

LA TÉCNICA, LA CIENCIA Y EL JUICIO EN EL DIAGNOSTICO

Conferencia dada en la Facultad de Medicina, a los médicos;- graduados
en 1913 (*)

Por el Dr. Gregorio Aráoz. **Alfaro**, Prof. Honorario y
Miembro titular de la Academia de Medicina

Jóvenes amigos:

Al **cumplir** vuestros veinticinco años de ejercicio de la medicina, habéis tenido la delicadeza de asociar los que fuimos vuestros profesores, a los actos con que celebráis vuestro cuarto de siglo de vida profesional. Os agradecemos mucho esa prueba de consideración, poco frecuente en estos tiempos en que los jóvenes, justamente envanecidos con los enormes progresos realizados, suelen ser severos en exceso para las deficiencias de los que les han precedido.

Conmigo, habéis sido más generosos aun. Me habéis pedido que os diera una "clase," como en los tiempos en que erais mis discípulos. Y no necesito decir cómo me ha llegado al alma esa solicitud con la que me dais una prueba de afectuosa simpatía y de fidelidad, que me causa profunda emoción. Por esto es que, aun sabiendo perfectamente que nada puedo enseñar a colegas que están ya lejos del fin de sus estudios médicos y han forjado su recia personalidad en el yunque de la experiencia de veinticinco años; que sabiendo que nada de nuevo puedo decir a hombres que ocupan posiciones destacadas en el ejercicio profesional, en la cátedra y en las funciones públicas, ni siquiera he

intentado rehusar el comprometedor encargo.

Heme, pues, aquí, no por cierto, con el propósito de haceros una lección sino, simplemente, con el de invitaros a que reflexionemos juntos sobre los cambios que en la práctica médica han traído los grandes progresos técnicos de los últimos tiempos, a que pensemos juntos sobre si deben subsistir algunos conceptos generales que creíamos orientadores, directivos, en el estudio acertado del hombre enfermo. Y como quiera que mi cátedra fue de Semiología, natural es que hablemos en particular del *diagnóstico* que es, por lo demás, el acto primario y trascendental del médico, la base indispensable del tratamiento, de la **profilaxis**, del pronóstico, es decir, de la acción eficiente **que** tenemos el deber de ejercer en bien del enfermo y de la sociedad toda.

Hace poco tiempo fui consultado por una enferma de tuberculosis pulmonar cuya radiografía se me traía. Y cuando yo manifesté que nada podía decir sin ver y examinar a la paciente, el padre no pudo ocultarme una gran sorpresa. Un especialista le había dado ya su opinión, después de haberle declarado que le

bastaba para ello con ver la radiografía. No hace mucho he sabido de otro colega que, con sólo el electrocardiograma por delante, hizo el diagnóstico y pronóstico de un enfermo.

Y en los dos casos, me asaltó la duda de si todo aquel largo curso de semiología que dictaba, con tanto empeño y con tanto amor, en la Facultad —y que entiendo siguen dictando mis sucesores— no estaría demás en una buena parte; si no sería tiempo perdido esforzarse porque los jóvenes alumnos aprendan a interrogar con método, a percutir, a auscultar, a palpar cuidadosamente, a estudiar prolijamente el curso de la fiebre, desde que en casos tan graves y tan importantes, un sólo documento gráfico bastaba, en opinión de médicos modernos, para formular un diagnóstico.

Los progresos técnicos realizados en este último cuarto de siglo son realmente tan grandes que pareciera que unos cuantos especialistas en las diversas técnicas pudiesen hacer superfluo o innecesario el juicio del médico que, en un tiempo, debía pensar y correlacionar los diversos elementos para llegar al diagnóstico total, siguiendo las diversas etapas que yo mismo había señalado muchas veces en mis lecciones: el *diagnóstico de síndrome*, el *diagnóstico anatómico* y el *fisiopatológico*; el *de naturaleza* y, en fin si era posible, el *de causa*, el *diagnóstico etiológico*. (1).

