la enseña; se guía en ese aprendizaje, pero es una tarea de carácter personal. Y esto sólo puede ocurrir dentro de un ambiente adecuado; en un conjunto de personas de experiencia. Ese ambiente es el que ofrece la vida universitaria, es decir, la escuela y el hospital. Ya nadie duda que el hospital es el centro insustituible de la medicina científica del futuro. Es el taller de nuestra ciencia.

Cualesquiera que sean los programas antes y después de la graduación, el trabajo individual de cada uno es lo fundamental. Ahora bien,

para este trabajo activo, hay cuatro actividades que deben llevarse a cabo, bajo la forma de una dedicación total. Cada uno las combinará en una forma armónica. Estas actividades son: el enfermo, el libro, el diálogo y la anotación personal.

El *enfermo* es, sin duda, la fuente principal, aunque no única, en la formación del médico. El enfermo significa el hospital. Sin hospital, no hay formación del médico. Hospital en el sentido más amplio; o sea, realizar en plenitud su vida.

Lo relativo al enfermo debe considerarse en calidad y cantidad. Calidad, en el sentido que cada enfermo debe ser estudiado en forma minuciosa y completa. El ideal es que en cada observación clínica, además de los aspectos del paciente, médicos, sociales y humanos, se consideren los resultados lejanos del proceso patológico. Cantidad, en el sentido que es necesario examinar a un gran número de enfermos, ya sea dentro de las salas del hospital o en la policlínica. La base sólida de la experiencia está representada por un gran número de pacientes examinados con riguroso método. Pero, la cantidad no debe por ningún motivo hacer disminuir la calidad.

Cada enfermo, aun aquellos que en el lenguaje corriente del hospital se califican como casos fáciles, deja una enseñanza. Este punto de vista el médico nunca debe abandonarlo.

Al referirnos al *libro*, queremos englobar los textos, monografías y revistas; en una palabra, la medicina escrita. El médico debe estar constantemente en contacto con el libro, el cual constituye uno de los grandes instrumentos del aprendizaje. En el momento actual, la profusión de libros y material escrito es realmente inmensa y va en aumento. Esto hace surgir otra situación especial, cual es la elección del material de lectura. Cada época tiene sus textos clásicos utilizados tanto en los estudios como en consultas casi permanentes. En cada idioma o, mejor dicho, en la medicina de cada país, en el curso de los últimos cincuenta años, han existido tratados que han sido famosos. La tendencia actual es que un grupo, a veces grande de autores, colabora en la edición de un texto o tratado. Representan el pensamiento de una época. Las grandes transformaciones que ha experimentado la medicina en las últimas décadas ha hecho que muchas de estas obras pierdan en pocos años su actualidad. Sin embargo, en ellas queda siempre un gran caudal de experiencia que muy a menudo es necesario consultar.

Las revistas médicas tienen un valor irremplazable para entregar lo que se está realizando, pero tienen también una vida limitada y, en comparación con el texto, es mucho más corta. Marañón dijo que lo útil de una revista sólo dura alrededor de cinco años. Después, aquello

que se anunció y recibió confirmación, entra a formar parte de algún texto. En un texto moderno, sobre lo clásico, todo lo nuevo figuró en las revistas unos años antes. El médico debe elegir dos o más revistas que lo informen constantemente de los avances. Como no es posible que cada médico tenga junto a sí un gran número de revistas, se han multiplicado en forma prodigiosa las bibliotecas en todos los hospitales. Esta fuente de información permanece constantemente renovada es en extremo útil y necesaria. El médico no sólo debe ser un gran lector, sino un estudioso lleno de juicio. Su mente debe estar alerta para discernir lo que es importante. Así y todo, la gran mayoría de los médicos ha visto cómo muchas ideas que seducían y atraían, caen en el descrédito, el abandono y el olvido.

El médico debe tener en forma muy cuidadosa un gran eclecticismo para elegir sus fuentes de cultura. Buscará lo sólido, lo permanente, no importa de dónde provenga. De la información necesaria puede pasarse, a veces insensiblemente, a la erudición exagerada. Como todo en medicina debe irse a un adecuado equilibrio. Houssay ha dicho recientemente que "la erudición excesiva, que sobrecarga la mente, puede ser un estorbo para el pensamiento y la originalidad, pero es menos peligroso que la ignorancia y la falta de información al día, ya que pueden causar el error de trabajar en problemas que ya han sido resueltos o de descubrir lo que ya es conocido".

Pasado el período escolar, el más corto de la vida del médico, deberá estudiar lo básico. El médico recurrirá a la lectura con dos motivos bien definidos. Uno es el imponerse de los adelantos, descubrimientos y orientaciones que sigue el curso vertiginoso de la medicina. Con ello se realiza el propósito de vivir en contacto con el progreso médico. El otro motivo para acercarse al libro o revista es completar conocimientos relacionados con los enfermos que atiende, pues nada lo aumenta tanto, y en forma tan sólida, como estudiar en textos y revistas el proceso patológico del paciente que está bajo su cuidado en la sala del hospital. Es ésta, sin duda, la manera más fecunda para adquirir experiencia. Tal vez es la única. Enfermo y libro se integran de un modo indisoluble; ambos instrumentos de aprendizaje se influyen e ilustran recíprocamente. Pero es necesario señalar que la literatura médica deberá concentrarse de una manera sistematizada y en ningún caso de una manera casual. Utilizando un término muy en boga, deberá ser un estudio dirigido.

Nos referiremos ahora al *diálogo* como medio de aprender la medicina. Platón, en el diálogo *Menón*, describe la manera como Sócrates piensa que debe realizar el aprendizaje por medio de preguntas, a fin de obtener el conocimiento de la verdad. El método del diálogo

socrático constituye la base fundamental de la educación. De una manera u otra es el método por excelencia de la educación a nivel universitario. Es, precisamente, el que se debe utilizar cada día en su propio aprendizaje. Preguntar y, a través de las respuestas, irse adelantando en el conocimiento de la verdad. En el ámbito de la medicina, la verdad es el conocimiento de la enfermedad. La vida en el moderno hospital, universitario o no, favorece de una manera especial el diálogo. El estudiante y el médico forman parte de un grupo que se dedica al cuidado del paciente y, a través de esta actividad, a la adquisición de los conocimientos de orden médico. El médico perfecciona su formación en el trabajo diario en común. Es el grupo médico, docente o no, en donde esta formación se realiza. El diálogo tiene múltiples direcciones; es decir, las preguntas se dirigen al profesor, a los asociados, a los ayudantes, a los propios compañeros de la misma altura de estudios. Debe tenerse siempre la espontaneidad para preguntar. En el curso de una lección, de un seminario, de un trabajo clínico o en cualquier momento, la pregunta para esclarecer un concepto, una idea, un signo, una interpretación, es siempre oportuna y constantemente necesaria. Mientras más elevados son los conocimientos de los que forman grupo, tanto mayor es la oportunidad para obtener del diálogo un provecho de mayor calidad. Este método clásico y sencillo debe constituir un procedimiento regular y permanente. Su práctica ha demostrado que su valor es insustituible. Esto nos lleva a dejar en claro que una personalidad médica de valor no puede, hoy día, surgir de una manera aislada. Si se revisa la historia de los grandes médicos, de aquellos que han determinado un progreso positivo en el avance de la medicina, no fueron seres aislados, sino al contrario, formaban parte de un grupo. Tal vez la única gran figura médica de nuestros tiempos en la cual una parte importante de sus ideas se formaron en el aislamiento, sea Sir James Mackenzie, quien durante varios años trabajó solo, como médico general, en una pequeña aldea. Pero esta circunstancia, como toda su vida médica, aparece como un conjunto brillante y excepcional.

Formular una pregunta con inteligencia y con modestia, condiciones fundamentales del médico, es una fuente fecunda para adquirir conocimientos, confirmar ideas, desvanecer errores, apartarse de la duda y consolidar la experiencia.

El cuarto instrumento para realizar adecuadamente el aprendizaje de la medicina lo constituye la *anotación personal*. La observación de los fenómenos médicos ya sea en la sala del hospital, en el laboratorio, en la mesa de autopsia lo que se ha leído en el libro o la revista; lo que se ha obtenido a través del diálogo socrático, consti-

tuye un conjunto, lleno de detalles, grandes o chicos; pues bien, un juicio cuidadoso permite destacar ciertos hechos de importancia que pueden tener un carácter permanente y eso es lo que el médico debe anotar para su archivo personal. Hemos tenido el privilegio de conocer de cerca a grandes figuras médicas de la época actual y, de una manera invariable, cada uno tenía la costumbre, el hábito, la disciplina de anotar todo lo importante que cada día había observado. Cuadernos, ficheros, simples hojas o tarjetas guardan escrita una experiencia de calidad. Esta anotación es, naturalmente, para el uso personal. Por muy poderosa que sea la memoria, nunca es tanto como para conservar miles de detalles que la observación diaria ofrece a la mente curiosa del médico. Es algo de la propia personalidad que va quedando en un archivo con el carácter de un elemento vivo y palpante.

El médico y el enfermo. Sus recíprocas relaciones

La medicina no ha dejado nunca de ser un arte científico en el que tiene un papel esencial la conciencia del médico, de ese médico cuyo deber es ser lo más que pueda un sabio; pero ante todo conservar el juicio claro, la conciencia pura y el corazón accesible a la piedad.

PASTEUR VALERY RADOT

LAS RELACIONES que deben existir entre el médico y el enfermo constituyen un tema muy antiguo, pero que durante estos últimos años se ha actualizado de una manera muy significativa. Hay factores interesantes que confieren a este problema un aspecto atrayente desde muchos puntos de vista.

Al analizar este problema debe partirse de un hecho definido. Las relaciones médico-enfermo se efectúan exclusivamente entre dos amplias esferas psíquicas: la del médico y la del paciente. Cuando hablamos del psiquis queremos referirnos a lo que comúnmente se llama la mente, el espíritu, lo humano del hombre. Dentro de esta denominación está comprendida la inteligencia, la razón, la memoria, la conciencia, la reflexión, la condición del sentimiento, los afectos, los instintos, las pasiones y tanto otro factor que configura la parte espiritual de cada persona.

Diversas personas fuera de la medicina se han ocupado de este problema. Novelistas, dramaturgos, ensayistas, filósofos y aun teólogos han participado en el debate público. El cine no ha sido extraño, ni tampoco la televisión.

Hemos revisado numerosas de las explicaciones o descripciones realizadas fuera del campo de la medicina. Si bien, tienen mucho interés y a veces se pone un énfasis aun dramático, nuestro juicio es que no siendo obra de médico, sin vivir la medicina en toda su plenitud y su intimidad, no pueden dictarse normas ni darse explicaciones, sino de una manera aproximada y las más de las veces de carácter superficial.

Comparando los diversos puntos de vista acerca del tema es difícil dentro de la medicina establecer un núcleo de asertos más o menos generales. Los psiquiatras representan un grupo aparte, pues entran en contacto con un conjunto especial de pacientes, precisamente los que presentan una anormalidad de la esfera psíquica. Los cirujanos, a su vez, deben considerar el acto quirúrgico y, en torno a él, las relaciones con el enfermo adquieren un carácter especial. Pero corresponde, de acuerdo con la índole del libro y, más que nada, con lo que es nuestra propia experiencia, mantenernos en el campo de la medicina interna.

Hagamos primero que nada un análisis sumario de los factores que han determinado esta actualización. El primero se refiere al valor cada día más señalado, que se atribuye a la influencia psíquica en cada enfermo. Poca o mucha, determinante o no, la relación de lo psíquico con el curso de cada enfermedad es algo que el médico debe tener muy en cuenta. Esta influencia en el orden fisiológico y patológico no es de ninguna manera nueva. Abundan en la historia episodios médicos de este orden. En la fisiología las adquisiciones de gran significado se iniciaron, sin duda, con las de Cl. Bernard y las de Pavlov relativas al psiquis y sus relaciones con las secreciones digestivas. No puede dejar de señalarse por otro lado lo mucho que la medicina interna debe a Freud en la consideración de una amplia visión de lo psíquico. También deben considerarse todos los estudios acerca del dolor, especialmente visceral (Mackenzie, Head, Lichwitz, etc.).

El segundo factor que ha puesto de relieve la importancia de estas relaciones es aquel que se refiere a la circunstancia que la medicina atiende cada día a un mayor número de personas dentro de la comunidad. Hasta ayer, de una manera general, se desarrollaba en dos planos. Uno era el hospital, que fue durante siglos asilo o elemento de caridad y el otro lo que se ha llamado la clientela privada; es decir, un grupo de personas son atendidas por un médico, sin relación con organizaciones preestablecidas. Desde hace ya varias décadas, el derecho a la salud ha puesto en manos de la autoridad la dirección, organización y desarrollo de la atención médica. La forma privada de la medicina en muchas partes se ha suprimido; Inglaterra y la URSS, son los exponentes más elevados de los modernos sistemas. En otros países la transformación es progresiva. Y en los EE. UU. se mantiene una medicina liberal, pero con grandes organizaciones privadas. En estas condiciones, hoy día, multitud de pacientes recurre al médico ejerciendo un derecho; más aún, reclamando su derecho.

Un gran número de médicos, la mayoría, pertenecen a una organización ya sea gubernamental o privada, dentro de la cual debe rendir

una cantidad determinada de actividad. De un lado, la parte directiva y en el extremo opuesto, dentro de la organización, están una policlínica, una sala de hospital, el domicilio. En cada uno de estos sitios, hay un médico y un enfermo. Por caminos distintos, el médico y el enfermo, llegaron a ponerse en contacto. El paciente viene en busca de alivio; el médico está ahí para darlo. En la intimidad de esta escena son dos personas los únicos protagonistas. El diagnóstico del mal, el centro de gravedad de la acción médica, es obra genuina de un médico. En esta acción, no interesa la organización médica, grande o chica, privada o pública; lo único que vale es la capacidad del médico frente al enfermo. Ante la posibilidad que, debido al gran número de pacientes, se pueda deteriorar la eficacia y dignidad de la medicina, un ajuste adecuado, fino y firme, de las relaciones médico-enfermo, parece ser urgente y necesario como nunca antes lo había sido.

Además, debemos mencionar como otro factor, el progresivo aumento de la cultura médica del medio ambiente. El cambio, a este respecto, es muy hondo y todo hace pensar que se está en el comienzo de una extensión cultural de ritmo creciente. La divulgación de los conocimientos médicos hacia el gran público ha encontrado un incentivo grande en la enorme avidez del público por estos temas. Libros, revistas, artículos diversos, la radio, el cine, los programas organizados de educación para la salud y la televisión han sido los vehículos que han llevado al público un cierto número de conocimientos médicos. Queda, sin duda, una gran parte de la población al margen de esta ilustración; pero poco a poco va entrando en ella. Esta circunstancia obliga al médico a extremar sus actitudes en sus relaciones médico-enfermo, y a participar activamente, como educador, en el proceso de información y de cambio de la conducta cuando ésta contribuye a desmejorar la salud o a alterar las normas del tratamiento.

Otro factor que incide en la importancia de este tema es aquel que se refiere a las modificaciones, a veces profundas, de la personalidad humana y del carácter, bajo la influencia del dolor. Nada hay tan notable como observar estos cambios que, a menudo, son más pronunciados cuando más definida es la configuración de la personalidad. Poetas y novelistas los han explotado a veces con singular acierto. Los problemas psicológicos que surgen de estas condiciones revisten a veces una enorme atracción.

Finalmente, el último factor, es aquel que se refiere a la influencia del médico sobre el enfermo. En unos más que en otros, pero prácticamente en todos, cada médico determina alguna influencia en la mente del paciente, en su tranquilidad psíquica. Esto es tan antiguo como la propia medicina. La sensación de confianza del paciente en su

médico, generada por experiencias anteriores, por el renombre y prestigio del médico, por sus condiciones humanas y de bondad, por su destreza en el examen del paciente y muchos otros elementos, establecen este lazo psíquico entre el paciente y el médico. La magia primitiva y oriental, parece tener aún un destello de actividad en estas condiciones emanadas de la personalidad del médico.

Mas, la moderna medicina científica y técnica debe aprovechar estas condiciones para un mayor éxito, todo lo cual, del lado del médico, representa una fuerte responsabilidad, paralela a la ilimitada confianza del paciente frente a su médico. Si bien esta condición no se puede crear, cabe sin duda, favorecer, desarrollar y afinar mediante una práctica honesta, humilde y profundamente ilustrada. En todo caso, además, sabiendo mucha medicina.

Dentro de la organización médica, hoy día tan extensa y compleja, el médico representa alrededor de un 10 a 20% del grupo de los que trabajan dentro de la medicina. Junto a él están la enfermera, la visitadora social, la dietista, las estadísticas, secretariado, elementos técnicos auxiliares, etc. Pues bien, el problema de las relaciones médico-enfermo concierne sólo al médico; es a él a quien incumbe por entero, exclusiva y personalmente, enfrentarse y resolver en la mejor forma posible el problema. De él dependerá el porvenir del paciente, la buena acción de la medicina y, además y principalmente, la tranquilidad de su conciencia, parte básica de su conducta.

El delicado problema de las relaciones del médico con el enfermo tiene dos fases de interés. La primera es el momento del diagnóstico, en donde la claridad y calidad de estas relaciones permitirán al médico conocer a su enfermo y a su enfermedad. La segunda es en el tratamiento. En los casos sencillos será su ayuda, pero en los casos graves y prolongados esta acción espiritual entre el médico y el enfermo tendrá una importancia de primer plano, insustituible. En los casos desesperados, el médico suele presenciar los sombríos contornos de una carrera entre la muerte y la tortura que significa la enfermedad.

Antes de entrar a considerar la parte del médico y del enfermo en esta ecuación, creemos útil referirnos a dos citas de carácter histórico. No son las únicas que podrán recordarse, las hay muchas, pero ellas nos han impresionado desde mucho tiempo. La primera se refiere a las penetrantes frases de G. Dieulafoy con las que terminó su famosa lección inaugural de la Clínica Médica del Hotel Dieu, de París: "Pero estos pobres enfermos no lo olvidemos jamás, señores, que debemos rodearlos de toda clase de cuidados; atendámosles físicamente evitando exámenes repetidos o largo tiempo prolongados; atendámosles

moralmente, sin pronunciar jamás delante de ellos una sola palabra que pueda darles luz acerca de la gravedad de su mal; ellos son dos veces dignos de compasión, por estar enfermos y porque son desgraciados; y, a este doble título, tienen derecho a nuestra solicitud, a nuestra devoción y a nuestro respeto".

El otro dato histórico se debe a la contribución de G. Marañón y Pedro Laín. Marañón reiteró de una manera cierta y en una forma en extremo elegante los términos de este problema, especialmente en *Vocación y Etica* (1935). P. Laín en varias publicaciones ha dado un conjunto de opiniones muy sólidas y reales, las cuales se encuentran reunidas en un volumen aparecido en 1964.

El médico debe estar preparado especialmente para cumplir esta tarea; gran parte de sus estudios y de su práctica están destinados a darle conocimientos y normas. Del lado del enfermo la situación es totalmente diversa. Se estudia para ser médico, pero no se estudia para ser enfermo.