¡Hay tantos casos, en efecto, en que esas técnicas especiales dan resultados tan netos, tan concluyentes! Véase, por ejemplo, una espléndida broncogra-

fía con lipiodol, una colecistografía, una pielografía, mediante los diversos agentes que se eliminan por la bilis o la orina, una radiografía de estómago o de duodeno con imágenes típicas y, realmente, se comprenderá que el técnico, satisfecho de su obra, crea que no necesita nada más para formular un diagnóstico. Hasta en el cerebro, los rayos Roentgen nos dan, con la ventriculografía, cada día datos más interesantes. Digamos otro tanto de los admirables resultados de las endoscopias, vesical, rectal, esofágica, traqueobronquial, hasta pleural y abdominal, de los estudios, cada vez más fructuosos, de química y fisicoquímica en humores y tejidos. Y, en presencia de tantas hermosas adquisiciones de los últimos tiempos cómo no detenerse a reflexionar en si vale o no la pena de que sigamos enseñando y practicando la vieja semiología clásica, larga, delicada y difícil? Conviene realmente, pienso yo, que sobre este asunto, meditemos un poco y conversemos luego, porque, naturalmente, después que yo haya expuesto mi opinión, espero que me hagáis conocer la vuestra que me interesa mucho, no sólo por vuestro saber sino porque sois hombres de otra generación, de otro clima, según la expresión tan en boga.

método alguno que pueda traernos un nuevo elemento de certidumbre. Pero, por esa razón precisamente, creo que *no debemos tampoco dejar de lado la semiología tradicional* que, en **muchos** casos, nos ayudará poderosamente en el descubrimiento de la verdad.

Así, por ejemplo, culpable sería el médico que diagnosticara y tratara una tuberculosis pulmonar, sin la ayuda de la radiología. Ella es hoy absolutamente indispensable para descubrir y limitar las lesiones, y se ha perfeccionado considerablemente en los últimos años con su empleo en diversas posiciones y con nuevos procedimientos técnicos: la estereoradiografía, la radiografía por capas o tomografía, etc. Pero también sería culpable si no auscultara, porque hay alteraciones bronco-pulmonares que *no son visibles* con los Rayos, que son solamente *audibles* y pueden aun preceder a la aparición de las sombras radiológicas. Hay, además, signos auscultatorios que nos permiten precisar y, a veces, rectificar los datos roentgenológicos.

Análoga cosa ocurre con el examen del corazón y de los vasos. Claro es que ninguna percusión nos dará un trazado cardíaco tan exacto como la ortodiagrafía y la teleradiografía en diversas posiciones; ciertos es; también, que el registro gráfico de los tonos y ruidos cardíacos suministra datos más precisos que la palpación y la auscultación (2). Pero estos últimos, repito, no dejan de ser importantes y, sobre todo, *están al alcance de todos los médicos que han educado sus sentidos* y no

requieren las **instalaciones** costosas que necesitan aquellos rae- todos modernos.

Nadie debe prescindir tampoco, en pudiendo utilizarlos, de todos los métodos de análisis bioquímicos y pruebas biológicas de sangre y otros humores o líquidos transudados o exudados, del Ph₇ del equilibrio ácido-básico del metabolismo, etc. Mas recordemos que no todos los enfermos pueden beneficiarse de esos métodos, sea porque no les es posible moverse de su cama, sea porque no pueden trasladarse hasta los centros en que aquéllos se practican, sea, en fin, porque no pueden pagar esos exámenes, naturalmente dispendiosos. Se dirá que hay que ponerlos al alcance de los enfermos pobres y en todos los sitios. Empero, prácticamente ¿cuándo será posible en todos los centros poblados de la República haya, gratuitamente o a precio módico, todos esos recursos? Y asimismo, siempre quedará una buena masa de enfermos que no son pobres de solemnidad, que no son tampoco ricos pero que no están en condiciones de pagar, a cada rato, los centenares de pesos que representa el costo de una serie de radiografías, análisis y exámenes de especialistas.