Los enfermos que llegan hasta donde el médico ofrecen a su observación una variedad infinita de aspectos psicológicos. De aquí que cada uno de ellos representa un enfermo. Mientras una misma enfermedad puede parecerse, a veces mucho, de un enfermo a otro; los enfermos por su constitución psíquica y somática, por su medio ambiente, por sus reacciones, su capacidad para experimentar el dolor, todo este conjunto variado en cantidad e intensidad, hace que se presente con caracteres propios e individuales. Los rasgos que diferencian un enfermo de otro provienen prácticamente todos de la esfera psíquica. Estos elementos suelen perturbar la formulación del diagnóstico, lo cual constituye un impedimento para el curso de una buena atención médica. El médico podrá ver, entre los enfermos, bajo alguna forma, variaciones enormes, es decir, personalidades cuyas características se modifican, transforman o deforman por el dolor. Los pusilánimes y aprensivos; los de coraje y los escépticos; aquellos que necesitan un gran número de medicamentos y otros que tienen un verdadero temor por las drogas; los iracundos y los que tienen fe en la medicina; los que dudan de todo, desde su enfermedad hasta de la propia eficacia de la medicina; los que exageran su mal y los que lo aminoran y, aun, lo ocultan; enfermos presas de un pudor que hace difícil todo tratamiento; el temor a la muerte; los introvertidos que dificultan toda interrogación y, así se podría multiplicar al infinito estas variaciones psíquicas determinadas por la enfermedad. Un autor moderno ha dicho, a este respecto: "no es difícil representarnos la heterogénea variedad y características casi indefinidas que se presentan en los diversos estados patológicos, y la ardua y agobiante exigencia que esto significa para el profesional" (M. N. Castex h.).

En otro plano, ya netamente somático, hay también variaciones en el conjunto de los pacientes: los hipersensibles, los que tienen reacciones alérgicas, los que presentan intolerancia a los medicamentos, o bien, a los climas, los propensos a una u otra manifestación clínica. Si estas cualidades psíquicas se mezclan con las somáticas, comprenderemos bien que el enfermo, en sus aspectos dominantes, es impredecible. Ahora bien, no es posible, pues, preparar al enfermo para obtener una buena relación médico-paciente. Es, pues, el médico, el único responsable del buen éxito entre estas relaciones. La preparación debe radicar única y exclusivamente en el médico. La medicina es acción dirigida a procurar la mejoría de un ser humano víctima de una enfermedad; para alcanzar este fin es necesario un diagnóstico, y para esto es indispensable conocer la medicina y conocer al enfermo. Las relaciones médico-enfermo tienen, en el desarrollo de estas actividades, una importancia de primer plano. En el fondo, este problema está representado por la manera cómo debe actuar el médico. Dejemos de lado sus conocimientos científicos, técnicos, prácticos e históricos y veamos cómo debe actuar con la suma de su saber frente a un enfermo que el destino le puso al frente.

Las siguientes condiciones son las que, entre todas, nos parece las de mayor interés.

En primer lugar, saber escuchar al paciente; atender a todo lo que dice y como lo dice. Conocer, a través de su relato, sus problemas médicos, personales, familiares y sociales. De este relato, el médico debe saber extraer lo útil y necesario para comprender el mundo propio del enfermo. Un buen interrogatorio, que no perturbe la espontaneidad del relato del enfermo, es en extremo útil. Oscar Wilde, ya muy enfermo, del cuerpo y del alma, minimizaba al médico, pues no comprendía su interés por escuchar su penoso relato. Esta capacidad del médico para dar importancia a sus males dejaba a Wilde perplejo.

En seguida, el médico debe actuar con extremo tacto, discreción y sentido ponderado; con cordialidad pues es, a través de esta actitud, como puede acercarse a la intimidad del enfermo. Todo lo cual debe desplegarlo con gran flexibilidad; debe adaptarse, sin estridencias, a cada caso particular.

Frente al paciente el médico deberá ofrecer un sincero respeto acerca de sus ideas o juicios, ya sean relativos a personas, a otros médicos, a problemas de moral, política o religión. Para el médico, en su acción específica, no hay clases sociales, políticas o económicas, hay sólo enfermos y nada más. El derecho a la salud es igual para el labriego o el intelectual, para el empleado modesto o el director de empresas; para el funcionario subalterno o el gobernante, en fin, para el pobre o el rico. La solicitud del médico tiene necesariamente que ser igual para todos.

Será su preocupación primordial apreciar en su enfermo cuál es el valor y el estado de las condiciones de su mente, de su psiquis. Ver en qué medida el dolor las ha modificado, así como han dado a su cuadro patológico algún sello especial. Las medidas del tratamiento deberá considerar estas dos direcciones de las condiciones psíquicas del paciente. No es una tarea fácil, al contrario, reclama paciencia y mucha experiencia.

Con todos estos elementos es posible llegar a comprender al paciente en toda su compleja personalidad. La parte técnica, es decir, el examen físico y complementario, unida al análisis psíquico, revelan en forma adecuada al enfermo y la enfermedad de que padece. La magnitud de la tarea es grande y delicada, pues está en juego la suerte de un paciente, la tranquilidad de conciencia del médico y el éxito de la medicina. Por todo esto, en el curso de esta tarea el médico debe tener el sentido de la modestia, aun, como decía Marañón, de la humildad. Fluyen así las proporciones de grandeza de la medicina, en su prístino sentido de servicio.

En el análisis de las relaciones entre el médico y el enfermo, surge un aspecto muy debatido, cual es la llamada *mentira piadosa*. Mucho se ha escrito acerca de esto, así como existen innumerables anécdotas al respecto. La literatura ha recogido esta circunstancia y la ha explotado, a veces con raro acierto. Sin embargo, hay médicos, tanto ayer como hoy, que, guiados por un rigor científico muy estricto, no ocultan al paciente la naturaleza y significado de su mal. En afecciones cardíacas y renales, así como en procesos infecciosos graves, como la tuberculosis o la sífilis y, principalmente, en las diversas formas clínicas del cáncer, hacen un verdadero despliegue de exactitud diagnóstica. Hemos asistido a estas escenas. Nuestra opinión es categórica: la mentira piadosa es muchas veces una necesidad absolutamente imprescindible. En casos como éstos, faltar a la verdad, negar un hecho que al médico le parece evidente, engañar al paciente de una o mil maneras para mantener una ilusión, es actuar con un profundo sentido humano. Pero la mentira piadosa, por muy urgente y perentoria que sea, no debe, en ningún caso, ni siquiera retardar las medidas de tratamiento que sean pertinentes. Ni menos significar el abandono del enfermo a una ilusoria confianza, cuando aún está en condiciones de participar activamente o de prestar ayuda a su propia recuperación. La flexibilidad mental del médico tendrá aquí una magnífica oportunidad de ponerse a prueba.

Esta conducta del médico frente al enfermo deberá cubrir todos los momentos de su acción; más allá del enfermo, en el mismo estilo también, debe desarrollarse frente a sus familiares y aun a las personas de las cuales depende, o que dependen de él de alguna manera.

El médico debe a sus enfermos un profundo sentimiento de gratitud. Ellos le han manifestado su confianza y han entregado su suerte a su saber y conciencia. Debe mirarlos como una fuente preciosa de experiencia, de información y de conocimientos.

Todos estos elementos que hemos detallado tienen una íntima relación con dos condiciones esenciales. Una es el sentido humano, profundamente humano, de la medicina, y la otra, es el mayor o menor grado de la auténtica vocación del médico. El sentido humano de la medicina, la vocación del médico y la conducta de éste frente al enfermo forman un todo en el cual es bien difícil separar las partes o dar importancia a una u otra.

Y, antes de cerrar este capítulo, debemos referirnos a otro asunto difícil, una modalidad de las relaciones médico-enfermo, de tono delicado e ingrato, pero necesario de consignar. Nos referimos al problema de los honorarios y, eventualmente, al lucro que la profesión puede ofrecer. La acción médica debe ser remunerada. Vendrá del estado, de una corporación pública o de una asociación, o, simplemente de cada uno de los enfermos con sus medios personales. La formación de un médico significa, en términos de una economía general, una fuerte inversión de dinero para las universidades, de un valor que cada día es mayor. El personal docente seleccionado, los auxiliares, el mantenimiento de los hospitales universitarios, todo esto suma una enorme cantidad de dinero. Por otra parte, la familia del estudiante debe aportar su participación, la cual es siempre también alta. El propio estudiante y, después ya médico, debe dedicar a la medicina todo su tiempo, con exclusión absoluta de otra actividad. La remuneración del médico debe permitirle vivir decentemente, no sufrir angustias que perturben su tranquilidad. Más allá de eso, poder educar a sus hijos en condiciones adecuadas. Acerca de esto no hay ni puede haber discusión. Pero no es posible subordinar al lucro la condición del médico. La bondad del médico, la acción de servicio de la medicina, el procurar alivio a un ser humano que sufre, no pueden regularse por un desmedido afán de obtener dinero. La profesión es, económicamente considerada, modesta. Y esta condición la hace en extremo respetable. No hay proporción entre el enorme esfuerzo que se desarrolla para formar un médico, para mantener su perfeccionamiento continuo y el rendimiento económico que la profesión produce. Tampoco hay proporción entre un buen servicio que el médico presta al enfermo y el monto de los honorarios. Quien viene a la medicina en busca de fortuna ha equivocado su camino.

Más allá de la cultura médica

Cultura es lo que salva del naufragio vital, lo que permite al hombre vivir sin que su vida sea tragedia, sin sentido o radical envilecimiento. Ese personaje medio es el nuevo bárbaro, retrasado con respecto a su época, arcaico y primitivo en comparación con la terrible actualidad y fecha de sus problemas. Este nuevo bárbaro es principalmente el profesional, más sabio que nunca, pero más inculto también.

J. ORTEGA Y GASSET

LAS RESPONSABILIDADES del médico internista tanto frente al enfermo como ante la propia medicina, lo obligan a avanzar más allá de la cultura médica estricta. Creemos necesario ir a un humanismo ponderado de calidad refinada. La medicina, según Hipócrates, es la más humana de las actividades del hombre. El médico debe estar informado de los hechos esenciales de la filosofía, de la literatura, el arte y la historia. Es indispensable comprender el significado del tiempo en que se vive. En este sentido queremos destacar la importancia del estudio de la historia de la medicina, es decir, hacer el análisis de la evolución del pensamiento médico. Siempre ha existido una cierta inquietud por este género de estudios; pero, en las últimas décadas se ha ensanchado mucho esta preocupación. La literatura al respecto es ya de gran importancia. La documentación actual es de enorme valor y, paradójicamente, la historia de la medicina ha sido ya considerada como una especialidad más dentro de la medicina. "Leer y releer la historia de la medicina, ha dicho Marañón, es indispensable al médico para no perder la cabeza, para no engreírse pensando que ha tenido la suerte de vivir en esta época de la ciencia, para acoger con prudencia los nuevos avances"; y, después, agrega: "nada serena el ánimo y aclara las dificultades de la investigación médica, como el estudio de lo que fue".

Pero hay más. La gran historia, la que cubre países a través del tiempo es, sin duda, la fuente principal. Más allá se debe agregar la de cada uno de sus maestros y de su escuela, lo cual encierra siempre una fecunda inspiración. En cada escuela son innumerables los bellos ejemplos de la devoción a la medicina, al trabajo intenso y desinteresado, la

atracción por el libro y el hospital y, por sobre todo, el amor al paciente, a su enfermo. Cada escuela, cada país, cada época son ricas en estas personalidades.

La densa tarea diaria del médico reclama un reposo, una evasión. Múltiples son las actividades que pueden llenar estos momentos. Pensemos, como muchos, que no hay nada que pueda superar a la lectura. Las autoridades médicas de más reconocido prestigio han sido categóricas en este mismo sentido. Osler, incluso, señaló una lista de las obras que debían estar cerca de la mano del estudiante y del médico. En estas listas dominaban las obras clásicas. Reiteramos desde nuestra modesta posición la enorme importancia de estos hábitos y creemos que ellos son parte muy importante para cimentar la personalidad del médico. Es necesario despojar a la profesión de su carácter bárbaro, como lo sostenía, con razón evidente, Ortega y Gasset.

El contenido de la medicina en magia, arte y ciencia

Sentir siempre la atracción irresistible de la medicina.

A. TROUSSEAU

Las grandes tendencias que han caracterizado ciertas épocas de las civilizaciones se refleja de una manera más o menos clara en las actividades en torno de la salud y la enfermedad. A través de los siglos, vemos sucederse tres caracteres dominantes: la magia, el arte y la ciencia.

La magia, en un sentido general, se refiere a llevar a efecto cosas de carácter extraordinario, sobrenaturales, inexplicables a la luz de la razón. Estas acciones se propiciaban siempre en una mezcla, bajo diversas proporciones, con supersticiones e ideas religiosas. Fue y sigue siendo, parte de la tarea de curar en los pueblos primitivos. La mayoría de aquellas medicinas y las aborígenes eran, más que nada, expresión de ese algo que entendemos por magia. Ahora bien, el arte fue sustituyendo poco a poco el contenido de carácter mágico. Se inicia esta grande y fecunda etapa con la obra de Hipócrates y su escuela. Sin embargo, aquellas ideas primitivas, bajo formas claras o encubiertas, persisten aun hasta hoy, aunque de manera reducida.

El arte médico, esto es, hacer bien una cosa relacionada con la salud y la enfermedad, representa más que nada el reconocimiento de la enfermedad, cosa que habitualmente constituye el examen y el diagnóstico. Esta es, sin duda, la parte personal del médico, la habilidad, el tacto, la discreción, el criterio en el sentido del equilibrio para reconocer a través del interrogatorio y el examen físico el mal que aflige al paciente. La pericia para encontrar o percibir un signo, el valorar un síntoma y mil cosas más, a veces de pequeña cuantía, es lo que se pone a prueba el arte con que el médico se desempeña. Esta condición es hoy tan urgente y categórica como hace veinticinco siglos. En la mitad del siglo

xix, cuando la clínica adquiere su mayor esplendor, A. Trousseau sostenía que "la medicina es un arte y el médico debe, en consecuencia, ser un artista".

Mas, el progreso sigue su curso y en los campos de la ciencia la medicina encuentra una nueva, feliz y venturosa dimensión. La obra de muchos a partir del Renacimiento va modelando este contorno. Los descubrimientos de todo orden y los adelantos técnicos de las últimas décadas han dado a los conocimientos una solidez extraordinaria.

Al arte indispensable, más que eso, insustituible, se agrega el contenido científico. Mientras el arte desplazó a la magia, la ciencia se agregó al arte, complementándose mutuamente en un todo armónico. Es la imagen bella y atrayente, de la medicina actual.

Pero la magia retorna bajo alguna forma a ocupar un cierto lugar en esta amplia tarea de procurar devolver la salud. Varias modalidades es posible advertir. Una es el charlatanismo o curanderismo, desarrollado por personas extrañas a la medicina. Prácticas variadas, maniobras de diverso orden, pretenden, sin fundamento, hacer diagnóstico o producir la curación o el alivio. En mayor o menor grado, estos singulares personajes están presentes en todas las culturas. Jean Bernard, en una obra reciente dice que los charlatanes "se cuentan en Francia oficialmente de treinta a cuarenta mil, casi tanto como los médicos".

Pero, de tarde en tarde, surge aquí o allá, un médico, habitualmente con escasa preparación reconocida, quien pretende, mediante una droga, alguna pequeña maniobra más o menos inofensiva, ciertos masajes o formas especiales de hidroterapia, obtener una curación, en ocasiones para casi todos los males. Otras veces se trata del empleo de dosis pequeñas, a las que la moderna farmacología no atribuye ninguna acción. Mediante estos procedimientos heterogéneos, alejados de la honestidad de la medicina, se desea provocar ciertas reacciones más o menos extraordinarias, no explicables por un razonamiento lógico. Es decir, se trata, en cierto modo, de una expresión de magia. La sugestión, la falta de cultura, las decepciones en males crónicos o incurables, la superstición y otros factores que entran en juego hace que algunos pacientes sientan algún alivio. El control médico riguroso ha revelado invariablemente su ineficacia.

No debe entrar en este aspecto de magia cierta condición personal que irradia de algunos médicos, como cualidad imponderable y que ayuda en la esfera psíquica, a la conducción de muchos tratamientos. Hay de parte del enfermo frente a su médico, fe en su saber y una entrega para alcanzar la curación. Son factores humanos, expresiones de

bondad, autoridad tanto moral como científica. Eso no es magia, sino una feliz relación médico-enfermo.

Como el reverso de una medalla, tenemos el caso del médico que no progresa, que no sigue el curso de la medicina y que va acercándose insensiblemente a la condición del charlatán o del curandero. De esta manera se prostituye una noble profesión. En ausencia del arte, la magia no los ayuda.

En todas estas condiciones irregulares del ejercicio de la medicina, por graduados o profanos, invariablemente aparecen dos circunstancias. Una es su vida efímera, episódica, y, la otra, es su bajo propósito de lucro. Y ambas cosas son ajenas al espíritu milenario de la medicina.

No es esto todo. Los vocablos tienen, por fortuna, varios significados o acepciones. Vemos hoy día otra modalidad de magia en la medicina. Magia también significa encanto, hechizo, atracción, deleite. Pues bien, la medicina en sí, con sus caracteres actuales, brillantes y sorprendentes, constituye para muchos un motivo de deleite, atracción, hechizo y encanto. Un don mágico de indefinible sortilegio. Para muchos la medicina encierra una mágica e irresistible atracción. Que así sea y que esta venturosa condición sea cada día más amplia y sentida por un mayor número de personas.

20

La necesaria presencia de Hipócrates

La mentalidad de Hipócrates correspondía típicamente al espíritu de la época de Pericles: llena de imaginación, pero realista, enemiga de todo misterio y desengañada de lo mítico y que, reconociendo el valor de la religión, se esfuerza por explicarse el mundo en términos de razón.

WILL DURANT

PARA UNA EXACTA formación del médico en esta segunda mitad del siglo xx, cuando la medicina ostenta sus más grandes progresos, es absolutamente indispensable, junto al arte, a la ciencia y a la técnica, tener una clara idea acerca de lo que puede llamarse la herencia de Hipócrates.

Durante veinticinco siglos, el pensamiento hipocrático ha sido de alguna manera el elemento rector de la orientación médica. Sin embargo, en el transcurso de los últimos cien años, sus obras son menos conocidas. Es necesario, ante esta circunstancia, darle una cierta proporción a este capítulo. Resulta curioso apreciar, después de hacer un análisis del pensamiento hipocrático, cómo muchas grandes verdades y, aun, su pensamiento mismo, forman parte importante y visible de nuestra actual medicina clínica.

Es curioso, también, advertir que en las obras relativas a la historia de las ciencias, ya sea tratados, ensayos o estudios especializados, el problema de la medicina hipocrática ocupe un lugar destacado. También, y muy naturalmente, en los trabajos dedicados a la historia de la medicina. Pero en las grandes obras directamente médicas no figura el pensamiento hipocrático en forma señalada, ni siquiera suele figurar en índices onomásticos. Sin embargo, como se dijo, la huella del pensamiento griego en la medicina de hoy es evidente. Muchos médicos, como el señor Jourdans, el personaje de Molière que no sabía que hablaba en prosa, siguen sin saber qué es el pensamiento hipocrático. Otro hecho que nos parece muy significativo, se refiere a que alguna de las grandes figuras surgidas durante este extenso período aparecen señaladas por sus contemporáneos con el nombre del maestro de Cos. Así se dijo de Celso que era el Hipócrates romano; de Sydenham, que era

el Hipócrates inglés; de Boerhaave, que era el Hipócrates holandés; Osler, como el Hipócrates americano, y, en nuestros días, ya comienza a señalarse a Marañón como el Hipócrates español. No puede ser esto una mera casualidad; es evidente que tiene un gran significado.