Hay que crear y multiplicar *centros diagnósticos* baratos, al alcance de la gente de mediana o modesta posición (3). Pero dada la extensión del país ¿cuándo podremos tenerlos en la mayoría de las ciudades? y cuántos centenares y centenares de médicos de campaña se verán obligados por muchos años todavía, a no servirse de otra cosa que de sus propios medios, re-

curriendo sólo por excepción a análisis fáciles o a algunas exámenes radiológicos

Aunque sólo fuera esta última consideración, no sería disculpable que en las cátedras se desdenara la semiología fundamental, se dijera que es inútil percudir y que es muy poco importante auscultar bien. Que se le enseñe al alumno todas las técnicas y todos los perfeccionamientos modernos, bien está. Pero que se le enseñe, ante todo, a *educar bien sus sentidos en los métodos fundamentales, tradicionales de la semiología, a afinar su espíritu de observación, a pensar para formular un juicio, y a desconfiar de ese juicio para someterlo, como he dicho tantas veces, a la rectificación o ratificación de nuevos exámenes.*

Esos métodos fundamentales están, basados en el *método anatómico-clínico*, que inauguró el gran Laennec y que enseña, mejor que ninguno, a interpretar rectamente los signos mórbidos y a formar el hábito del raciocinio en clínica.

¡Podría, si no temiera prolongar demasiado esta disertación, mostrar tantos ejemplos que prueban los graves errores cometidos por fundar el diagnóstico en un solo método moderno! Pero todos los presentes conocen seguramente algunos casos que prueban cómo se equivocan a veces los radiólogos —tomemos el caso— al afirmar la naturaleza de una *sombra*, que puede ser dada por lesiones anatómicas bien distintas.

Y en otro terreno, ¡he visto también tantas afirmaciones desmentidas por los hechos! Un hombre, por ejemplo, que había

tenido varios ataques de angor y un infarto de miocardio y a quien los especialistas, en vista del electro-cardiograma, le habían pronosticado una vida no mayor de algunos meses, en reposo absoluto, vivió cuatro años más haciendo su trabajo diario, que no pudo evitar, y murió de un cáncer vesical, y otros a quienes, en vista también de examen y electrocardiograma fiables había aconsejado distracción y ejercicio, creyeron que tenían afección biliar, y morían poco después súbitamente, al hacer unos pequeños esfuerzos.

Yo sé bien qué antilogoseres de pronóstico mado a todos. Lo que desOr-ErTrepresentarlos, es solamente mostrar que debemos ser menos afirmativos o monos presuntuosos, más prudentes en nuestros juicios.

La experiencia es una gran maestra de modestia, para quien es sincero y buen observador, precisamente porque hace ver muchos errores ajenos y propios. Nada enseña tanto como los propios errores, si se tiene un cierto espíritu filosófico, primero para reconocerlos lealmente y, después, para indagar, en cada caso, las causas que los han determinado.

Y, a propósito de experiencia, ya se ve que no hablo de ella con vanagloria sino, al contrario, con humildad. *Los que más blasonan de su experiencia suelen ser los que menos la aprovecharon* y se hacen de ella un título que les exime de estudiar bien lo nuevo. Muchos eme invocan ese falso título, no han hecho otra cosa que mirar muchos años los enfermos por OÍOS de otros V seguir haciendo lo que vieron hacer o hicieron

desde el primer día. Eso es simplemente "rutina" no experiencia.

Un gran pedagogo y psicólogo uruguayo. Vaz Ferreira, ha dicho con mucha razón, en su "Lógica viva": "Debemos guardarnos de la ilusión de experiencia." La verdadera experiencia —he escrito yo mismo— la realmente deseable y respetable, no se **forma** solamente con el correr de los años. Es preciso que los años hayan corrido en observación atenta e inteligente y que el observador posea un claro y aguzado espíritu crítico.

"*Ars toda in obsevationibus*", dijo Hipócrates, pero el gran brasileño Francisco de Castro, agregó: "*sed ratiotinio perpen-*" Observación sin raciocinio, no es observación.