Para comprender bien lo que representa la obra de Hipócrates y su escuela, es necesario, siguiendo una modalidad moderna, imaginarnos al maestro en su tiempo, contemplándolo en el marco de su propia atmósfera. Veinte años antes de su nacimiento había ocurrido la victoria griega de Salamina (480 a. C.), la cual alejó definitivamente la dominación persa sobre los pueblos helénicos. Había triunfado, más que nada, un ideal de libertad y una manera de concebir la vida. La virtud y la sabiduría, en su auténtico sentido griego, fue lo que dio coraje a guerreros y navegantes inexpertos. La pobreza de un pueblo noble había sido capaz de vencer al legendario oro venido del Oriente. Homero, así como dramaturgos y filósofos, formaron el alma de este pueblo. Le dieron un nuevo sentido a la vida ciudadana, la sumisión a la autoridad de la ley, el respeto al ser humano, el culto por la verdad y el hábito de la mayor claridad y belleza del lenguaje.

Hacia el sur del Mar Egeo, vecinos a la costa del Asia Menor, ubicados en islas de tamaño reducido, se crearon pequeños estados, con una verdadera aristocracia, libres de tiranos y de dictadores. Una de estas islas es la de Cos, cuya superficie apenas si alcanza a 300 kilómetros cuadrados y está separada por un corto estrecho del continente asiático. Forma parte del conjunto del archipiélago de las Esporadas. Hay en Cos fuentes termales y se edificó, en tiempos remotos, uno de los muchos templos destinados a honrar a Asklepios, el mito griego, del linaje de Apolo. Este templo es tal vez uno de los más grandes y hermosos. Varios muros, columnas, planos inclinados y estatuas formaban el conjunto. En su centro está el templo y cerca de él un altar de dimensión más reducida; todo lo cual queda contiguo a un gran gimnasio. Cos era un antiguo centro médico, hacia donde llegaban enfermos venidos desde sitios muy lejanos. Una larga familia de médicos, de padres a hijos mantenía el prestigio de la isla. De esa familia, el año 460 a. C. nació Hipócrates. La línea genealógica dada por Sorano, en su famosa biografía, está integrada por dieciséis personas; Hipócrates es el decimo-séptimo y con él se cubren 538 años. Es verosímil, según Littré, que hubiera nacido en un día que correspondiera al 26 de agosto. El mismo año nació Tucídides y Demócrito, quien después fue su gran amigo. Muchos creen ver una clara y directa influencia del filósofo, llamado el que ríe, en la orientación racional del pensamiento hipocrático. Viajó mucho, y en el mundo helénico de su época, su figura se destacó con caracteres singulares. Un historiador moderno lo describe diciendo que

“en cuanto a belleza y dignidad, esta figura está por encima de los elogios”, y, después, agrega que “será siempre el tipo del perfecto médico, sabio, observador, humano, con un profundo respeto por los derechos de sus enfermos, pero, con un deseo aún mayor de que su experiencia beneficiara a los demás; ordenado y tranquilo, serio, reflexivo y discreto, limpio de espíritu y dueño de sus pasiones” (Ch. Singer). Los personajes de su época, así como los acontecimientos que durante su vida ocurrieron, son los más notables de la Grecia clásica. Lo básico de hoy, por lo menos el punto de partida en religión y filosofía, en matemáticas y astronomía, en ciencias naturales y biología, en literatura e historia, en política, en arquitectura y escultura, en poesía y drama, surgió en la época en que vivió Hipócrates. Su obra colocó a la medicina junto a las más grandes concepciones del pensamiento. La medicina comienza con la civilización occidental.

Cuando nació Hipócrates, Pericles se acercaba a los 40 años, Sófocles tenía 34, Heródoto 24, Eurípides 20 y Sócrates sólo 9 años. Cuando el maestro cumplió los 33 años, nació Platón. En esta Grecia de Pericles, Hipócrates fue testigo de la construcción del Partenon (449 a. C.) de los Propileos (432 a. C.) y del Erectión (420 a. C.), en suma de la Acrópolis. En el año de su nacimiento, Esquilo hizo representar el *Prometeo Encadenado*, y durante su vida, Eurípides estrenó *Medea* y las *Bacantes*, Sófocles, la *Electra* y Aristófanes, *Las nubes*. Cuando ya el Maestro tenía 74 años, Platón fundó la Academia (386 a. C.). También fue contemporáneo de la Guerra del Peloponeso (431-404 a. C.). Se le llamó a Atenas para combatir una extensa epidemia de peste. La fecha exacta de su muerte no es segura, pero todo hace pensar que sobrepasó largamente a los 80 años. Algunos historiadores creen que llegó a los 104 años; por lo menos eso se deduce de la biografía de Sorano. Se cree que murió en el norte de Grecia, cerca de la Costa de Salónica, en Larisa.

Platón elogió su estilo, Aristóteles lo llamó el grande; para Apolonio es el divino: Galeno dirá que es el admirable inventor de toda cosa bella.

El prestigio de Hipócrates fue inmenso en su época y su influencia se extiende, sin contrapeso, hasta el Renacimiento. Después, del pensamiento hipocrático va quedando su esencia, su alto significado y la permanente orientación que irradia hacia la medicina.

El pensamiento hipocrático vivo está contenido en un grupo de obras que hoy conocemos con el nombre de *Corpus Hippocraticum*.

Hipócrates y su escuela compusieron múltiples obras que fueron escritas por numerosos autores, lo cual ocurrió durante la segunda mitad del siglo V y en el siglo IV a. C. Se estima, con Littré, que fueron en total cerca de setenta volúmenes. El conjunto es en extremo hetero-

géneo y es evidente que partes no fueron escritas por médicos. Tiempo después, los famosos eruditos de la Biblioteca de Alejandría, en el curso del siglo II a. C., reunieron todo el conjunto de esta obra. Cerca de seis siglos después, ya en nuestra era, en el siglo IV, se hizo la primera traducción latina, la cual no es completa. El original griego está redactado en el dialecto jónico, habitual en la época de Pericles. Quizás sí, a partir de esta edición latina, se le llamó el *Corpus Hippocraticum*. Hay fundados argumentos para pensar que durante este período, es decir, desde la traducción latina, hasta el siglo XIV y el XV se hizo progresivamente una reconstrucción del texto, mediante el estudio comparativo de las diversas versiones. Es pues, desde el siglo XIV y el XV que se tiene el actual texto. En el fondo, el actual *Corpus Hippocraticum* es una selección de las obras. Como se ve, estos textos siguieron las mismas alternativas de sus congéneres de la literatura, la historia y la poesía griegas.

Si consideramos el conjunto total de esta obra, la parte que se estima como debida auténtica a la mano del maestro, es la menor, pero sin duda, la más trascendente. Sin embargo, vale la pena señalar que muchos de los otros escritos, son también redactados por una mente ilustrada y con un idioma correcto. No se sabe el nombre de estos autores, los cuales han quedado en el anonimato.

En la época del Renacimiento, especialmente en el siglo XVI comienzan las diversas ediciones. El texto actual de mayor valor parece ser el de Littré, traducido al francés directamente del griego. Actualmente hay de la parte auténtica de Hipócrates numerosas ediciones en inglés, francés y alemán. Las partes del *Corpus* unánimemente estimada como escrita por Hipócrates son las siguientes: el Juramento, Las Epidemias, la Tradición en Medicina, Aire, agua y lugares; Pronóstico, los Aforismos, la Enfermedad Sagrada y un Régimen para la salud. Lo más famoso, y lo más actual, es el libro dedicado a los Aforismos, el cual constituye un conjunto de sentencias y juicios breves, claros y precisos, todo lo cual demuestra una capacidad de observación y de análisis, extraordinario. Estos aforismos fluyen de una experiencia rica del más alto valor. Este pequeño volumen consta de ocho libros, o capítulos, los cuales contienen 452 aforismos. Nos parece útil enumerar algunas de las referencias contenidas en ellos. Son: afecciones digestivas, dolores epigástricos, enteritis, trastornos del tránsito intestinal, dietas variadas, diferentes clases de alimentos; las constituciones o compleción: flacos, delgados, gordos, fuertes, débiles y todos ellos en relación con la frecuencia y el curso de las enfermedades; la acción de las estaciones y del clima sobre los procesos patológicos, es decir, el sol, la humedad, la lluvia; el sueño y el insomnio; la fatiga, la debilidad, la

fiebre, la consunción; el dolor ubicado en diversas partes, tórax, abdomen, articulaciones; los purgantes, las diarreas, los vómitos, la melena; los episodios paroxísticos en el curso de las enfermedades; los trastornos de la micción, la apoplejía, la conmoción cerebral, las convulsiones, los trastornos mentales, la melancolía, epilepsia, letargia, coma, vértigos; hemorragias; dolor de garganta; erupciones, catarros, tumores, artritis, asma, escalofríos, pleuresía, neumonía, empiema; tifus, disminución de la visión, ceguera, glaucoma; sordera; trastornos menstruales, diversas enfermedades que pueden ocurrir durante el embarazo, etc.

Para algunos autores modernos, aparece claro que en Hipócrates se encuentra lo que hoy llamamos el método experimental o científico como un medio para conocer los secretos que encierra la naturaleza. Es evidente que el razonamiento hipocrático es de un rigor lógico perfecto.

El Juramento ha permanecido en toda su vigencia a través de veinticinco siglos. La mayoría de los expertos lo estiman como redactado por Hipócrates, mientras una minoría cree que se compuso en una época posterior. Pero el hecho es que ha dado a la medicina un rango moral muy alto. Además de su bello idioma, ese es su gran valor. He aquí el texto en la redacción actualmente más corriente:

«Juro por Apolo, el médico y Asklepios, por Hígea y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que, este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. Aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin remuneración ni contrato, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas. Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento, será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y del error. A nadie daré una droga mortal, aun cuando me sea solicitada, ni daré consejos con este

fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores. Mantendré mi vida y mi arte alejados de toda culpa. No operaré ni siquiera cuando se trate de enfermos del mal de piedra, dejando el camino a los que trabajan con pericia en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario, y especialmente en maltratar los cuerpos de las mujeres o de los hombres, ya sean libres o esclavos. Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas. Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro».

En otros escritos aparecen sentencias muy sabias acerca de la con-

ducta del médico en sus relaciones con los enfermos. Así dice que es "menester celosa vigilancia sobre sí mismo y decir tan sólo aquello que sea absolutamente preciso". En otra parte indica que "cuando entres al aposento de un enfermo, cuida de sentarte con decoro, mantener reserva, llevar compuesto el vestido, hablar con firmeza y concisión, mantener la calma, guardar los modales junto a la cama del enfermo, conservar el dominio de sí mismo, evitar toda confusión y estar pronto a hacer cuanto debe hacerse". Respecto al difícil problema de los honorarios establece nobles reglas cuando expresa: "Te exhorto a que no seas demasiado exigente, sino que tengas cuidadosamente en cuenta la riqueza o medios de la paciente. En ocasiones debes, incluso, prestar tus servicios gratuitamente; y si tienes oportunidad de servir a un extranjero que se encuentra en dificultades económicas, préstale plena asistencia". Y, agrega después esta frase maravillosamente humana: "pues, donde existe el amor al hombre, hay también el amor al arte".

Dos citas queremos agregar por parecernos un ejemplo de la gran penetración del pensamiento hipocrático. La primera se refiere a lo que la antigüedad llamó la *enfermedad sagrada*, es decir, la epilepsia. El nombre evidenciaba la idea que, durante siglos, se tenía de esta enfermedad, Hipócrates inicia el libro respectivo: "no creo que la enfermedad sagrada sea ni más ni menos divina o sagrada que cualquiera otra enfermedad, sino al contrario, creo que tiene caracteres específicos y una causa definida". El juicio aparece como categórico y hoy sabemos lo bien fundado que es. Después describe, con admirable precisión, lo que hoy llamamos la historia natural de una enfermedad.

La otra cita, es aquella que se refiere a la medicina, en aquel tiempo ya antigua, en donde indica la norma sabia y segura para conducir el progreso de la investigación médica. Como todo lo de Hipócrates, es hoy tan actual como cuando se escribió: *La medicina no es de ninguna manera una ciencia nueva, dice el Maestro, desde hace ya mucho ha encontrado sus principios y su ruta ha sido trazada. Después, durante un largo espacio de tiempo, se ha hecho un gran número de bellos y útiles descubrimientos. Todo hombre dotado de las disposiciones necesarias, instruido de lo que se ha hecho antes de él, partirá desde este punto, seguirá la misma ruta y hará nuevos descubrimientos. Pero, si alguno, rechazando el trabajo de sus predecesores y despreciándolo todo, busca otros caminos y una diferente manera de ver, halagándose de haber encontrado otra cosa, se equivoca, y también, equivoca a los demás.*

Debemos aquí hacer un alcance. Hipócrates se manifiesta como un continuador de la tradición médica. Sin embargo, mirando el desarrollo de los acontecimientos se comprueba como muchas veces la tradición

crea paradójicamente, un espíritu rebelde. Hipócrates, sintiéndose tradicionalista, inicia el más dramático cambio en el significado del arte médico. Otro después, en el campo de la filosofía, Platón, será a su vez otro rebelde. Ambos son, en sus campos de acción, renovadores profundos.

Veamos ahora, en una síntesis, cuáles son los elementos que constituyen la presencia de Hipócrates en la medicina de hoy.

El *primer elemento* que debemos consignar en el conjunto que constituye la herencia hipocrática, es el de haber ubicado a la medicina en el mismo rango de las más altas actividades intelectuales. Es decir, una disciplina organizada, razonada, con espíritu crítico, obtenida del análisis de los fenómenos que la naturaleza muestra en un ser humano enfermo; disciplina en constante evolución, como algo vivo y que debe perfeccionarse en forma permanente. La medicina constituye una parte importante de la cultura de la época. Supo otorgar Hipócrates a la medicina la modalidad intelectual del pensamiento griego.

El *segundo elemento* es el que se desprende del Juramento, del cual emana, bajo una bella forma, la dignidad y el sentido moral del ejercicio de la medicina. Su lectura hoy, veinticinco siglos desde que fue escrito, tiene una impresionante vigencia.

En seguida, debemos destacar de una manera especial como *tercer elemento* la consideración del enfermo en su totalidad, como un ser humano en el curso de un tramo doloroso de su vida y, además, unido este ser humano a un ambiente, considerado éste en su más amplia extensión: familia, medio social, condición económica, trabajo, obligaciones, clima, etc. Reitera Hipócrates la importancia de la complejidad, a la cual se refiere insistentemente. Destaca la enorme importancia de la psiquis en el curso de la enfermedad.

Debemos agregar el *cuarto elemento*: el valor insustituible de la observación. Acto diario, de cada instante, la observación de todos los fenómenos que constituyen la enfermedad, continúa siendo la base inmovible de la clínica de todos los tiempos; nada puede reemplazarlo.

Intimamente ligada a la observación está la historia clínica, el *quinto elemento*, o sea el documento de cada enfermo, escrito honesta y verídicamente, exacto y preciso. Hipócrates señaló la necesidad y dio, a la manera de un esquema, un modelo. El enorme progreso de la medicina clínica sigue reflejándose en las páginas de las historias clínicas.

Debemos ahora referirnos al *sexto elemento*, cual es el sentido histórico de la medicina. Ha dicho Hipócrates que la medicina es una tradición. El médico, activo en sus labores propias, debe tener en cuen-

ta lo que ha acontecido en el saber médico, debe estimar y valorizar lo que representa la medicina en su época y, finalmente, sentir muy hondamente su responsabilidad hacia el futuro. Las cosas no son aisladas sino que forma parte de un porvenir.

El lenguaje médico es otro de los elementos, el *séptimo*, de gran valor dentro de lo que heredamos de Hipócrates. El estilo lingüístico de la época, exteriorizado en la literatura, la filosofía y la historia, lo vemos en el escrito médico. Hay precisión, sobriedad, elegancia, claridad y, de una manera directa, traduce el hecho observado, la idea surgida, la interpretación de los fenómenos. Los aforismos son, en este sentido, un modelo de extraordinario valor. Este lenguaje, que Occidente ha seguido con una rara fidelidad, ha dado a la medicina una universalidad que tal vez no se encuentra en otras disciplinas superiores del espíritu. Escrita primero en griego, después en latín, a partir del siglo XVIII, la medicina aparece en los diversos idiomas de la época, francés, alemán, inglés, español, italiano, etc. Pero, es tan fuerte la influencia hipocrática que en estos diversos idiomas, el lenguaje médico se expresa en el mismo modelo y con un mismo ritmo y significado. Un texto escrito por un maestro es leído y aprovechado por alumnos a miles de miles de kilómetros de distancia, con otro idioma y bajo otros climas y costumbres.

Finalmente, queremos referirnos a una condición que, como un sello tiene la medicina hipocrática. Es el *octavo elemento*. Se trata de la prudencia terapéutica. Este vocablo deriva de la voz griega *therapeútikós*, que significa servicial, que cuida de algo o de alguien. Pocas drogas, mucha higiene, medidas generales, cuidado especial de la alimentación. Condensa su pensamiento en un aserto famoso: "Primero, no hacer daño". Se estimaba, con mucho fundamento, que la naturaleza tiene una clara tendencia a restablecer el equilibrio modificado por la enfermedad. En una época como la actual, con tan enorme profusión de drogas, es útil oír la voz prudente del maestro.

Hipócrates llevó la medicina a un rango muy alto y todo lo que el pensamiento griego tiene de noble, de auténtico y profundo lo incorporó al saber médico. Era, sin duda, un genuino representante de lo que Heródoto, su contemporáneo, llamó "la raza griega que se distingue hace ya mucho de los bárbaros por ser más inteligente y más emancipada de los absurdos".

Cuando la medicina se ejerce con amor, cuando se procura comprender en qué consiste la enfermedad y cómo responde el organismo, cuando se mira el enfermo con el respeto que merece un ser humano atenuado por el dolor, se siente, como una fuerza viva y poderosa, la necesaria presencia de Hipócrates. "Calmar el dolor es obra de dioses".

2 I

Algunos nombres, fechas y hechos relativos a los más importantes descubrimientos en la medicina interna

Sin un sentido de la historia, ningún hombre puede comprender los problemas de nuestro tiempo.

SIR WINSTON CHURCHILL

PARA EL MEDICO, y muy especialmente para el médico internista, los problemas de nuestro tiempo están representados por la propia medicina. Y para comprenderla en toda su integridad, es necesario tener un exacto sentido de su historia.

Este capítulo es sólo un complemento del texto. En el curso de las páginas precedentes se ha reiterado el acento de los antecedentes históricos. Es un juicio, que compartimos con muchos, de fundamental importancia. No se pretende presentar un esquema de la evolución histórica de la medicina, sino circunscribirse a la medicina interna, en sus aspectos dominantes.

Existe una amplia documentación acerca de lo que constituye ciertos grupos de procedimientos y técnicas para pretender curar a los enfermos. Son las medicinas hindú, egipcia, asirio-babilónica, hebrea, china, etc. Muchas de ellas se mantienen con algunas modificaciones, desde cientos de años; otras han sido descubiertas en las últimas décadas, como es el caso de la medicina egipcia del tiempo de los faraones. En todas ellas hay una mezcla de ideas religiosas, superstición y hechos tradicionales.

Hay, también, las medicinas aborígenes, especialmente la incaica, de la cual quedan cráneos trepanados.

Si miramos lo que es la medicina de hoy, es fácil apreciar que aquellas no han tenido ninguna influencia en su desarrollo. Constituye una atrayente curiosidad y son testimonio de la eterna preocupación que ha tenido el hombre por su salud, por mitigar su dolor y por alejar a la muerte.

Nos referiremos, pues, de una manera exclusiva a la medicina occidental y, dentro de ella, a la medicina interna.

En este largo camino de veinticinco siglos, la evolución de las ideas médicas han tenido toda suerte de variaciones, avances, estagnamiento y retrocesos; pero en diversos tiempos, figuras culminantes han ido aportando sólidos elementos para llegar a lo actual. Y lo actual, lo nuestro, el medio médico en que nos movemos, es el resultado de cosas antiguas entremezcladas con los descubrimientos modernos. La medicina ha llegado a ser una ciencia en un perpetuo esfuerzo de perfeccionamiento, de un desarrollo continuo, hasta constituir uno de los más brillantes aspectos logrados por el inquieto espíritu humano.

Siempre queda de los asertos y conceptos antiguos un reflejo, un dato, una adquisición de valor; su conjunto coordinado, debidamente armonizado, configura la línea central que señala la ruta del saber médico. La información valiosa que ofrece la historia no debe considerarse como una acumulación de acontecimientos sino como un medio de hacer de ellos una adecuada e inteligente selección.

Prácticamente, durante todo su desarrollo, esta obra de construcción representa el resultado de un esfuerzo personal. Junto a un maestro, ha habido personas que han colaborado; pero más que nada lo positivo ha sido el trabajo personal. Esta situación cambia a partir del siglo XIX y se hace mucho más notoria en el siglo XX con la presencia del grupo que trabaja en común.

De una manera general, y con sólo contadas excepciones, todas las grandes adquisiciones que enriquecieron el caudal del saber médico, han tenido una larga preparación. Hay siempre muchos estudios previos, ensayos y diversos trabajos. Sigue después la discusión académica y científica realizada en diversos niveles. Ninguna idea fundamental se impuso de inmediato. Este fenómeno, típicamente humano, arranca de la Escuela de Cos, la que vivió permanentemente en rivalidades con la Escuela de Cnidos. Galeno tiene sus contradictores. La obra de Harvey tarda mucho en constituir un conocimiento básico universalmente reconocido. Varios años después de la publicación de su libro, Guy Patin, Decano de la Facultad de Medicina de París, se expresa de la siguiente manera acerca de la idea de la circulación: "es paradojal, inútil a la medicina, falsa, imposible, ininteligible, absurda, nociva a la vida del hombre". La obra de Auenbrügger queda oculta largos años. La auscultación de Laennec desencadena grandes controversias. Cl. Bernard y R. Virchow, durante decenios, deben defender sus ideas. La casa de Jenner es apedreada. La doctrina bacteriológica de Pasteur, una obra modelo por el rigor científico con que fue reali-

zada, es combatida acremente en plena Academia de Medicina de París, en donde un profesor de Clínica y un hombre eminente como Peter, lanza sus dudas.

Por otro lado, las críticas hacia la medicina desde el campo de la literatura, el teatro, la anécdota, la caricatura son abundantísimas. La burla y el sarcasmo son tan antiguos como la propia medicina. Comienza con Aristófanes.

A manera de una curiosidad, apartándonos de la medicina occidental, daremos una información acerca de la medicina egipcia de los faraones. (3000-1500 a. C.).

Los *papiros egipcios*. En la zona de Tebas, la antigua ciudad del alto Egipto, se han encontrado tres documentos médicos, considerados los más antiguos. Se les conoce por el nombre de la persona que los encontró o adquirió de poseedores que los guardaban ocultos. El primero es el papiro de Edwin Smith, de 1862. Se piensa que data de la época de las pirámides. El segundo es el de Ebers, que fue adquirido en 1873 y el tercero el de Brugsch. El conjunto representa una visión acerca de la medicina egipcia con todos sus caracteres. Analizados con el criterio médico actual, se ha podido ver descripciones de procesos patológicos, como las infecciones, tumores, traumatismos. Es verosímil que estos papiros, que son los libros de la época, han debido circular o ser textos de estudios, largo tiempo.

2900 a. C. *Imhotep*, sabio y erudito médico, que actuó bajo el reinado de Zoser, segundo Faraón de la III Dinastía.

tía, "Gran médico de los dioses y de los hombres".

Es evidente que este conjunto de documentos formaron los elementos de estudio de esa época. Pero parece cierto que esta medicina egipcia no fue conocida por la Grecia clásica ni tampoco por la Escuela de Alejandría.

En el desarrollo de la medicina occidental desde el Siglo de Pericles, es posible contemplar diversos períodos, épocas, escuelas, o aun siglos dominado por un nombre. No hay uniformidad de criterio entre los historiadores acerca de estas divisiones. O bien se analizan, de preferencia, ideas relativas a un país, o bien sólo algún aspecto de la medicina considerada como un todo. Pensemos que puede ser útil para comprender nuestra actual medicina interna hacer tres grandes divisiones. Reconocemos que es algo arbitrario y convencional, pero apropiado a los fines que nos proponemos. Estas tres grandes etapas se extienden a través de veinticinco siglos. La primera va de Hipócrates hasta Sydenham, que cubre veintidós siglos; la segunda desde Sydenham, es decir,

desde la mitad del siglo XVII hasta la tercera década del siglo XX, es decir, casi dos y medio siglos y la tercera está representada por los últimos cuarenta años.

PRIMERA ETAPA: HIPOCRATES A SYDENHAM. Es el más largo período, veintidós siglos. La medicina creada por la Escuela de Cos, es tomada por los médicos de Alejandría, Galeno y los árabes. Se perfilan numerosas enfermedades y conceptos; pero aún hay una gran confusión de ideas. Evidentemente los nombres y fechas de este largo período son numerosísimos; pero anotaremos sólo un *mínimum*.

460-356 (?) a. C. *Hipócrates*, el creador de la medicina occidental, llamado el Padre de la Medicina. En el Cap. 20 se dio una información acerca de su vida, su obra y su tiempo.

440 a. C. *Leucipo*, de Mileto, introduce el término átomo que tanta importancia tendrá hoy en la física y en la medicina.

300 a. C. *Herófilo*, de Alejandría; gran médico, filósofo y matemático, quien llevó al Egipto la medicina hipocrática. Autor de muchas obras que se han perdido, acerca de las cuales se tiene sólo referencias indirectas, autor de la sentencia de la salud referida en el texto.

260 a. C. *Erasistrato*, de Alejandría; médico famoso de la escuela hipocrática de Alejandría. Entre sus descubrimientos aparece la primera referencia a lo que hoy se llama cirrosis hepática: un enfermo con ascitis e hígado duro. Dio el nombre actual de numerosos órganos.

Siglo II. *Sorano*, de Efeso. Médico formado en Alejandría y que actuó en Roma en la época del Emperador Trajano. Autor de numerosas obras de

En el desarrollo histórico de la medicina interna nos encontramos a fines del siglo IX con un curioso y muy interesante acontecimiento

corte hipocrático. Escribió una minuciosa biografía de Hipócrates, que es el más importante documento relativo al Maestro de Cos.

131-201 (?) . *Galeno*, de Pergamo, en el Asia Menor, hoy Bengara. Actuó principalmente en Roma. Es el más notable de los médicos de los comienzos de la era cristiana. Autor de una inmensa obra. Es el continuador y comendador de la obra de Hipócrates. Su contribución original es de positivo valor. Inicia la experimentación animal, la que no es seguida por sus sucesores. La influencia de Galeno se extiende sin contrapeso hasta el Renacimiento, es decir, del siglo II al XVI. La enseñanza de la medicina se hace leyendo y comentando sus libros. Asertos y errores se repiten de generación en generación.

865-925. *Rhazes*, uno de los más conocidos médicos árabes. Autor de numerosas publicaciones.

986-1037. *Avicena*, médico persa, el más alto exponente de la medicina árabe. Autor de *Cannon*, en donde resumió lo más notable de los conocimientos médicos de la época. Crea, entre otros, el nombre de epilepsia.

médico-docente. Es la llamada Escuela de Salerno. En el sur de Italia, en su costa occidental, frente al Mediterráneo, el antiguo puerto de Salerno está en el fondo de un golfo. Está vecino a Amalfi y cerca de la Isla de Capri. A una cierta distancia existe un Monasterio Benedictino del siglo VI, el llamado Montecassino. Este puerto fue durante siglos el centro de un gran movimiento marítimo con el Asia. Hacia fines del siglo IX se estableció una escuela para la enseñanza de la medicina, para lo cual reunió un gran cuerpo médico. Es tal vez la primera organización médica con fines docentes de la Europa, anterior, en varios siglos, a las universidades y a la creación del título de médico. Es, en verdad, el esbozo inicial de una Facultad de Medicina. Los médicos aquí formados se distribuyeron ampliamente por los diversos países de la Europa. Más de tres siglos duró su vida activa. Hay, junto a su realidad histórica, mucha leyenda. Se sabe sí, que era una institución libre y laica y se enseñaba en latín, hebreo y árabe. Las creencias cristianas, judías y musulmanas se armonizaron y conocieron en torno al estudio de la medicina. Es la primera demostración del hondo sentido de tolerancia de la medicina. Dominó en esta Escuela el espíritu de Cos, lo que hizo que se la conociera con el sugestivo nombre de *Civitas hipocrática*.

La medicina era, en aquella época medieval, actividad de monjes y de claustros. La condición laica de la Escuela de Salerno fue uno de sus factores de éxito. No surgió de Salerno ningún nombre destacado, ningún descubrimiento o una obra escrita especial. Sin embargo, su servicio a la medicina fue positivo. Entre las curiosidades históricas está la que se refiere a la primera mujer que figura en el desarrollo del pensamiento médico. Se trata de Trótula, autora de un número considerable de escritos médicos que representaron, más que nada, un amplio resumen o compendio de los conocimientos médicos de la época.

La Escuela de Salerno representa el último esfuerzo de una inquietud médico creadora. Señala el término de una época. Después, como dice Sir H. Rolleston, la medicina entra en un período de coma que dura cinco siglos.

1452-1529. *Leonardo da Vinci*, reunió en dibujos, de una exactitud y belleza impresionantes, sus estudios anatómicos, obtenidos de disecciones personales. Hay gran detalle acerca de la circulación coronaria, de las válvulas cardíacas y de la distribución de los vasos, arterias, venas y nervios.

1478-1553. *G. Fracastoro*, de Verona. Pertenece a una familia de médicos. Como era frecuente en esa época, fue además, geógrafo, astrónomo, músico y poeta. Describió en un poema lo que hoy se conoce como la sífilis, nombre dado por él. El título del poema es: *Syphilis sive morbus gallicus*, Verona,

1530. Hasta aquí, la enfermedad se la conocía por varios nombres: *morbus gallicus*, *morbus napolitanus*, etc. Describió, además, numerosas enfermedades de infecciosas y contagiosas. (*De contagione et contagiosis morbos*, Venecia, 1546).

1485-1533. *Rabelais*, médico graduado en Montpellier, en donde después fue profesor. Enseñó en forma muy acertada la medicina de Hipócrates y de Galeno. Escritor satírico en 1532 publicó su famoso *Gargantúa y Pantagruel*, con su contenido médico notable. Con Rabelais se inicia el humanismo en medicina.

1495-1541. *Paracelso*, de Eisleben, Suiza. Espíritu revolucionario y personalidad aún muy discutida. Se manifestó en abierta controversia con los clásicos de la época. Hizo quemar en la plaza pública, en Basilea, las obras de Galeno, Avicena y otras. Destacó la personalidad de Hipócrates. Fue perseguido por las universidades y después expulsado de Basilea. Sus numerosas obras fueron publicadas después de su muerte (*Paraminum*, *Mysterium Magnum*, etc.).

1511-1553. *Miguel Serveto*. Nació en la pequeña ciudad de Villanueva de Sijena, de Huesca, en España y murió en la hoguera, en Ginebra, Suiza, condenado por hereje, debido a una denuncia de Calvino, su gran enemigo. Escribió el libro *Restauración del cristianismo* (1553), publicado clandestinamente. Describe en él la circulación menor. Setenta y tres años después aparecerá la obra de W. Harvey.

1514-1564. *Andrea Vesalio*, nacido en Lovaina, enseña en Padua. Es el creador de la anatomía humana moderna. Se inicia la influencia del Renacimiento en la configuración de la actual medicina. Se ha dicho, y con

razón, que bastaron sólo cuatro años de trabajo anatómico de Vesalio para quitar todo valor a la obra de Galeno. Su obra cumbre es: *De humani corporis fabrica libri septem*, publicada en Basilea, en 1543.

1517-1590. *Ambrosio Paré*. El creador de la actual cirugía. Autor de numerosos tratados, especialmente de cirugía de guerra. Modelo de laboriosidad y de modestia, rodeado de una aureola de humildad "Yo lo vendo, Dios lo cura". Se inicia con Paré el análisis de la relación médico-enfermo.

1557-1619. *Fabrizio de Acquapendente*. Profesor en Padua. Notables estudios anatómicos; descubrió las válvulas de las venas. Fue el maestro de Harvey.

1561-1626. *Francis Bacon*, de Londres. Filósofo, político y escritor, autor de tratados fundamentales acerca del método, que ha tenido en el desarrollo de la investigación científica una gran importancia. Llamó a la medicina una *provincia* del pensamiento.

1590. El holandés *Zacarias Jensen* construye el microscopio, que años después se perfeccionará en forma notable. Dio nacimiento a la anatomía microscópica o histología.

1660. *M. Gilbert*, crea el término electricidad.

1578-1657. *William Harvey*, nacido en Folkstone, Inglaterra, graduado en Cambridge, realizó estudios especiales en Padua, que era el centro indiscutido del estudio médico. Es el descubridor de la circulación de la sangre. Su libro fundamental *Exercitatio anatomica de Motu Cordis et sanguinis*, es uno de los monumentos de la literatura médica y científica de todos los tiempos. Crea la fisiología experimen-

tal con un método riguroso y ejemplar. Sin embargo, fue combatido dentro y fuera de Inglaterra. Más de cincuenta años después de Harvey se comienza a sentir su influencia en medicina. Su larga vida, setenta y nueve años, fue un modelo de trabajo y de virtudes, en medio de una de las épocas más dramáticas de la historia inglesa. Fue el médico de Carlos I y lo acompañó en sus campañas.

1620-1689. *Teófilo Bonet* (o Bonetus). Clínico y anatómico parisiense que, en 1679, publicó un libro famoso aún, llamado *Sepulcretum sive anatomia practica ex cadaveritis morbo de natis*, en el cual se analiza gran número de casos clínicos y de virtudes, en medio de una de las épocas más dramáticas de la historia inglesa. Fue el primer intento de un estudio ordenado de correlación anatómo-clínica.

SEGUNDA ETAPA: DE SYDENHAM A LA TERCERA DECADA DEL SIGLO XX. Cubren dos y medio siglos extraordinariamente fecundos. El camino de progreso avanza con mayor celeridad. La inercia medieval ha quedado muy atrás. Ahora son numerosos los centros en donde se elabora para la medicina. Los intercambios de obras se hacen con mayor intensidad y en medios más extensos. Las grandes universidades francesas, inglesas y alemanas se suman a las italianas. Un ambiente científico, comienza a configurarse en el aspecto de la medicina. Sydenham crea la concepción de la enfermedad como una entidad clínica y anatómica independiente. Si bien muchos procesos fueron previamente identificados —neumonía, pleuresía, tumores, etc.—, ahora, todo proceso patológico tiene una individualidad. El famoso médico inglés describe la gota, la escarlatina, la litiasis, el corea, etc. En el siglo XVIII, la medicina va adelantándose en este nuevo concepto y en el siglo siguiente aparecerán descritas las grandes enfermedades. Ciento cincuenta años después, en torno de 1826, Laënnec detallará el método anatómo-clínico. Domina en toda esta etapa el sentido clínico. Aparecen en descripciones muy exactas los signos y síntomas de las enfermedades. La clínica en Francia, con su fino y equilibrado espíritu de síntesis, realiza las mayores contribuciones. La anatomía patológica científica, controlada, razonada surge con Morgagni, para llegar después a Virchow. Es el más sólido pilar de la clínica. En la primera parte de esta etapa aparecen dos métodos de examen clínico que van a permitir al médico reconocer en vida lesiones o procesos internos en afecciones orgánicas fundamentales: la *percusión* de Auenbrügger y la *auscultación* de Laënnec. El médico es capaz de apreciar numerosos cambios en el organismo y aparecen nuevas palabras: matidez, sonoridad, soplo, estertor, derrame, etc. En medio de esta época adquiere la medicina un método de estudio que ha sido uno de los más sólidos fundamentos de la actual medicina: la confrontación de la sintomatología que ha presentado un enfermo con las lesiones encontradas en la autopsia. Ensayos acerca de esto eran antiguos. Los trabajos de Bonnet y de Morgagni lo demuestran; pero,

en mano de Laënnec, se cuenta con una sintomatología muy diferente, debido a los medios de exploración, de cómo había sido antes mirada la enfermedad. El método anátomo-clínico de Laënnec abre un camino que ha sido extraordinario. Después adquiere la medicina cuatro grandes descubrimientos que, unidos a la clínica y la anatomía patológica, configuran la medicina actual; ellos son eminentemente científicos: la bioquímica que inicia Hoppe-Seyler, la bacteriología con Pasteur, la fisiología experimental aplicada a la medicina por Cl. Bernard y, finalmente, la radiología con Roentgen. El rango de la medicina se eleva y se equipara a la época hipocrática. El médico, asimismo, adquiere una nueva condición en medio de la sociedad. La literatura médica —libros, revistas— comienzan a circundar los sitios en donde se trabaja.

1624-1689. *Sir Thomas Sydenham*. El Hipócrates inglés. A él se debe la concepción de las enfermedades como entidades clínicas definidas. Autor de varias y trascendentales obras que señalan un período en la evolución de la medicina. Además, se ocupa del dolor y concibe la fórmula del láudano. La obra de Sydenham tiene rápida difusión. La medicina va a adquirir un nuevo aspecto. En el texto, en varias ocasiones, se señala la trascendencia de esta obra.

1628-1694. *Marcelo Malpighi*. Enseñó en Pisa y Bolonia. Numerosos trabajos científicos. Descubrió en el parénquima renal el glomérulo, hoy llamado de Malpighi. Sus trabajos se inspiraron en la obra de Harvey. Uno de sus alumnos fue A.-M. Valsalva.

1654-1720. *Giovanni Maria Lancisi*, de Roma, descubrió la sífilis aórtica y el aneurisma de los grandes vasos. En 1709 publica *De Subitaneis mortibus*, es el primer estudio sobre la muerte súbita y de sus relaciones con enfermedades cardíacas.

1668-1738. *Hermann Boerhaave*. El Hipócrates holandés. Uno de los más grandes y conocidos médicos de su época. Autor de *Instituciones Médicas*

(1708) y *Aphorismi de Cognoscendi et curandis morbis* (1709). Siguió la línea de Hipócrates y de Sydenham.

1791. *L. Galvani* (1737-1789), demuestra las propiedades eléctricas de algunos tejidos animales. Se inicia así la consideración de la electricidad en la medicina.

1682-1771. *Giovanni-Battista Morgagni*. La más eminente figura de la escuela italiana surgida del Renacimiento. Alumno de Valsalva. Es el creador de la anatomía patológica. Enseñó en Padua desde 1712. Su obra principal: *De Sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (1761). Crea la noción del órgano enfermo. En la vida médica actual, su nombre aparece constantemente.

1693-1770. *Jean Baptiste Sénac*. Médico de Luis xv, clínico muy agudo, publicó en 1749 un libro sobre enfermedades cardiovasculares. Medio siglo después, aparecerá la obra de Corvisart (1806) y con ello nace la cardiología francesa.