Es indudable que el estudio y el ejercicio de las disciplinas experimentales, principalmente la *fisiología*, contribuyen poderosamente a desarrollar el "*juicio crítico*." Con harta razón, nuestro eminente profesor Houssay ha insistido en la virtud fundamental de aquellas ciencias para formar el espíritu del clínico, aparte de la importancia de la base científica indispensable para toda la obra médica.

"Un examen clínico, ha dicho Sergent puede ser conducido con el mismo espíritu científico con el que pueden ser observados los efectos de una experiencia." Y agrega, con igual razón "que es inadmisibile elevar un tabique impermeable entre las adquisiciones de la observación clínica y las de la fisiología y la patología experimental."

Por otra parte, la observación misma, por sí, no es tan fácil

como parece. Y por eso yo digo a los profesores que me escuchan, que hay, ante todo, que *enseñar a los jóvenes a observar bien*, objetivamente, sin prejuicios.

El ilustre Virchow, a quien tuve la fortuna de conocer, octogenario, pero enseñando aun, en Berlín, hacía notar cuan difícil era que un estudiante a quien daba un pedazo de hígado o de pulmón, *viera bien* lo que había. Y el gran naturalista Huxley, ha escrito que la dote más rara consiste en ver *las cosas tales como son*. El que también para en esto lo que Alexis Carrel dice en sentido general: que "de tous temps, rhumanité **sest** contemplee a travers des verres colores par des doctrines et des croyances." Y agrega que hechos evidentes son ignorados cuando no están de acuerdo con las ideas corrientes, que es preciso volver a la observación ingenua, y describir simplemente lo que vemos. (4).

Véase, por ejemplo, lo que pasa con las "modas," que no son sólo terapéuticas, sino también diagnósticas. Durante muchos años, hemos vivido aquí bajo el imperio de la sífilis, adquirida o hereditaria, en diversas generaciones sucesivas. Y en toda historia levantada por cantidad de clínicos, no faltaban signos complacientes para afirmar la famosa sífilis. Si había reacción de Wassermann positiva, tanto mejor. Si no, no importaba: la reacción de Wassermann puede faltar, pero habría probablemente "linfocitosis sanguínea" y si ésta no existía, bueno, también podía dejar de presentarse. Nunca faltaba algún antecedente,

aunque no fuera más que un parto gemelar en la familia o algún signo, como una cicatriz pigmentada o **Ieucodérmica**, algunos dientes deformados, rayados o separados, o una tibia rugosa, que viniera a salvar el diagnóstico comprometido. Y había que hacer, a toda costa, el tratamiento específico, llegando hasta intoxicar gravemente algunos enfermos, haciendo perder a otros el tiempo oportuno para una operación quirúrgica o para otra terapéutica igualmente útil.

Años después, aquella moda **fue** desalojada por otras, cuyo recuerdo está demasiado fresco para que sea necesario comentarlas. Y no hay duda de que esas modas se inician siempre ñor el *conocimiento de verdades nuevas* —como las sífilis desconocidas, como los parásitos intestinales, como los focos sépticos capaces de actuar a distancia —cuyo descubrimiento es de positiva utilidad para los enfermos, Dero *que no se sabe mantener en los justos límites* porque espíritus entusiastas y poco reflexivos las generalizan hasta un extremo indudablemente perjudicial.

Para no citar sino un ejemplo de esas generalizaciones abusivas, les recordaré una época en la que las "*colitis*," para algunos de **nuestros** médicos más distinguidos, dominaban toda la patología, hasta el punto de que era el diagnóstico casi universal, con el corolario del mismo tratamiento para todos. Yo he visto cardíacos indudables, tuberculosos, renales, cancerosos, en los eme o no se quería penetrar en el diagnóstico verdadero o. aun re-

conociéndolo, se atribuía el origen y la importancia terapéutica a la sola colitis. Enfermo he asistido en que, a las varias semanas de duración de una ciática rebelde y creciente en intensidad, uno de esos médicos de gran prestigio afirmó que ella provenía de una colitis que los tratantes habíamos desconocido. Se dejó a su cargo la terapéutica del caso, sin descuidar su observación, porque yo sospechaba una neoplasia maligna. Y cuando algún tiempo después, empeorando siempre el paciente, descubrí un día un tumor palpable, él lo interpretó, sin vacilar, como un espasmo reflejo del píloro. a pesar de una serie de argumentos contrarios que le opuse. El tumor siguió creciendo visiblemente, pero aun así. hasta pocas semanas antes del deceso, el colega seguía aferrado a su colitis con espasmo del píloro. formando un tumor abdominal groseramente accesible a la mano.