1705. *R. Vieussens*, de París, describió la red arterial coronaria. Es verosímil que en esa época no se conocieran los dibujos de Leonardo da Vinci.

1710-1801. *William Heberden*, de Londres, a quien se debe la primera descripción de la "angina pectoris" (1782), la cual aún hoy día es modelo de claridad y precisión. Había observado más de cien casos. Describió, también, el nódulo reumático, llamado hoy nódulo de Heberden.

1722-1809. *Leopoldo Auenbrügger*. Inventor de la percusión, con lo cual se inician los métodos directos del examen del enfermo. Médico en Viena. Su obra *Inventum novum expercussione* permanece olvidada (1761). La traducción al francés de Corvisart hizo conocer este método semiológico. Los estudios de Auenbrügger tenían una sólida base anatómica. La percusión es hoy día una parte fundamental de la medicina.

1741-1799. *William Whithering*. De Birmigham, introdujo la digital en la terapéutica de las enfermedades cardíacas. Su pequeño libro *An Account of the Foxglove*, publicado en Londres en 1785 es una de las obras clásicas de la medicina. Ninguna de las ideas y conceptos emitidos por Whithering, ha podido ser cambiado o enmendado. Sobre ellas la farmacología moderna ha agregado mucho.

1743-1794. *Autoine-Laurent Lavoisier*. Realizó numerosos estudios experimentales sobre la respiración, especialmente en sus aspectos químicos. Murió guillotinado durante la Revolución Francesa.

1771-1802. *Marie-François - Xavier Bichat*. La figura médica más emocionante de la historia de la medicina. Es el fundador de la biología. Crea la noción del tejido en patología general. El saber médico avanza del órgano al tejido. Su obra más notable es la *Anatomie Generale*, publicada en París, en 1802. Contemporáneo de los grandes acontecimientos de Francia, de

la Revolución al Imperio, logra en medio de estos hondos cambios políticos, sociales y económicos, en la breve vida de 31 años, aportar a la medicina conceptos básicos que sólo un genio pudo producir. Con Bichat, se inicia la consideración de las ideas generales, la etapa más difícil y densa, pero, al mismo tiempo, la más fecunda.

1755-1821. *Jean N. Corvisart*. Profesor de Clínica en París, en 1786. Médico de Napoleón. Inicia la cardiología francesa con su obra *Essai sur les maladies du Coeur et des gros Vaisseaux* (1806). Entre sus alumnos está Laënnec. Traduce y defiende la obra de Auenbrügger.

1781-1826. *René-Theophile-Hyacinthe Laënnec*. Una de las figuras más altas de la medicina de todos los tiempos. Alumno de Bichat, cuando éste muere, Laënnec tiene 21 años. Profesor de clínica médica en París. Inventor de la auscultación y del estetoscopio y después del método anatómico-clínico. Describe por primera vez numerosas enfermedades respiratorias: enfisema, bronquiectasia, infarto hemorrágico del pulmón, etc. Una pequeña referencia al estado del hígado en un caso de una afección pleuropulmonar, dio origen al nombre de cirrosis. A la muerte de Beethoven, al año siguiente, se hace universal esta denominación. Su obra cumbre, aun hoy día leída con interés: *De l'Auscultation Mediate*, en dos ediciones, la primera en 1819 y la segunda, la clásica, de 1826, aparecida meses antes de morir. Con Laënnec, la medicina inicia una era. Sus descubrimientos rápidamente se difunden, no sin tener grandes contradictores. Los alumnos van rápidamente en aumento, tanto en Francia como en el extranjero. Es una vida difícil, llena de trabajo y de vicisitudes; pero en todo momento, ejemplar; de una innata devoción a la medicina. Logró adquirir una

gran cultura médica y humanística. No fueron escasas las ingratitudes; pero conoció en vida los honores. Una salud precaria, tal vez una tuberculosis o una bronquiectasia, le permitió vivir sólo 45 años, desarrollados en gran plenitud. Su nombre figura junto a los más grandes de la historia de la medicina, Hipócrates, Sydenham, Pasteur, Cl. Bernard. Pocas veces el saber médico ensanchó tanto su caudal de conocimientos.

En Londres, en torno de los años 1810 a 1860, en el viejo Guy's Hospital, ocurrió un hecho muy singular en el curso de la medicina interna. La idea básica de Sydenham, muerto siglo y medio antes, acerca de la autonomía de la enfermedad, como entidad clínica, va a tener un éxito notable en el trabajo de tres grandes clínicos internistas. Ellos son: Richard Bright, Thomas Addison y Thomas Hodgkin. Alrededor de cuarenta años trabajaron bajo un mismo techo y cada uno de ellos dejó su nombre unido a una enfermedad, la cual estudiaron con agudeza clínica incomparable. El progreso del saber médico aumentó en forma definida.

1789-1858. *Sir Richard Bright*. Graduado en la Universidad de Edinburgo, luego se fue a Londres e ingresó al Guy's Hospital. Un detallado estudio del tipo anátomo-clínico de casos de enfermos con compromiso renal, lo llevó a descubrir un sistema patológico, las nefropatías, lo que hoy se conoce como enfermedad de Bright. El edema, la albuminuria, la reacción cardiovascular y diversas lesiones en el riñón aparecieron bajo una luz nueva. Es una de las más grandes contribuciones médicas de todos los tiempos. La nosología, según el pensamiento sydenhamiano tiene, en los estudios de Bright, una de sus más sólidas expresiones.

1793. *Thomas Addison*. Es sin duda uno de los más destacados clínicos ingleses. Su trabajo más notable es haber descrito con detalle el cuadro clínico y anatómico de la tuberculosis de las

1749-1823. *Edward Jenner*. Médico londinense. Descubrió la vacuna anti-variólica, la cual, además de su acción preventiva de la viruela, inicia la acción médica en el orden de la prevención de las enfermedades infecciosas transmisibles. Con este descubrimiento comienzan las derrotas de las grandes epidemias. Es el nacimiento de la inmunología.

cápsulas suprarrenales. A su agudeza clínica, ningún elemento clínico escapó. Señaló su curso fatal. Hoy es la enfermedad de Addison. El libro que contiene sus comentarios y observaciones apareció en Londres en 1855 y es, sencillamente, perfecto; nada le ha sido enmendado. Describió, además, la anemia perniciosa. Addison es uno de los grandes precursores de la endocrinología.

1798-1866. *Thomas Hodgkin*. Realizó un completo estudio anátomo-clínico acerca de los procesos ganglionares de orden médico llamado en esa época comúnmente granulomas. Separó de un grupo polimorfo la forma maligna, a la que llamó linfogranuloma maligno. Hoy es la enfermedad de Hodgkin. El trabajo de este autor constituye el punto de partida del estudio de uno de los problemas más difíciles de la patología.

1813-1878. *Claude Bernard*. Médico graduado en París. Durante su período de interno en el Hotel Dieu, entra en contacto con Fr. Magendie (1783-1855) y se dedica a los trabajos experimentales. Gran parte de su obra se desarrolla en el Colegio de Francia. Debe recordarse la digestión pancreática, la función glicogénica del hígado, el estudio de los nervios vasomotores y su concepción genial acerca del papel del medio interno como elemento regulador de las funciones orgánicas. Su vida y su obra se caracterizan por su pulcritud. Su libro, *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*, aparecido en 1865 sigue siendo un libro básico. La medicina adquiere, con estas páginas, la más completa descripción del método científico. Escritor y filósofo fue miembro de la Academia Francesa (1867) y Senador durante el Segundo Imperio. La fisiología experimental, orientada con un riguroso método científico ha dado nacimiento a la fisiopatología. El progreso médico es inmenso. La base de la medicina moderna tiene en la obra de Claude Bernard uno de los más sólidos fundamentos.

1821-1902. *Rudolph Virchow*. Es el creador de la moderna anatomía patológica. No hay en sus antepasados nada que diga relación con la medicina. Su vida médica se desarrolló en gran parte en Berlín, en donde fue Prosector, es decir, el Jefe de Servicio de Anatomía Patológica en el Hospital de la Charité. Fue, también Profesor de la Universidad de Wurzburg (1848-56). Siguió la línea trazada por Malpighi, Benetus, Morgagni, Bichat y Laënnec. Del órgano como sitio de la enfermedad, según las concepciones del siglo XVII y XVIII, según la idea básica de Morgagni, se pasa a la concepción de Bichat relativa al tejido enfermo y con Virchow, la mirada del médico se diri-

ge a la célula. Crea así, la doctrina de la patología celular. La medicina se apoya en una anatomía patológica científica. Formuló su famoso axioma: *Omnis cellula e cellula*. Sus investigaciones cubren gran parte de la patología. Deben mencionarse especialmente sus contribuciones al conocimiento de las trombosias, los tumores y las leucemias. En los últimos años realizó importantes trabajos de antropología. Actuó en política, fue miembro del parlamento alemán y tenaz adversario de Bismark. Se le deben muchos adelantos en higiene pública y medicina social. Fundó los famosos archivos de anatomía patológica y fisiológica que llevan su nombre.

1822-1895. *Louis Pasteur*. Después de trabajar en temas químicos, del estudio de la fermentación pasa a ocuparse de los gérmenes. Crea la bacteriología. Las enfermedades infecciosas tienen ahora un significado nuevo: la causa es un microbio, el cual tiene su vida propia. La magnitud de la obra de Pasteur es sólo comparable con la de Hipócrates. Sus trabajos sobre virulencia, el concepto patógeno del germen y el papel del terreno aparecen bajo una luz nueva. Crea la vacuna antirrábica. Su obra científica que cubre de 1857 hasta su muerte, es decir, 38 años, está contenida en veinte grandes volúmenes. El Gobierno francés, fundó en París un Instituto que lleva su nombre destinado a la investigación científica. Gran escritor, fue miembro de la Academia Francesa. Bajo su influencia, la biología de la infección y del germen adquiere un rango científico de extraordinario contorno. El saber médico tiene ahora una nueva fisonomía. "Entre la vida de los sabios, ninguna es más maravillosa que la de Pasteur y ninguna obra básica más profunda". (P. Valery-Radot).

1825-1895. *Felix Hoppe-Seyler*. Profesor de Química en la Universidad de

Estrasburgo, realizó notables estudios de los elementos colorantes de los glóbulos rojos (1866-1871). Descubrió la oxihemoglobina y determinó numerosos hechos empleando el procedimiento espectrográfico. Se iniciaron con Hoppe-Seyler los estudios químicos de la sangre y se abre una de las puertas más fecundas de la investigación química aplicada a la medicina. Se inicia la era de la bioquímica.

1825-1893. *Jean Martin Charcot*. Es el creador de la neurología. Sobre estudios anatómico-clínico muy amplios, construyó las bases del conocimiento de las enfermedades del sistema nervioso. Su servicio en el viejo Hospicio de la Salpêtrière, en París, se convirtió en la clínica de las enfermedades del sistema nervioso. Fue el centro de la mayor enseñanza neurológica de su época. Sus discípulos se repartieron por todo el mundo. Sus lecciones de clínica fueron la fuente de estudio de varias generaciones. La medicina interna se enriqueció con una semiología de gran precisión: lo orgánico y lo funcional aparecen debidamente señalados. La histeria ocupa buena parte de sus trabajos. A partir de Charcot, en todas partes se crean servicios neurológicos y su enseñanza alcanza un plano muy elevado. Mezcladas las enfermedades nerviosas con procesos reumáticos, musculares y otros procesos crónicos que se estudiaban en los asilos, logró Charcot aislar y describir los cuadros neurológicos con gran sentido clínico.

1843-1910. *Robert Koch*. Nació en una pequeña ciudad prusiana, en una familia de intelectuales, pero de modesta condición económica. Graduado de médico ejerce en varias pequeñas ciudades sin mayor éxito. Los trabajos franceses acerca del ántrax de las ovejas lo llevan a los estudios bacteriológicos. Es médico en Wollstein, Silesia. Las investigaciones de Koch son

paralelas con las que en Francia realiza Pasteur; sin embargo, como hecho corriente en esa época, no eran conocidas. En 1862, después de pacientes estudios descubre el bacilo que causa la tuberculosis. Es trasladado a Berlín y dirige el servicio de salud pública alemán. Aparte de este trascendental descubrimiento, deben considerarse dos contribuciones más. Una es el descubrimiento del germen del cólera asiático, el vibrión séptico (1884) y su concepción general clínico-bacteriológica de las enfermedades infecciosas. Creó toda una extensa técnica bacteriológica en especial los medios de cultivo, así como las tinciones. Fue el primero en fotografiar los gérmenes. Su descubrimiento del bacilo de la tuberculosis, no logró ser un medio para combatir la enfermedad, en cambio es muy útil como medio para conocer el estado de la infección bacilar. Viajó extensamente por la India, Java y África, siempre en relación con problemas de enfermedades infecciosas. El Gobierno alemán creó para él el Instituto Robert Koch. Premio Nobel en 1905. La obra de Koch, al crear paralelamente con Pasteur, la bacteriología, es una de las contribuciones más grandiosas de la medicina científica.

1845-1923. *W. Conrad Roentgen*. Pocos descubrimientos han sido tan extraordinarios como el de los Rayos X. Roentgen, nacido en la pequeña ciudad de Lesnep, en Alemania, tiene una vida difícil de estudiante. Se gradúa de doctor en física en la Universidad de Zúrich. Trabaja en diversas universidades. En 1895, a los cincuenta años de una vida de estudio en medios culturales muy elevados, descubre lo que se ha llamado los rayos Roentgen y que él denominó X. Su descubrimiento trajo una verdadera conmoción en los medios médicos y científicos. Lo que significan los rayos X, como medio de diagnóstico (roentgenodiagnóstico), así como de tra-

tamiento (roentgenterapia) es de incalculable valor. Millones de millones de personas se beneficiaron con su descubrimiento. W. C. Roentgen fue la primera persona que recibió el Premio Nobel en Fisiología (1901).

1849-1919. *Sir William Osler*. Canadiense, enseñó primero en su país natal, en la Universidad de McGill (1874), después en los Estados Unidos, primero en Filadelfia (1884), en seguida en Baltimore, en la Escuela de Medicina de Johns Hopkins (1889) y, finalmente, pasa a Oxford, como Regius Professor of Medicine (1905) hasta su muerte (1919). Es, sin duda, el médico de mayor influencia en la medicina de habla inglesa. Autor del famoso *Principles and Practice of Medicine* (1891), en la que estudiaron numerosísimas generaciones. Son innumerables las contribuciones; pero debe destacarse la descripción completa de la endocarditis bacteriana subaguda con todos sus detalles. Formó con Welch, el patólogo; con Halstead, el cirujano, y Kelly, el ginecólogo, el famoso grupo de Johns Hopkins Hospital, de tanta influencia en el desarrollo de la moderna medicina americana. Ha sido llamado muchas veces el Hipócrates del Continente Americano.

1853-1925. *Sir James Mackenzie*. El ejemplo de la vida de Mackenzie es, en la historia de la medicina, de un carácter singular. Después de una educación difícil y modesta, se gradúa de médico en Edinburgo en 1878. Durante treinta años es el médico de Burnley, un pequeño pueblo de su país natal. Aquí, con la observación clínica minuciosa e inteligente, lleva a cabo valiosos descubrimientos en la patología circulatoria, especialmente de la angina de pecho y de los trastornos del ritmo. Notables son sus trabajos sobre el dolor visceral y la interpretación de los síntomas. A los 54 años va a Londres. Es el

fundador de la patología funcional cardiovascular. Sus ideas acerca del valor de la función lo hacen dejar de lado lo anatómico. En 1915 fue incorporado a la Royal Society y, después, fue hecho Baron. Con su formación universitaria como solo capital, ausente de los grandes centros científicos y de investigación, su obra es eminentemente personal.

1854-1915. *Paul Ehrlich*. Uno de los sabios de las últimas décadas, más fecundo en descubrimientos. Una parte importante de la medicina actual arranca de los trabajos de Ehrlich. Baste sólo enumerar: la tinción de los elementos figurados de la sangre, el tratamiento quimioterápico de la sífilis con el salvarsan (606) y el neosalvarsan (914); el mecanismo de la inmunidad, la teoría de las cadenas laterales y la fijación del complemento, lo que llevó a Wasserman al serodiagnóstico de la sífilis. La hematología, la inmunología y la quimioterapia surgen de las contribuciones de Ehrlich. Trabajó principalmente en Berlín y en Franckfort. Premio Nobel en 1908.

1860-1929. *Willem Einthoven*. Famoso fisiólogo holandés. Construyó el galvanómetro de cuerda, con el cual pudo inscribir las llamadas corrientes de acción que se generan en el miocardio. Es el electrocardiógrafo, producido en 1905 y, junto con el delicado instrumento, señaló la nomenclatura de las ondas: P, Q, R, S y T. Además, dio la explicación científica del fenómeno eléctrico, a través de un esquema, conocido como el triángulo de Einthoven. La cardiología adquiere un medio de inestimable valor. Premio Nobel en 1924.

1862-1929. *Fernand Widal*. Heredero espiritual de los grandes maestros franceses del siglo XIX, logró un gran dominio en los más importantes aspectos

tos de la medicina interna. En 1898 ideó la técnica de serodiagnóstico de la fiebre tifoidea, con lo cual se inicia un notable campo de estudio de la bacteriología y la inmunología. Es lo que hoy se llama la reacción de Widal. Hizo avances en enfermedades infecciosas y de la sangre, describiendo la ictericia hemolítica adquirida. Creó la técnica de citodiagnóstico en los líquidos de derrame. Sus trabajos más trascendentales, realizados en unión de sus notables discípulos, se refieren a las ictericia y a la patología renal. Domina en sus estudios el tono funcional. Son clásicas sus contribuciones sobre las ictericias y, en especial, la concepción de la hepatitis descendente, el verdadero punto de partida de los conocimientos actuales sobre esta materia. En las enfermedades renales de curso crónico, separa la retención clorurada de la azoada; enuncia normas de pronóstico; además, estudia las variaciones del fondo de ojo relacionándolo con el curso del proceso renal. Realizó notables estudios sobre alergias y anafilaxia y señaló numerosas variaciones de los elementos sanguíneos, figurados y proteicos, que aparecen en el curso de estos complejos procesos. Es, sin duda, uno de los maestros que mayor influencia ha tenido en la medicina en los pueblos de origen latino. Fue profesor de

Uno de los prestigios alcanzados por la medicina más universalmente reconocido, especialmente por el gran público, es el relativo a la terapéutica moderna. Del gran grupo de los medicamentos clásicos quedan muy pocos, como realmente efectivos. La farmacología, con rigor im- placable, ha determinado lo que debe subsistir. Resultado directo del espíritu científico que domina hoy en la medicina, ha sido el haber creado numerosas drogas. Son todas de cuño nuevo, poderosas, con pocos efectos secundarios; pero suelen, a veces, transformarse en peli- grosas, en especial cuando la indicación y el estudio del enfermo, no han sido cuidadosos. Este conjunto de nuevas drogas se le puede dividir en tres grupos: el primero es la terapéutica llamada química, cons- tituido por un número grande de drogas y, prácticamente, todas reali- zadas como producto de síntesis. El cuerpo inicial más famoso fue la

Clínica de la Universidad de París por largos años. Ocupó los más altos cargos de la medicina francesa. Entre sus alumnos más destacados figuraron A. Lemièrre, P. Abramí, M. Brulé, P. Am- bard y P. Valéry-Radot.

1872-1950. *Franz Volhard*. Alumno de Eberth, representó el conjunto más equilibrado de las cualidades y virtu- des de la gran clínica alemana. Fue profesor en varias universidades, hasta llegar a Francfurt, en donde realizó la parte más fecunda de su obra. Aparte de varias contribuciones acerca de di- versos temas, notable fue la de la inter- vención quirúrgica de la pericarditis. Su obra se concentra en la patología re- nal. Después de la publicación del Atlas en 1914 con T. Fahr, prosigue sus estudios. Dos ediciones de su famoso tratado condensan su pensamiento. Su contribución es, sin duda, una de las más sólidas sobre tan complejo proble- ma. Logró, con gran inteligencia, cons- truir un sistema patogénico sobre una base anatómo-clínica indiscutible. La concepción de la glomerulonefritis se ha impuesto. Sus estudios sobre la hi- pertensión arterial, la nefrosis y la in- suficiencia renal han quedado como clásicos. Fue en su época, la figura más notable de la medicina interna de todo el Occidente.

sulfanilamida. Paralelamente a estos medicamentos, están los antimí- tóticos y los nuevos diuréticos, también de síntesis. El segundo grupo está representado por los antibióticos, el cual inicia su brillante evolu- ción con la penicilina. Y el tercer grupo lo constituye la terapéutica hormonal y, después, la esteroideal. La primera se inicia, en su fase de- finitiva, con la insulina y la segunda con la cortisona. En cada uno de los grupos, del medicamento inicial, se ha producido o derivado toda una verdadera serie de nuevas drogas. La investigación científica ha progresado extraordinariamente y el arsenal terapéutico se ha enri- quecido de una manera notable. Lo que el médico usa y lo que el en- fermo recibe es el resultado de todo un largo proceso de ensayos, estu- dios, pruebas y controles. Junto a los productos que reunieron condi- ciones, hay un número mucho más grande que fracasó. El conjunto de las drogas útiles son actualmente más de cincuenta y se emplean en un gran número de enfermedades, de manera que su acción bienhecho- ra se deja sentir en forma amplia en aquella parte de la humanidad que paga su tributo inexorable a la enfermedad.

1894-1964. *Gerhard Domagk*. En la historia de la terapéutica contemporá- nea, el nombre de este sabio alemán ocupa uno de los sitios más destaca- dos. La terapéutica con drogas quími- cas, de compleja estructura y de reali- zación sintética, fue iniciada, en ver- dad, por Ehrlich con los salvarsánicos y quedó circunscrita a un número redu- cido de enfermedades, aun cuando re- presentó una enorme cantidad de pa- cientes. Tal es el caso de la sífilis. Se procuró ensanchar esta vía de concep- ción de medicamentos, los ensayos en aquella época fueron numerosos, pero, sin resultados positivos. Las drogas ata- caban por igual a los gérmenes y a los tejidos, en especial algunos parénqui- mas. Después de una laboriosa investi- gación, tanto química como experi- mental, G. Domagk entrega, en 1935, al uso diario de la clínica el primer pre- parado sulfamidado, la sulfanilamida, conocido inicialmente con el nombre de prontosil. Se inicia la era de estas dro- gas de tan extraordinarios resultados. La vida de Domagk es esencialmente la de un hombre de laboratorio y de ex- perimentación. Aun cuando fue médi-

co, su vida no transcurre en las salas de hospital, si no entre probetas, medios de cultivos y animales de experimen- tación. Es una vida ejemplar. Modesto, amable, comunicativo, es fácil advertir al hombre culto y de fina sensibilidad. Después de la sulfanilamida, sigue la sulfapiridina, el sulfatiazol, la sulfadia- zina y, tal vez, unos diez preparado más de uso más restringido. La gama de los gérmenes, y, por consiguiente, de las enfermedades que caen dentro de la ac- ción terapéutica de estas drogas es con- siderable, lo cual dio a este descubri- miento una amplitud notable. Gran parte de los gérmenes gram-positivos son atacados por estas drogas. En la neumonía, la infección puerperal, así como en gran cantidad de procesos lo- cales médicos o quirúrgicos, las condi- ciones de curación cambian radical- mente. El estudio de la acción biológica de la droga frente al germen ha dado lugar a interesantes observaciones.

Domagk, educado en Alemania, no se separó de su tierra natal y fue un extraordinario exponente de los caracte- res intelectuales de su raza y de su tradición científica científica, hones-

ta y rigurosa. En 1939, le fue discernido el Premio Nobel, el que se le entregó mucho después, una vez terminada la II Guerra Mundial. El nazismo le prohibió recibirlo.

1881-1955. *Sir Alexander Fleming*. Escocés de origen y de alma, silencioso, reservado, a veces taciturno. Su vida tiene los encantos de una novela que perfila a un singular personaje. Graduado en Londres en la Escuela de Medicina del St Mary's Hospital, entra a formar parte del grupo que trabaja con el famoso bacteriólogo, Sir Almoth Wright. Fueron sus compañeros C. M. Wilson, después Lord Moran, el médico de Churchill y Sir Zacary Cope, famoso cirujano. A una edad temprana es profesor de bacteriología. Son numerosos sus trabajos entre las fechas de 1908 y 1929, lo que revelan al minucioso y hábil investigador. Los temas son especialmente acerca de la influenza, gangrena gaseosa, infecciones por estrepto y estafilococo, así como diversos aspectos relativos a los fenómenos de inmunidad. En 1928, en una placa con cultivo de estafilococo, advirtió que una zona que circundaba un moho de contaminación aérea, no presentaba desarrollo microbiano y pensó que dicho moho producía tal vez una sustancia capaz de impedir el normal crecimiento de los gérmenes. De este hecho, en apariencia sin ningún significado, partió una investigación cuidadosa y demostró que el moho era el *penicillium notatum* y una sustancia emanada de él hacía imposible la vida microbiana, a la que denominó penicilina. Nació así la droga maravillosa y su partida de nacimiento es el 26 de septiembre de 1929, fecha de la publicación de estudios realizados durante un año.

Esta investigación se circunscribió al laboratorio de bacteriología del St Mary's Hospital. Quedaron descritas las cualidades fundamentales de la nueva sustancia. Intentó Fleming purificar el producto y alcanzó a realizar algunos

pequeños tratamientos, así como a probar su gran tolerancia. En 1940, en la Escuela de Patología Sir William Dunn, en Oxford, un grupo de investigadores, a través de varios años, buscaba elementos para combatir las infecciones con drogas que atacaran sólo al germen, más no a los glóbulos sanguíneos. El grupo dirigido por H. W. Florey, profesor de Patología, ensaya el cuerpo encontrado once años antes por Fleming, es decir, la penicilina y logra, a través de un largo procedimiento, obtener la droga en cantidades suficientes y en cierto estado de pureza. Se completa de esta manera el descubrimiento más notable de la terapéutica de todos los tiempos. Se inicia la era de los antibióticos. Junto a Florey, están formando lo más importante del grupo, dos químicos notables, E. P. Abraham y E. Chain; además, numerosos colaboradores, A. D. Gardner, A. G. Heatley, M. A. Jeanig, L. O. Ewing, A. G. Sander, etc. La Segunda Guerra Mundial fue una ayuda poderosa para su gran producción industrial, pero no fue factor del desarrollo del trabajo del grupo de Oxford. En 1944, Fleming y Florey fueron elevados al rango de Sir y al año siguiente recibieron el Premio Nobel. Desde 1964 es Lord Florey. Durante diez años, Sir Alexander completó su obra con numerosísimas comunicaciones y recibió innumerables distinciones y, más que nada, el emocionado reconocimiento de la Humanidad. El uso de la penicilina ha cambiado el curso de las infecciones y ha promovido notables estudios acerca de la biología de los gérmenes, de los cuales el fenómeno de la resistencia microbiana es el más trascendental. A los 74 años, en una gloriosa ancianidad, murió en Londres, víctima de una crisis cardíaca de muy corta duración, sólo de pocas horas. A. Maurois, su mejor biógrafo, dice: "En supremo esfuerzo por pasar inadvertido, por un delicado deseo de no molestar a nadie, por una firme voluntad de

negarse a cualquier prioridad, el hombre que había dado a la medicina su arma más eficaz contra la muerte, murió, en el corazón de Londres, sin asistencia médica". Y, después, agrega: "murió como había vivido, discreta, estoica y silenciosamente". En la puerta que conduce a la pequeña sala que fue del laboratorio de Bacteriología del St Mary' Hospital, en donde se hizo el descubrimiento, hoy destinado a otras funciones, hay una placa que recuerda al hombre, al hecho y a la fecha y termina "y recibió la bendición de Dios".

1891-1941. *Sir Frederick G. Banting*. El descubrimiento de la insulina representa, al hacer el análisis de sus antecedentes y consecuencias, uno de los más bellos y apasionantes momentos del desarrollo de las ciencias. Que el páncreas era el responsable de muchas formas de diabetes, se sabía desde las experiencias de v. Mering y Minkowsky, realizadas en 1889. Estos autores, al extirpar el páncreas a un animal de laboratorio, provocaron una diabetes grave, que terminaba en la muerte por acidosis. Diversos investigadores comprobaron este hecho. Los grupos celulares que describiera Langerhans, en 1869, fueron señalados como los responsables de la causa de la diabetes. En 1909, Meyer supuso, con certero juicio, que una sustancia producida en los islotes de Langerhaus, era uno de los factores más importantes del metabolismo hidrocarbonado. Le dio el nombre de *insulina*. Numerosas experiencias, en manos expertas, no lograron aislar esta supuesta sustancia. F. G. Banting, canadiense, fue, durante la Primera Guerra Mundial, cirujano ortopedista. Después, se dedica a la investigación científica aplicada a la clínica. Basado en conceptos de patología general, establece un programa para llegar, como era su propósito, a aislar la insulina. Los extractos de páncreas fracasaban porque la secreción pancreática exocrina, es de-

cir, la producción de la poderosa tripsina, destruía todo lo demás. Se había demostrado en patología experimental, así como en la clínica, que las glándulas exocrinas, cuando se obstruye totalmente el conducto excretor, se atrofian. Fue lo que hizo, la ligadura del conducto de Wirsung trajo la atrofia del páncreas exocrino y dejó intacta la actividad del islote de Langerhaus con toda su producción de insulina. De esta manera, tuvo en sus manos la hormona. Después, realizando numerosas experiencias en perros hechos diabéticos, logró dominar el cuadro y probar su eficacia. Es toda una serie de experiencias conducidas con un método riguroso. La insulina, aislada en 1922, representa uno de los descubrimientos más notables de la medicina. No sólo en lo que se refiere al tratamiento de la diabetes, cuyo curso se ha modificado notablemente, sino en lo que ha significado como avance en la fisiología, normal y patológica, así como en la clínica. La terapéutica hormonal entra en una fase nueva, de gran precisión. Los controles experimentales se realizaron teniendo como base la tasa de la glicemia, con lo cual la diabetes humana se estudia preferentemente a nivel de la sangre. Con esto se inicia, también, en la práctica clínica, el estudio de los niveles sanguíneos para muy diversas sustancias normales y patológicas. Banting tomó a su cargo el laboratorio de Fisiología en la Universidad de Toronto, el que ahora tiene su nombre. Posteriormente, realizó numerosas investigaciones acerca de la insulina. En 1923 fue hecho Sir y ese mismo año recibió el Premio Nobel. En el año 1941, en un accidente de aviación, murió cuando recién cumplía 50 años. El método científico, en su aspecto experimental, pocas veces ha sido de tan brillantes y ejemplares resultados.

1895-1965. *Philip S. Hench*. Graduado en 1920 en la Universidad de Pitt-

sburg, su ciudad natal, ingresa al personal médico de la Clínica Mayo en 1923. Después, dentro de la misma institución, fue profesor de Medicina en la Escuela de Graduados de la Universidad de Minnessotta. Dedicó todas sus actividades a las enfermedades reumáticas. Dentro de este creciente grupo, su preocupación principal se centra en la artritis reumatoidea. Largos años estudió Hench todo lo relativo a este proceso. Observó que el embarazo y la ictericia provocaban una franca remisión de su actividad. Siguiendo un vigoroso método de razonamiento científico, concibe que un factor suprarrenal entra en juego en el proceso de regresión. Esto es de 1949. Años antes, en la misma Clínica Mayo, E. C. Kendall, bioquímico, había aislado varios cuerpos de la corteza suprarrenal. Los llamó compuestos y los individualizó con letras.

En el Capítulo 18 se dijo que uno de los medios de ir más allá de la cultura médica era dar cuidadosa atención a la historia médica de cada escuela, representada por sus grandes figuras.

La literatura médico-histórica chilena es importante en número y calidad. Las obras de B. Vicuña Mackenna, de P. L. Ferrer y de J. Grossi informan del origen de la medicina chilena desde la época de la colonia. También hay referencias de interés en las obras clásicas de D. Barros Arana, J. T. Medina y F. A. Encina. El libro *Recuerdos de la Escuela* de A. Orrego Luco es otra magnífica fuente de información acerca del desarrollo de la medicina en Chile en la segunda mitad del siglo XIX. L. Sierra publicó en 1934 una obra fundamental: *Cien años de Enseñanza médica en Chile*. R. Benavente G., en su tesis, hizo la historia del Protomedicato en Chile. *Los Anales de la Universidad de Chile*, la *Revista Médica de Chile* y los *Anales Chilenos de Historia de la Medicina* contienen, también, numerosos estudios de mucho interés. La Fundación Lucas Sierra, de Viña del Mar, establecida en 1946, en sus sesiones anuales, inicia sus labores con el elogio de un maestro, ya desaparecido, realizado por uno de sus discípulos. Constituye, en verdad, una galería de retratos realmente importantes. Leonardo Guzmán y H. Orrego Puelma, en sus recientes memorias trazan, de mano maestra, perfiles de médicos chilenos que han actuado durante estas últimas décadas.

Un correcto razonamiento científico condujo a Hench a determinar que el compuesto E podría ser efectivo. Los resultados fueron más que espectaculares. Se inicia un período de enorme valor, tanto en el aspecto de tratamiento como en el conceptual. En la terapéutica esteroidea han surgido nuevas concepciones patogénicas el más alto interés. El mismo año 1937, en Suiza, otro científico había descubierto el misterioso elemento en la suprarrenal; fue T. Reichstein. El cuerpo se llamó después cortisona. Los procesos reumáticos de toda especie, la gota, trastornos sanguíneos, el curso de diversas enfermedades infecciosas, han tenido un gran beneficio con esta droga, así como las nuevas que la química ha ido constituyendo. Hench junto con Kendall y Reichstein recibieron, en 1950, el Premio Nobel.

La época de formación de la medicina en Chile, es decir, sus primeros sesenta años, desde 1833 adelante, está caracterizada por la obra de grandes maestros, reducidos en número, los cuales, sobrepasando inmensos obstáculos, lograron establecer los servicios, organizar las cátedras y formar un grupo de discípulos notables. Fue una tarea silenciosamente heroica. La literatura médica no es copiosa, pero sí importante. Las publicaciones ya referidas registran la evolución del pensamiento médico chileno en sus diversas etapas.

De la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile han nacido la Escuela de Medicina de Concepción (1924), de la Universidad Católica de Santiago (1930); además, la Escuela de Enfermería (1912), la Escuela de Salubridad (1945) y la Escuela de Graduados (1956).

Para completar este libro, dentro de su marco, incluiremos diez semblanzas de aquellos maestros que estimamos que más han influido en la formación de los caracteres de la medicina en Chile. Quedan sí, un número considerable de personajes médicos que no es posible incorporar en el texto; mas, no todo puede ser completo.

1807-1865. *Lorenzo Sazie*. Nacido en el sur de Francia, graduado en París, en 1833, viene a Chile a hacerse cargo de los estudios médicos. Es alumno de los grandes clínicos franceses de esa brillante época. Dupuytren lo elige para cumplir la misión en nuestra tierra. Desarrolla en Chile una obra inmensa y de gran repercusión. Es el primer Decano de la Facultad de Medicina, al crearse la Universidad de Chile, en 1842. Le dio a los estudios el tono francés, en esa época el más progresado. Trabajó intensamente en la organización de los hospitales. Dejó numerosos discípulos y fue un modelo de médico en todas sus responsabilidades. Fue rodeado de un gran prestigio. Dio a la Facultad un tono de dignidad que, a través del tiempo, los Decanos que lo sucedieron han sabido conservar intacto. El espíritu de Sazie sigue presidendo el ambiente de la Facultad. Al cumplir 58 años, murió víctima del tífus exantemático, contraído atendiendo enfermos de escasos recursos.

1822-1901. *José Joaquín Aguirre*. Es el médico más eminente formado en

Chile durante el siglo XIX. Ingresó a la Escuela poco después de creada la Universidad, en 1842. Médico, profesor, decano y rector, su larga vida fue un continuado servicio a la medicina, a la enseñanza, a la Universidad y a los altos intereses de la nación. Fue el último protomédico de Chile (1884). Su gran labor médica la desarrolló simultáneamente en la Facultad de Medicina y en la Beneficencia Pública. En ambas instituciones alcanzó los más altos cargos directivos. Dio nuevo rumbo a los estudios, amplió la enseñanza de la clínica y, en los servicios de hospital, procuró su modernización. Creó, a semejanza de Francia, el internado de los hospitales, fuente fecunda para destacar personalidades. Escogió, con singular acierto, a los jóvenes más distinguidos entre los egresados y los envió a perfeccionarse a los centros europeos, especialmente París, Berlín y Viena. Este grupo dio después, desde sus cátedras, un gran impulso a la medicina en Chile. En 1869 fundó la «Sociedad Médica», la cual, hoy como ayer, tiene cada día una mayor influencia en el progreso de la medicina. Durante 37 años tuvo

en sus manos la enseñanza de la anatomía, creando una tradición de eficiencia. Como un homenaje a esta larga vida, llena de nobles acciones y de elevado servicio, se dio su nombre al gran hospital de la Universidad de Chile. Así, desde el «Hospital J. Joaquín Aguirre», el espíritu del Maestro sigue dando a la juventud de hoy el más elevado ejemplo de amor a la medicina y a los enfermos.

A. Orrego Luco, su discípulo, lo describe en los dos extremos de su existencia: «Era entonces todavía joven. Venía de provincia. Sólo lo rodeaba el prestigio de un estudiante laborioso y serio, y de médico prudente y sagaz». Después, añade: «Rodeado de honores y de profundas y cariñosas simpatías llegó Aguirre al sereno ocaso de su larga vida».

1850-1926. *Vicente Izquierdo*. Perteneció a una generación de alumnos destacados y, entre ellos, fue sobresaliente. Después de graduado viajó a Europa a estudiar histología, formando parte de los alumnos escogidos por Aguirre. Permaneció largo tiempo en Alemania y Francia. Fue alumno de Waldayer y de Virchow y compañero de estudios de Cajal. En 1883 inició la enseñanza de la histología. Domina en su actividad docente el espíritu científico, la claridad y la proporción entre lo permanente y lo falaz. Adquiere su enseñanza gran altura y sencillez. Es un hombre que domina su tema en forma amplísima, con ideas biológicas avanzadas. Como todos los de su época, dedicó gran esfuerzo a la enseñanza. Comienza con Izquierdo la actividad científica en las ciencias básicas, a las que dio gran prestigio. Realizó importantes trabajos de investigación, especialmente en el sistema nervioso. Retirado de la enseñanza en 1913, es después Miembro Académico y Decano de la Facultad (1917-1921). Su obra adquirió el sello de su personalidad: inte-

ligencia, austeridad y ponderación. El progreso fue evidente en la enseñanza. Incurrió en las ciencias naturales y escribió varios libros al respecto. En 1926 murió en una gloriosa ancianidad.