Es en vista de estas exageraciones, de estas generalizaciones excesivas —de las **que** he visto varias elevarse y caer, en mi larga vida médica —aun he insistido durante tantos años en premunir a los jóvenes contra la influencia perniciosa de las ideas doctrinarias y de los maestros que creen haber descubierto algo o se hacen campeones de descubrimientos nuevos que son tanto más peligrosos cuanto mayores son su talento y su orgullo. *Porque son imverturtables y rotundos en sus afirmaciones. seducen mejor el espíritu de los jóvenes* eme. naturalmente, siguen más fácilmente al que se muestra rápido y seguro aue al que duda y pide espera. La

historia de la medicina está llena de tales ejemplos.

Hay que "mantener la *mente alerta*, no ya sólo *contra la influencia de los demás*, sino *contra uno mismo*, *contra la propia tendencia a ver las cosas según sus preferencias*, a buscar constantemente argumentos en apoyo de ideas ya sustentadas." (5).

No hay que ver a través de los vidrios coloreados de que nos habla Carrel. Como escribía el ilustre Claudio Bernard, hay que desembarazarse de sistemas filosóficos y científicos como se rompería las cadenas de una esclavitud intelectual. O, como ha dicho el gran Ramón y Cajal, "hay que limpiar la mente de prejuicios y de imágenes, hacer el firme propósito de ver y juzgar por nosotros mismos." (6).

No nos resistamos a las novedades. Pero recordemos siempre que no todo lo nuevo es bueno ni verdadero, y que hay que someterlo al contralor de nuestra propia observación y de nuestro propio juicio. No basta que lo diga la última revista o el libro reciente o que lo afirme alguien que tenga cierta reputación. El afán de señalarse por algún descubrimiento o por una idea novedosa, hace a muchos impacientes precipitarse en afirmaciones prematuras o insuficientemente fundadas.

Hay, además, que pensar siempre en la extrema complejidad de los fenómenos en el organismo humano y en la dificultad de interpretar rectamente los datos del examen en relación con su verdades fisiología patológica y patogenia, de correlacionarlos bien, de subordinarlos según la jerarquía que deben tener. "Un

físico, dice Murri, sabiendo cuál es la causa de la calda de los cuerpos, *no* imagina otra, pero el médico no se encuentra jamás en las condiciones afortunadas del físico. En la patología no hay causas únicas ni efectos únicos." (7).

Pensemos también en las *asociaciones mórbidas*, tan frecuentes en la práctica. Es por esto que la instrucción del médico en fisiología y en patología general, es tan importante. Porque encontremos, por ejemplo, una reacción tuberculínica positiva, no tenemos el derecho de afirmar que las alteraciones que el enfermo presenta actualmente, sean forzosamente de origen sifilítico o tuberculoso, y que no pueden haber en él otra afección perfectamente distinta, una neoplasia que se inicia, verbigracia, o un proceso pulmonar agudo de etiología distinta.

Conviene, sin duda, mejor dicho, es necesario, que busquemos, en presencia de estados febriles, o de manifestaciones de apariencia reumática, si hay una amigdalitis críptica o focos sépticos en la boca. Pero si hemos encontrado una u otra causa, *no afirmemos rotundamente que es ese el único origen de los síntomas actuales*. He visto muchos enfermos con sus amígdalas extirpadas, con sus dientes todos extraídos, con su apéndice eliminado, y que han seguido estacionarios o a un empeorando porque el verdadero mal era, por ejemplo, una tuberculosis oculta o un cáncer visceral que sólo mucho más tarde se revelaba claramente.

Sería, ridículo. Que hablando antes médicos, insistiera sobre

necesidad de conocer bien a fondo las ciencias básicas y la nosografía. Eso es elemental y el primer deber del práctico es no sólo llegar al ejercicio profesional con un gran caudal de conocimientos, sino también *mantenerse constantemente al corriente de las adquisiciones nuevas*, sometiéndolas, naturalmente —repito una vez más— al crisol de la propia crítica.

Me bastaría recordar cuántas *enfermedades nuevas*, o enteramente renovadas en el conocimiento, han venido a engrosar y modificar nuestros cuadros nosológicos. Y claro es que quien no tiene idea clara de ellas, está expuesto a reconocerlas cuando se le presenten en la práctica. Así como he tenido la satisfacción de haber sido de los iniciadores o propugnadores entre nosotros de nuevos medios o procedimientos de diagnóstico —por ejemplo las pruebas tuberculínicas, el citodiagnóstico, la punción lumbar— por la cual tuve que luchar muchos años antes de conseguir que fuera generalmente aceptada aquí, así también he contribuido en primera línea a estudiar y presentar en nuestro medio, enfermedades poco o nada conocidas todavía por nuestros médicos, como la meningitis cerebro-espinal, la enfermedad de Barlow, ciertas formas de enfermedad de Heine Medin, algunas tuberculosis "larvadas."

No digo esto por pura vanagloria. Lo recuerdo para que se vea eme he estado siemore atento a lo nuevo, bueno o importante que se hacía en otras partes, y para que al oírme hablar de que no hay que precipitarse so-

bre las novedades, no se crea que tengo un espíritu misoneísta reacio a los progresos y a los cambios. Y también, porque deseo referir, a propósito de diagnóstico, que cuando, llamado en consulta, pude reconocer algunos de los primeros casos de enfermedad de Barlow, por ejemplo, o de meningitis cerebro-espinal, o de encefalitis letárgica, encontré que médicos prácticos de gran clientela, no conocían la enfermedad. Yo tampoco había visto sujetos afectados de ellas, pero estaba bien informado por mis lecturas de lo que se hacía en otros países.

Cierto es que los adelantos que se realizan año tras año son tan grandes que no es posible, por mucho que se estudie, mantenerse al día en los diversos campos de la medicina. De ahí la necesidad de la *especialización*, cada vez más acentuada, no ya sólo en el dominio de la clínica, sino también en la de la simple técnica semiológica. Tal especialización es absolutamente necesaria. El progreso de la ciencia y del arte lo exige. Pero no olvidemos que la especialización debe venir solamente cuando se está en posesión de un gran fondo de preparación general. *Hay que formar primero el médico general*, con amplia base de conocimientos fundamentales; *el especialista se hará después*. Si no es así, es muy grande el peligro de que se pierda la noción de conjunto, la idea de coordinación y de correlación entre los diversos aparatos y sistemas, tanto en el estado fisiológico como en el patológico. *Coordinación y correlación* que antes creíamos regida exclusivamente

por el *sistema nervioso* pero en las cuales conocemos hoy la parte principalísima que tienen las *hormonas de las glándulas endocrinas*, cuyo campo de acción tanto se ha ampliado en los últimos tiempos.

La especializaron es absolutamente necesaria, repito, pero a condición de que ella no haga perder la vista del todo. De los excesos de aquélla, ha venido la reacción que tiende hoy a encarecer la necesidad del estudio completo del sujeto, hasta en su "*constitución*" y en su "*tipo biológico*" (*medicina constitucional, neo-hipecratismo*). *Está muy bien el análisis pero a condición de que podamos hacer luego is. síntesis*, la visión de conjunto, que constituía la superioridad de las viejas escuelas clínicas.