1848-1933. *Augusto Orrego Luco*. Es una de las más brillantes figuras de la medicina y de la intelectualidad de Chile. En sus ochenta y cinco años vividos en plenitud, actuó en la Universidad, en la profesión médica, en la política, en el periodismo y en la literatura. Y fue, sucesivamente, gran profesor, un médico de la más alta calidad, un político agudo y sagaz, y, finalmente, un escritor que entregó libros escritos en el más bello estilo. Alumno de J. Joaquín Aguirre, hizo, primero, la carrera de anatomista; después, pasó a neurología, la que logró dominar en toda su amplitud. Entre 1877 y 1879 publicó dos trabajos fundamentales: «Una nueva teoría de las funciones cerebrales» y «Las circunvoluciones cerebrales». Médico legista de Santiago, advirtió las estrechas relaciones entre las perturbaciones mentales y psíquicas y el crimen. Su huella en la neurología y la psiquiatría son aún enormes. Implantó, el primero en Chile, la historia clínica de cada enfermo de su servicio de hospital. Así fue como, en observaciones cuidadosas, logró demostrar, a partir de 1892, que la tibia era una manifestación tardía de la sífilis. Faltaban aún varios lustros para el descubrimiento del germen de la enfermedad. Las agudas observaciones clínicas de Orrego fueron una de las bases para que autores alemanes, Erb, de Heidelberg, entre ellos, plantearan esta posición doctrinaria en un debate científico de dimensiones internacionales. A la muerte de J. M. Charcot, en 1893, escribió su biografía y fue una de las tres incluidas en la famosa Corona Fúnebre editada por el Gobierno francés. Diputado, Presidente de la Cámara, llegó a

ser, también, un maestro en el arte de la política. Varias veces se desempeñó como Ministro de Estado. Colaboró durante muchos años en «El Mercurio» y fue un periodista de la más fina calidad. Poeta en su juventud, en la edad madura escribió numerosos volúmenes de permanente interés. Mezcla, en forma muy elegante, la historia, las biografías y sus observaciones personales, lo cual hace de cada página una obra de arte. Debe recordarse *Los Recuerdos de la escuela*. En este libro traza la historia de la enseñanza médica en Chile, desde 1865, cuando ingresó a la Escuela, hasta la primera década del presente siglo. Fue, desde 1918, un miembro de la Academia Chilena. Humanista de la más amplia y auténtica calidad, rodeó todos los actos de su vida de un sello especial de distinción y elegancia.

1866-1937. *Lucas Sierra*. Grandes cirujanos ha habido siempre en Chile. El más grande de todos es, indiscutiblemente, Lucas Sierra. Nacido en hogar de escasos recursos, porque eran muchos los hijos, llegó, a través de una carrera ejemplar en el esfuerzo, el trabajo y el estudio, a la más alta situación en la enseñanza y en la profesión. Al celebrarse los 25 años de su vida de profesor, dijo: «La pobreza ha sido para mí el mayor acicate para el estudio». Formado junto a M. Barros Borgoño, de alumno pasa a interno, de aquí a ayudante; después, Jefe de Clínica y Profesor Extraordinario. A los 37 años sucede a su maestro en la cátedra de Clínica Quirúrgica. Su vida es un torrente de actividad; la enseñanza lo subyuga. Su espíritu está abierto a todo lo que signifique progreso. Viaja extensamente a Inglaterra, Francia, Alemania y los Estados Unidos. Da a la cirugía en Chile un rumbo no conocido. Combina en forma muy acertada las ideas científicas, la gran clínica y la técnica, a veces audaz. Procura rodear sus actuaciones en el anfiteatro,

de operaciones de la mayor seguridad posible. Desde muy joven, forma discípulos y durante muchos años, los grandes centros quirúrgicos de Chile estaban dirigidos por sus antiguos alumnos, ayudantes y colaboradores. En 1897 practicó la primera intervención quirúrgica sobre la vesícula biliar que se realizó en Chile.

Fue incorporado en 1920 como Miembro del American College of Surgeons. En 1922 fundó la Sociedad de Cirugía de Chile. Durante dos años fue Director General de Sanidad. Es autor de numerosas publicaciones científicas, especialmente acerca de cirugía abdominal y del cáncer. Pocas veces la idea del servicio público, realizado con gran elevación de espíritu y generosidad de alma, ha alcanzado una expresión más acabada que en la personalidad de Sierra. Alto y enérgico, sencillo y bondadoso, trabajador que no conoció el cansancio, Sierra cruzó el escenario de la vida nacional, con paso ágil, encarnando un personaje de primera calidad. Fue lo que quiso ser: un gran cirujano. Jamás se apartó del hospital en donde estaban los predilectos motivos de su vida: el enfermo y el alumno.

1867-1939. *Alejandro del Río*. Los países iberoamericanos han encontrado en su desarrollo grandes dificultades en los problemas de orden sanitario. La estructura del terreno, los climas, las distancias entre centros poblados, crean un ambiente difícil de dominar. En la historia médico-social de Chile hay un hombre que constituye la suma de todas las máximas capacidades, el más firme de los caracteres y el mayor número de virtudes para promover a un alto grado los problemas de la salud. Es Alejandro del Río.

Alumno sobresaliente, es médico a los 22 años; desempeña varios cargos en la enseñanza y, desde 1895 pertenece a la Facultad de Medicina. Logra una larga y minuciosa preparación para ac-

tuar en la vida pública, en la esfera de la higiene y la asistencia social. En Alemania, Francia, Inglaterra y Austria adquiere sus grandes conocimientos. Rápidamente llega a ser una indiscutida autoridad. Desde 1892 hasta su muerte, o sea durante 47 años, su vida está dedicada a los problemas de la higiene pública, en donde su actuación es de primer plano.

Crea la "Escuela de Enfermería", en los Servicios de la Beneficencia Pública y toma como modelo las normas de Florence Nightingale. Es el Presidente de la V Conferencia Sanitaria Panamericana (1911); organiza el I Congreso de Beneficencia Pública; crea la "Escuela de Servicio Social"; funda la "Revista de Beneficencia y Asistencia Social". En 1924 es el primer Ministro de Higiene y en 1931 es Director General de Beneficencia y Asistencia Social. Desde este cargo, al cual llega en medio del respeto de todos, organiza esos Servicios, crea un plan de construcciones hospitalarias, especial para Chile, el cual hoy, está en pleno desarrollo; inicia en los hospitales el trabajo médico full-time. Pero en medio de estas actividades que cubren a todo el país, hay una obra suya, muy personal, que es tal vez la que más ha contribuido a incorporar su nombre al ambiente público. En 1911 crea y es el primer Director de la "Asistencia Pública de Santiago". Esta entidad está destinada a la atención en todo momento, día y noche, de las emergencias de la ciudad. Es un centro de enseñanza en donde se ha formado una verdadera tradición. Hoy, después de medio siglo, lo único diferente es su nombre; ahora se llama, "Asistencia Pública Alejandro del Río".

Gran inteligencia, gran capacidad de trabajo, extraordinaria cultura. Alejandro del Río fue la personificación de la disciplina, del orden y del método. De apariencia austera, tal vez algo distante, era, sin embargo, un hombre

lleno de bondad. Espíritu justiciero, la rectitud de su carácter no le permitió transigir, ni en lo grande, ni en lo pequeño, con aquello que iba en contra de sus principios y convicciones. Sus ideas fundamentales, en política de salud pública, están actualmente vigentes en todo su valor.

1869-1933. *Daniel García Guerrero*. Alumno de excepcionales condiciones, es el último de los que, antes de graduarse, ocupa una cátedra, la de Fisiología, en la Facultad. Muy joven sucede en la Clínica Médica a su maestro W. Díaz. Su enseñanza, a través de decenios, adquiere una gran altura. Sencillo y elegante en su expresión, domina todos los aspectos de la medicina de su época. A su lado se formaron los que años después irían a tomar la enseñanza de la medicina interna: M. Brockmann, E. González Cortez, J. Rodríguez, E. Prado Tagle, A. Mardones, R. Vicuña y muchos más. Y, junto a tan elevada personalidad médica, García Guerrero era un músico de gran refinamiento.

1874-1933. *Mauricio Brockmann*. Alumno de J. Ugarte, perfecciona sus estudios en Alemania, al lado de Leube; es el compañero de v. Bergman en Berlín, Jefe de clínica y Profesor extraordinario en la Clínica de García Guerrero, pasa a la Cátedra de Patología Médica, en donde sucede a O. Maira, para, después de más de una década, en 1923, de nuevo sucede a Maira en la Cátedra de Clínica, la que desempeña hasta su muerte en 1933. La medicina francesa y la alemana, que conocía a fondo en toda su evolución, forman la base de su enseñanza. Le da a su clínica un sentido nuevo, comenzando con él el grupo docente activo. Como fruto de su época, centró su enseñanza en los elementos fundamentales, la historia clínica completa y la lección ante los alumnos. La sen-

cillez y el orden de la exposición, la claridad de la discusión diagnóstica, la exacta orientación terapéutica, dan el sello a su enseñanza. Es todo un maestro, llano, sencillo, bondadoso y con un profundo conocimiento de la medi-

cina y una innata capacidad para enseñar y despertar inquietudes. Su personalidad médica se hallaba adornada de una cultura humanística de una rara calidad.

En el transcurso de su vida, la Escuela de Medicina de Chile, desde 1833, ha sido favorecida con la presencia de eminentes personalidades extranjeras que han dejado una honda huella en la configuración médica del país. No son muchos; pero todos brillantes. Sólo podemos enunciar los nombres de algunos: G. C., Blest, venido de Edinburgo, quien inauguró los cursos de Medicina en 1833; J. Miquel, el médico de San Martín; G. H. Petit, de París, compañero de estudio de Cl. Bernard; G. Schneider, emigrado de la Alemania, el amigo íntimo del poeta H. Heine, y R. Elguero, de Argentina, llegado a Chile durante el período de Rosas. Todos ellos enseñaron la medicina interna. Recordamos además, A. Thévenot, en cirugía; R. A. Phillippi, y F. Johow, en ciencias naturales.

Como término de esta nómina, incluiremos las semblanzas resumidas de dos grandes maestros extranjeros cuya larga permanencia en la Escuela dio como resultado una poderosa influencia en la medicina chilena. Formaron escuela de gran prestigio y contribuyeron a dar gran impulso a los trabajos de las ciencias básicas y preclínicas. Ellos son: Juan Noé y Max Westenhoeffer, a quienes hemos tenido el singular privilegio de conocer de cerca y apreciar los extraordinarios y ricos contornos de sus personalidades. El espíritu de las viejas universidades europeas lo transportaron a Chile con su trabajo, su ejemplo y su inspiración.

1875-1947. *Juan Noé*. Lombardo de origen, nació en Pavia, estudió en Roma, graduándose en Ciencias Naturales y Medicina. Durante más de diez años trabaja junto a su maestro J. B. Grassi, de quien hereda la inclinación hacia la ciencia y la cultura. En 1912, viene a Chile a tomar a su cargo la enseñanza de la Zoología Médica, poco después ocupa la Cátedra de Histología, que dejaba el Profesor V. Izquierdo. Posteriormente, recibe el encargo de las enseñanzas de Embriología y Parasitología. Además, la de Zoología se transforma, bajo su inspiración, en Biología. Se crea así el Instituto de Biología, el

cual sirve a varias escuelas universitarias y es un centro de febril actividad.

Muy pronto numerosos jóvenes rodean al maestro, quien aún no tiene cuarenta años, cuando inicia su gran obra en nuestro país.

De 1937 a 1945, el Gobierno le encarga la misión de organizar la lucha antimalárica en el puerto de Arica y sus valles vecinos. Resultó una campaña tan bien concebida, organizada y llevada a cabo, que el paludismo se erradicó de una manera definitiva, lo que en aquella época significó un éxito sin precedentes. Fue una exacta experiencia científica, en gran escala. Más

de treinta generaciones pasaron por sus cátedras, en un esfuerzo docente de caracteres muy singulares. En sus laboratorios, junto a la docencia, fue progresivamente desarrollando una amplia investigación científica. El gran grupo trabaja en común. La excelente *Revista Biológica*, por él creada, publica estas contribuciones. Espíritu esencialmente europeo, clásico en sus modalidades científicas, es ejemplar en su método de trabajo. Es ordenado, juicioso y, a la vez, crítico. Inteligencia sobresaliente, aguda y brillante; dominó el idioma español, lo escribió y habló con fluidez y elegancia. El grado superior de su cultura, fue la admiración de los que lo conocieron.

Dejó numerosas comunicaciones de orden biológico, histológico y acerca de temas de parasitología. Ligado a su Italia en forma muy honda, no aceptó los regímenes totalitarios y cuando so-

La influencia de la vida universitaria alemana en sus aspectos médicos más importantes llegará a Chile con M. Westenhoeffer. Ya antes, en R. A. Phillippi, en ciencias naturales, había tenido una gran repercusión en los ambientes educacionales. Varios de los alumnos que Aguirre envió a Europa, en torno de 1880-1890, habían ido a Alemania, con grandes ventajas para el progreso de la Escuela. La anatomía patológica de Virchow tendrá aquí en Chile nada menos que uno de los discípulos de la última etapa de la vida del maestro.

1871-1957. *Max Westenhoeffer*. Nacido en la Baviera, se graduó de médico en la Universidad de Berlín (1894). Después de una breve estada en el ejército prusiano como cirujano militar, fue atraído por la fuerte personalidad de Virchow, quien, en una ancianidad brillante, era el centro de las ciencias biológicas alemanas. Trabajó junto al Maestro hasta la muerte de éste, a los 81 años, en 1902. Dedicado Westenhoeffer exclusivamente a la anatomía patológica, trabajó en varios hospitales de Berlín, fue Profesor extraordinario en su Universidad y dictó varios cursos. En

brevino la Segunda Guerra Mundial su espíritu estuvo muy angustiado. Escribió, entonces, en un bello idioma, un libro de primera calidad: *Italia, la Latinidad y la Guerra*, publicado en 1941.

A lo largo de los decenios que ha cumplido la Escuela de Medicina, pocas mentalidades han tenido una influencia más trascendental, como la irradiada de esta excepcional personalidad. Sencillo y bondadoso, fue siempre un ejemplo y supo dar a sus discípulos tempranas responsabilidades. La deuda de gratitud de la Universidad es inmensa. El Instituto de Biología que él formara, así como el Hospital de la ciudad de Arica, llevan su nombre. Una ley de la República le concedió la nacionalidad chilena a título de póstumo, como expresión de un reconocimiento nacional.

1908 fue contratado por el Gobierno de Chile, a pedido de la Universidad, para tomar a su cargo la enseñanza oficial de la Anatomía Patológica y de la Patología General, que en aquellas épocas estaban en las mismas manos. Cuatro años pasó en Chile. De nuevo en Alemania reinicia sus actividades de laboratorio y de la enseñanza. En 1930 es traído por el Gobierno, esta vez para los Hospitales de la Beneficencia Pública. Tres años dura esta segunda permanencia en Chile. Hace un curso para prosectores de anatomía patológica, del cual surgieron numerosos pa-

tólogos para los hospitales de Santiago y Valparaíso. Su amor entrañable por la juventud fue como un sello de su personalidad. Se crea una verdadera escuela. De regreso en Alemania sobreviene la Segunda Guerra Mundial. Sus padecimientos no tienen límite. El maestro ha pasado ya los 70 años. Al término del conflicto mundial, en 1948 lo trae a Chile el Gobierno y lo designa asesor de Anatomía Patológica de los Hospitales del Servicio Nacional de Salud, cargo dado más que nada con carácter honorífico; pero que, él lo atiende en compañía de sus discípulos, muchos de los cuales son ya Profesores. Es autor de numerosos trabajos científicos. Escribió dos libros de orden antropológico, uno editado en Salsburg, en 1926 *Der Mensch, die älteste Säugetierform* y, el otro, aparecido en Berlín, en 1942 *Der Eigenweg des Menschen*. La Universidad de Chile publicó una edición en español, con el título de *El camino propio evolutivo y el origen del hombre* (1952).

La influencia de Westenhoeffer en el desarrollo de la anatomía patológica en Chile es considerable y va en aumento a través de sus discípulos. La forma inteligente de su enseñanza, el gran caudal de su experiencia, su extraordinaria cultura médica, su devoción a los poetas alemanes, especialmente a Goethe, hacían de Westenhoeffer una personalidad en extremo atrayente. Irradiaba de él las cualidades más exaltadas de las legendarias figuras de las universidades alemanas. Supo contagiar al medio en que vivió de esas cualidades. Fue modelo de honestidad científica y de un porfiado tesón en el trabajo. Espíritu muy amplio, fue un gran organizador de los Servicios en donde actuó. Se identificó en la vida chilena y logró adquirir un conocimiento de la historia de Chile realmente extraordinario; no sólo conocer el acontecer histórico, sino una original interpretación de las grandes épocas por que ha atravesado el país.

TERCERA EPOCA: NUESTRA EPOCA. En esta convencional división de la evolución de la medicina, esta tercera etapa está representada por la época actual, la que tiene caracteres definidos y singulares. Aparte de su gran contenido científico, domina a esta época la organización general de la medicina, la cual aparece en una extraordinaria extensión. Ella cubre desde la investigación pura y aplicada, hasta los aspectos sociales reclamados por el presente. Dentro de esta extensión hay actualmente un número enorme de centros de donde surgen ideas, conceptos y las nuevas medidas para reparar, fomentar y conservar la salud. En cada país, las universidades y sus escuelas de medicina, así como institutos especializados, constituyen centros de estudio y de enseñanza. Hace un siglo estos centros, con carácter de directores de pensamiento, tal vez no llegaban a una docena, hoy son innumerables, quizás el medio millar. Pero no sólo es la cantidad sino su propia estructura. En torno a 1860, Cl. Bernard decía que el número de laboratorios dedicados a la fisiología era escasísimo. Después su aumento ha sido impresionante. La bioquímica y la fisiopatología han surgido en las últimas décadas. Otra de las características de las más notables es que, en cada centro, ya no es una persona sola quien conduce los

estudios; ahora es un grupo, lo que significa el trabajo en colaboración, el pensamiento común. Los nombres de los grandes maestros van siendo reemplazados por los de las universidades.

Otra característica de esta época es la enorme facilidad de las comunicaciones. Libros y revistas, así como las innumerables reuniones locales, nacionales, regionales e internacionales para tratar de todos los temas que nos preocupan y apasionan a la medicina, representan una condición inexcusable. Otra forma de fecundo pensamiento común.

La investigación, la enseñanza y la acción médica, ya sea individual o colectiva, está en manos científicas, en grupos, a veces muy numerosos. Esta característica, impuesta por la naturaleza propia de la medicina, es una de las conquistas más felices, afortunadas y trascendentales de la medicina de hoy.

En capítulos anteriores, ha quedado delineado el aspecto general de la medicina después de cumplida la sexta década de este complejo y atormentado siglo xx.

El mundo propio de la medicina tiene ahora contornos más fascinantes que nunca.

22

Bibliografía

Todo lo que rodea al libro está impregnado, aun cuando no sea perfecto, de un aliento de distinción y de superioridad.
... la obra maestra del género humano, es decir, el libro.

G. MARAÑÓN

TODOS LOS ESCRITOS en el gran ambiente de la medicina, los de investigación científico-experimental, los de la clínica en todos sus aspectos, así como los de disciplinas agregadas, ya sean publicaciones en revistas, libros o capítulos de grandes tratados, tienen necesariamente que agregar una información bibliográfica correspondiente. Es una obligación inexcusable. Se pone así en relación el tema en sí mismo, con otras publicaciones y es testimonio de la preocupación del autor de ubicar su trabajo dentro del desarrollo histórico de la medicina. Esta nómina bibliográfica tiene, además, otra finalidad, y es la de servir de una fuente de información para el estudio. A través de ella se puede conocer mucho de las inquietudes acerca del tema y su consulta permite ampliar conocimientos y, a menudo, suele ser el punto de partida de nuevos estudios.

Una parte muy fundamental de la personalidad del médico es la que se refiere al conocimiento bibliográfico. Debe estar permanentemente informado acerca del curso que llevan las investigaciones. El manejo de la bibliografía debe realizarlo con expedición. "La palabra, ha dicho Marañón, es el instrumento celeste. Pero la palabra hablada está encerrada para siempre en la cárcel del espacio y del tiempo. El libro la hace universal e inmortal". Al libro, y siempre al libro, se deberá recurrir continuamente. El artículo en una revista tiene vigencia por unos pocos años; después, sus asertos, si se confirmaron, entran a formar parte de un libro y si no quedan en los archivos. Las bibliotecas son las que deben guardar estos artículos, cuya muerte nunca es definitiva, pues, con cierta frecuencia, reaparecen o se les descubre a una nueva vida.

Durante mucho tiempo, la información bibliográfica fue redactada de una manera muy variada. Desde hace unos treinta años, como resultado de diversas reuniones internacionales, se le da casi invariablemente una modalidad muy bien establecida. Acerca de esto hay ya un consenso muy unánime. La ordenación y la redacción de la bibliografía que viene a continuación muestra esta modalidad y su análisis, muy fácil por lo demás, ahorra todo comentario. La información bibliográfica, que constituye este capítulo final se refiere exclusivamente a las obras y artículos que han sido consultados.

- ACHESON, R. M. *Progresos recientes en Epidemiología*. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana. 44, 375, 1965.
- ADAMS, F. *The Genuine Works of Hippocrates*. The Williams & Wilkins, Baltimore, 1939.
- ALLEN, R. B. *Medical Education and the Changing Order*. The Commonwealth Fund. New York, 1946.
- ARISTÓTELES. *Metafísica*. Versión de R. Blasquez J. F. TORRES. *Obras Maestras*. Edit. Iberia. Barcelona, 1964.
- ATCHLEY, D. W. *Physician, Healer and Scientist*. Macmillan Career. Book. The Macmillan Co. New York, 1961.
- *Tuning this curious harp*. J. A. M. A. 189, 755. 1964.
- *El médico científico y el "curador"*. Bol. of Sanit. Panamerica. 44, 342, 1965.
- ATKINSON, D. T. *Magic, Myth and Medicine*. World. Publ. Co. New York, 1956.
- BACON, FR. *Essays*. Texto de 1625, publicado por Oxford University Press, London, 1958.
- BAISSETTE, G. Art. *Hippocrates en Les Médecins Célèbres*. Edition Lucien Mazenod, Ginebra, 1949.
- BALCH, DAVID, B. *Elbert Hubbard*. F. A. Stokes Corp. New York, 1940.
- BAKER, J. R. y HALDANE, J. B. *La vida diaria vista por un Biólogo*. Trad. G. A. Madrago. Emecé, Edit. Buenos Aires, 1950.
- BELLO, A. *Discurso pronunciado de la instalación de la Universidad de Chile*. Edit. Universitaria, Santiago, 1964.
- BERNARD, CL. *Introduction à l'Etude de la Médecine Experimentale*. Classiques Larousse. Libr. Larousse, París, 1951.
- BERNARD, J. *État de la Médecine*. Bouchet-Chastel, Correa, París, 1960.
- BICHAT, X. *Recherches Physiologiques sur la vie et la mort*. Imp. de Marchant, París, 1805.
- *Anatomie Generale*. J. S. Chande. Edit. París, 1830.
- BRAIN, LORD R. *Psychosomatic and the brain. Mind relationship*. The Lancet, 2, 325, 1954.
- BROAD, C. D. *Bacon and the Experimental Method, in a Short History of Science*. Doubleday Anchor Books, New York, 1951.
- BOYD, W. *Pathology for the Physician*. Lea y Febiger, Philadelphia, 1950.
- BERNHEIM, B. M. *The Story of the Johns Hopkin*. The World's Work, Kingswood Ltda, 1949.
- BEVERIDGE, W. I. B. *The Art of Scientific Investigation* Random House, New York, 1959.

- CANNON, W. B. *La Sabiduría del cuerpo*. Edit. Séneca, México, 1941.
- *La Ruta de un investigador*. Edit. Siglo Veinte, Buenos Aires, 1950.
- CARREL, A. *L'Homme, c'est incomu*. Librairie Plon, París, 1935.
- CARREL, A. y LINDBERG CH. A. *The culture of organs*. P. B. Hoeber, Edit. New York, 1938.
- CASTLEMAN, B. *The Clinico-pathological conference*, en Proc. First World Conf. on Med. Educ. Oxford University Press, London, 1954.
- CASTIGLIONI, A. *Storia della Medicina*. Unitas, Milano, 1927.
- CASTEX, M. N. *Médico y enfermo*. Club de Lectores, Buenos Aires, 1960.
- CHADWICK, J. y MANN, W. N. *The Medical Works of Hyppocrates*. Blackwell Scientific Publ. Oxford, 1950.
- CLARK-KENNEDY, A. E. *How to Learn Medicine*. Faber and Faber, London, 1959.
- CUSHING, H. *The Life of Sir William Osler*. Oxford University Press, London, 1940.
- DEBENEDETTI, E. *Los caminos del error clínico*. Eudeba, Buenos Aires, 1960.
- DE ROBERTIS, E. D. P. NOWINSKY W. N. y SAEZ F. A. *Citología General*. El Ateneo, Edit. Buenos Aires, 1960.
- DESCARTES, R. *Discurso del Método*. Trad. J. Rovira Armengol, Edit. Losada, Buenos Aires, 1959.
- DIEULAFOY, G. *Clinique Médicale de l'Hotel-Dieu de Paris*. Leçon d'Overture-Masson et Cie. Edit. París, 1898.
- DONOSO, J. *El Método Experimental en las Ciencias Básicas*. Lec. Inaugural de la Cátedra de Fisiopatología. Universidad de Chile, 1945.
- DRAKE, H. L. *The People's of Plato*. Philosophical Library, New York, 1958.
- DUBOS, R. *Mirage of the Health*. Harper & Brothers, Publ. New York, 1959.
- *The Dreams of the Reason*. Columbia University Press. New York, 1961.
- *Pasteur and the Modern Sciences*. Doubleday and Co. Inc. New York, 1960.
- *El hombre y su ambiente*. Bol. Of. Sanitaria Panamericana 59, 471, 1965.
- DUMESNIL, R. *Histoire Illustrée de la Médecine*. Lib. Phon, París, 1935.
- y NORMET-ROY, F. *Les Médecins célèbres*. Edit. d'Art. Lucien Mazenod, Genève, 1947.
- DUHAMEL, G. *Civilization Française*. Hachette, París, 1944.
- DURANT, W. *Historia de la civilización. La vida de Grecia*. Trad. L. Tobio. Edit. Sudamericana, Buenos Aires, 1945.
- *Historia de la Civilización. El Renacimiento*. Trad. C. A. Jordana, Edit. Sudamericana, Buenos Aires, 1958.
- DRINKER BOWEN, C. *Francis Bacon. The Temper of a Man*. An Atlantic Monthly Press Book. Little, Brown & Co. 1963.
- FAUVET, J. *Les Etapes de la Médecine*. Pr. Univ. Franc. París, 1948.
- FERNÁNDEZ B., W. *Incorporación a la Facultad de Medicina*. Ann. Ch. de Hist. de la Medicina, 5, 225, 1963.
- FERMI, L. *The Story of Atomic Energy*. A Nacfadden-Bartell Book. New York, 1965.

- FERRER, P. L. *Historia General de la medicina en Chile*. Imp. Talca. Talca, 1904.
- FLEXNER, A. *La Formation du Médecin*. Trad. R. Royon. Masson et Cie. Paris, 1927.
- *An Autobiography*. Simon and Schuster, New York, 1960.
- FREEMAN, A. y APPEL, D. *The Wisdom and Ideas of Plato*. A Primer Book. Fawcett Publ. New York, 1956.
- GARCÍA SUELTO. *Aforismos de Hipócrates*. Edit. Publ. Barcelona, 1923.
- GARRETÓN SILVA, A. *Practical and Oral Tests*. Proc. I World Conference on Med. Educ. Oxford Univ. Press, London, 1954.
- *Laurent Sazie*. La Semaine des Hôspitaux de Paris, 30, 5. 1954.
- *El Concepto Clínico de la Enfermedad*. Monografías Biológicas, Univ. de Chile, Santiago, 1959.
- *Actualización de los Estudios Médicos*. Proc. II, World Conference on Med. Educ. World Med. Ass. New York, 1961.
- *El Lenguaje de la Medicina*. In-corp. a la Academia Chilena, Boletín. Acad. Chilena, XVI, Cuad. 52, 1962.
- GLASSE, M. *Medicina Dramática*. Trad. J. A. Bravo, Edit. L. de Caralt. Barcelona, 1962.
- GROSSI, J. *Reseña del Progreso Médico en Chile*. Imp. La Opinión, Valparaíso, 1895.
- GUZMÁN C., L. *Mis recuerdos de Estudiante*. Centro de Invest. Hist. de la Medicina. Univ. de Chile, Santiago, 1966.
- GUITRY, S. *Mes Médecins*, Chez Cortial, Paris, 1932.
- HAGGARD, H. W., *Devils, Drugs, and Doctors*. Harper & Brothers, New York, 1929.
- *El Médico en la Historia*. Traduc. M. L. de Ayala. Edit. Sudamericana, Buenos Aires, 1941.
- HARVEY, W. *Estudio Anatómico del Movimiento del Corazón y de la Sangre en los Animales*. Traduc. J. J. Izquierdo, Séneca. Edit. Buenos Aires, 1936.
- HARVEY, A. M. G. y BRADLEY, J. *Diferencial Diagnosis*. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1958.
- HAMILTON, E. *The Greek Way to Western Civilization*. A Mentor Book, New York, 1959.
- HAMPSHIRE, S. *The age of reason*. Houghton, Mifflin & Co. New York, 1956.
- HERRICK, J. B. *A short History of Cardiology*. Ch. C. Thomas, Springfield, 1942.
- *A note concerning the long neglect of Auenbrügger's juven-tun novum* Arch. Int. Med. 71, 741, 1943.
- HOCHSTEIN, E. y RUBIN. *Physical Diagnosis*. Mac Graw-Hill Book Co. New York, 1964.
- HORSFALL, F. L. *Viral Infection and Viral Diseases in Man*. Proc. Staff Met. Mayo Clinic. 35-269-1960.
- HOUSSAY, B. A. *El Hombre de Ciencia ante la Sociedad Moderna*. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana, 44, 385, 1965.
- HUXLEY, J. *Evolution in Action*. Harper & Brothers, New York, 1953.
- INGLE, D. J. *Principles of Research in Biology and Medicine*. J. B. Lippincott, Co. Philadelphia, 1958.

- JIMÉNEZ DÍAZ, C. *Tratado de Práctica Médica*. Edit. Paz Montaldo, Madrid, 1963.
- JORES, A. *La palabra del médico*. Universitas. 2, 365, 1965.
- KLUCKHOLM, C. *Antropología*. Trad. T. Ortiz. Fondo de Cultura Económica, México, 1965.
- LAËNNEC, R. T. H. *Tr. de l'Auscultation*. Edic. facimil. 1826. Masson et C. Edit. Paris, 1926.
- LAÍN ENTRALGO, P. *La Historia Clínica*. Consejo Superior de Investigación Científica, Madrid, 1950.
- *Clásicos de la Medicina*. Laënnec. C. S. de I. C. Madrid, 1954.
- *Historia de la Medicina*. Edit. Científico-Médica, Madrid, 1954.
- *Clásicos de la Medicina*. Bichat. Edit. El Centauro, Madrid, 1956.
- *Clásicos de la Medicina*. Harvey. Edit. El Centauro, Madrid, 1959.
- *Clásicos de la Medicina*. Cl. Bernard. Edit. El Centauro, Madrid, 1959.
- *El Médico en la Historia*. Cuadernos Taurus, Madrid, 1958.
- *Enfermedad y Pecado*. Edit. Toray-Barcelona, 1961.
- *Marañón y sus relaciones con el enfermo*. I. Conferencia G. Mara-ñón. Anales Chilenos de Historia de la Medicina, Santiago, 4-II-1962.
- *La Relación Médico-Enfermo*. Revista de Occidente, Madrid, 1964.
- LAÍN ENTRALGO, P. y J. MA. PIÑEIRO. *Panorama Histórico de la Ciencia Moderna*. Ediciones Guadarrama, Madrid, 1963.
- LANE, A. *Albert Hubbard and his Works*. The Blanchard Press. Worcester.
- LEONARDO DA VINCI. *Philosophical Diary*. Traduc. W. Baskin. Philosophical Library, New York, 1959.
- LITTRÉ, E. *Oeuvres Complètes d'Hippocrates*. J. B. Bailliere, Paris, 1839.
- *Dictionnaire de Médecine*. J. B. Bailliere et fils, Paris, 1903.
- LOWELL, R. R. H. y DOYLE, A. W. *An Introduction to Clinical Medicine*. Edit. Arnold. Publ. London, 1961.
- LUDWIG, E. *El Mediterráneo. Leyenda de un mar*. Traduc. F. López Cruz. Edit. Interamericana, Buenos Aires, 1944.
- MAC BRIDE, C. M. *Sings and Syntoms*. J. B. Lippincott Co. Philadelphia, 1947.
- MAJOR, R. H. *Classic Descriptions of Diseases*. Ch. C. Thomas, Publ. Springfield, 1945.
- MARAÑÓN, G. *Vocación y Etica*. Espasa-Calpe, Buenos Aires, 1946.
- *El libro y el librero*. Espasa-Calpe S. A., Madrid, 1953.
- *La Medicina y nuestro tiempo*. Espasa-Calpe, Buenos Aires, 1954.
- MAUROIS, A. *La vie de Sir Alexander Fleming*. Hachette, Paris, 1959.
- MASSON, S. F. *A History of the Science*. Collier Books, New York, 1962.
- MAYO, CH. H. y MAYO, W. J. *Aphorisms*. Col. de F. A. Williams. Ch. C. Thomas, Publ. Springfield, 1951.
- MENDEL, G. DE VRIES. H. CORRENS, C. y TSCHERMAX, E. *Cuatro Estudios sobre Genética*. Emecé, Edit. Buenos Aires, 1950.
- MILLER, H. *Early Diagnosis*. E. V. E. Limistone, Ltda. London, 1959.
- NYLIN, G. *Teaching the scientific method*. Proc. I. World Conference on Medical Education. Oxford Med. Publ. London, 1954.

- OCHOA, S. Discurso inaugural del VI Congreso Internacional de Bioquímica, New York, agosto, 1964.
- O'MALLEY, CH., SONDEERS, J. B. DE C. M. *Leonardo da Vinci on the Human Body*. H. Schuman, New York, 1952.
- ORREGO LUCO, A. *Recuerdos de la Escuela*. Editorial del Pacífico, Santiago, 1943.
- ORREGO PUELMA, H. *Retorno*. Edit. Zig-Zag, Santiago, 1966.
- ORTEGA Y GASSET, J. *Misión de la Universidad*. Edit. Revista de Occidente, Madrid, 1930.
- OSLER, SIR W. *Accquaminitas*. H. K. Lewis & Co. Ltda., London, 1951.
- PASCAL, B. *Pensamientos*. Trad. de E. D'Ors. Obras Maestras. Edit. Iberia, Barcelona, 1952.
- PENROSE, L. S. *Introducción a la Genética Humana*. Traduc. T. J. Barry, Eudeba, Buenos Aires, 1963.
- PICKERING, SIR G. *Physician and Scientist*. Harveian Oration, Royal Coll. of Physicians. Brit. Med. J. 2. 1615. 1964.
- PLATÓN. *La República*. Versión de E. Palam. Colec. Obras Maestras. Edit. Iberia, Madrid, 1952.
- RATNZ, L. A. *The image of an Internist*. Calif. G. P. May-June, 1963.
- RIST, E. *La Tuberculose*. A. Colin. Edit. París, 1927.
- ROBERT, EF. *Medical Terms*. Ch. C. Thomas Publ. Springfield, 1959.
- ROLLESTON, SIR H. *Internal Medicine*. Colec. Clío Médica. Paul B. Hoeber, Inc. New York, 1930.
- ROMAIN, J. *Knock ou le Triomphe de la Médecine*. Edit. N. F. R. 1946.
- *Hommes, Médecines, Machines*. Flammarion, Edit. París, 1959.
- ROUSSEAU, P. *Histoire de la Science*. A. Fayard, París, 1945.
- ROSTAND, J. *Pensées d'un Biologiste*. Librairie Stock, París, 1954.
- RUSSELL, B. *El Impacto de la Ciencia en la Sociedad*. Trad. N. J. Domingo. Aguilar S. A. de Edic. Madrid, 1952.
- SAPIR. Ed. *Culture, Language and Personality*. Univ. of California Press. and Los Angeles, 1960.
- SAVAZUI, A. *L'Avenir de l'Interniste*. La Revue du Practicien, París, xv, 7 Dec., 1965.
- SCHWEITZER, A. *Peace or Atomic War?* H. Holt. and Co. New York, 1958.
- SCHMIDT, J. E. *Medical Discoveries*. Ch. C. Thomas. Springfield, 1959.
- Seminario de Educación Profesional Médica*. Septiembre, 1961. Edic. Colegio Médico de Chile, 1964.
- SERAGENT, E. *Apologie de la Clinique*. G. Doin et Cie, París, 1933.
- SIGERIST, H. E. *The Great Doctors*. A Dobleday Anchor Book, New York, 1958.
- SIMPSON, G. G. PITTENDRIGH, C. S. y TIF-FANY, L. H. *Lifesa. Introduction to Biology*. Hancourt, Bruce & Co. World Inc. New York, 1959.
- SIERRA, L. *Cien Años de la Enseñanza Médica en Chile*. Edic. Universidad de Chile, Santiago, 1934.
- SINGER, CH. Art. *Medicina en El Legado de Grecia*. Trad. española. Edit. Pegaso, Madrid, 1947.
- Socrate on the Health Service*. The Lancet, Edit. London, 1960.
- STANLEY, W. H. y VALENS, E. G. *Virus and the Nature of Life*. E. P. Dutton Co. New York, 1961.

- VALERY RADOT, P. *Louis Pasteur, en Les Médecins Célèbres*, de Dusme-nil y Bornet-Roy. Edit. L. Mozenod, Ginebra, 1949.
- VIRCHOW, R. Selección de ensayos, publicados por L. J. Rather bajo el nombre de *Disease, Life and Man* Collier Book, New York, 1952.
- VIEL, BENJAMÍN. *La Medicina Socializada*. Edic. Universidad de Chile, Santiago, 1961.
- WARTURAN, W. B. *Medical Teaching in Western Civilization*. Year Book Pub. Chicago, 1961.

* * *

Y así llega a su término este ensayo, que se deseó fuera más breve, pero lo denso y trascendental del tema no lo permitió. Se entrega este libro a su vida propia con la honda y confiada esperanza que el contenido de estas páginas constituya un incentivo para la formación de la personalidad del médico, de aquel personaje de quien Homero dijo: "pues el médico es un hombre que vale por muchos".



Universidad de Valparaíso
Chile



00166928