Hablando de estos asuntos, dice Carrel, cuyo talento de pensador no es inferior a sus grandes dotes de experimentador: "La especialización extrema de los médicos es más perjudicial aun. El ser humano enfermo ha sido di-

vidido en pequeñas regiones. Cada región tiene su especialista. Cuando éste se consagra, desde el principio de su carrera, a una parte minúscula del cuerpo, queda de tal manera ignorante del resto que no es capaz de conocerlo bien"... Ciertamente, los especialistas son necesarios. La ciencia no puede progresar sin ellos. Pero la aplicación al hombre del resultado de sus esfuerzos requiere la *síntesis previa* de los datos esparcidos del análisis.

"Tal síntesis no puede obtenerse por la simple reunión de los especialistas alrededor de una mesa. *Ella reclamo, el esfuerzo no de un grupo sino de un hombre.*" (8).

Bien están, repito, todas las técnicas de examen, las viejas y las nuevas, siempre que nos esforcemos por interpretar bien los resultados, por relacionar éstos y subordinarlos en la debida jerarquía. He escrito hace ya bastantes años: "Perdidos entre el farrago de los signos acumulados, ilusionados por la falsa cer-

tidumbre de los métodos de laboratorio —falaces como todos los métodos y expuestos frecuentemente al error de técnica o a la falta de prolijidad— vése a menudo, a los médicos vagar desorientados y perder, entre los mil detalles que les detienen o desvían en su camino, la sana y firme ruta que lleva al concepto general y sintético. (9).

Y ahora, para que no se tache de antiguo por lo que acabo de leer, veamos lo que ha escrito hace poco una de las más grandes figuras médicas contemporáneas, un cirujano insigne, creador de técnicas numerosas y hasta, puede decirse, de una nueva especialidad —la cirugía del sistema nervioso— Harvey Cushing:

Hablando en un gran Congreso médico que él presidía, afirmó que la medicina está en una encrucijada peligrosa. "Los descubrimientos científicos nuevos y el **maquismo** ha creado —dijo— el *"modern scientific doctor,"* con sus múltiples e ingeniosos aparatos y sus pretensiones a la exactitud matemática, que la moda opone victoriosamente al viejo médico práctico —"oíd *fashioned practical doctor.*" Para el menor desarreglo de salud de un sujeto, técnicos especialistas toman su presión sanguínea, hacen su electrocardiograma, su metabolismo basal, le practican una punción lumbar y una ventriculografía, le radiografían de la cabeza a los pies, examinan al microscopio todo lo que sale de su cuerpo y la sangre que le sacan, miran en todos sus orificios, miden sus calorías, dosifican su calcio, su fósforo, su nitrógeno, et. Ahora bien, continúa, en las

nueve décimas partes de los casos para los cuales el médico es llamado, la mesa de operaciones, el microscopio, los rayos X, la enfermera diplomada, la mecánoterapia, -son completamente inútiles."

"Poseemos, dice **más** adelante Cushing, instrumentos de precisión en número creciente; nosotros y nuestros asistentes hacemos, gracias a ellos muchas observaciones útiles, pero éstas no son por lo común, sino complementarias. *No* SOD nada **si** se las compara con *los resultados de un estudio cuidadoso y paciente del enfermo por un observador sa.g.a.z y experimentado, que sabe interrogar bien y hacer buen uso de sus ojos, de sus oídos, de sus dedos y de algunos métodos auxiliares.*"

"El mejor especialista —**agrega** todavía— no es el joven **que**, recién salido de la Universidad, resuelve limitarse a una sola cosa y, deseoso de ganar dinero, se **intitula** desde luego especialista, sin tener la preparación suficiente. El mejor especialista es el que conoce la medicina la cirugía en su conjunto y que, por la práctica, adquiere una competencia especial en ciertos procesos mórbidos. La "columna vertebral," *el eje de la medicina, está constituido por el médico práctico* y es absolutamente injusto dar a esta designación un sentido de inferioridad."

Es entre prácticos de ciudad o de campaña, obligados a hacer durante muchos años, todas las especialidades, donde he encontrado las inteligencias médicas más amplias, los hombres de más claro juicio, a quienes, en muchos casos, el tiempo ha venido

a dar razón contra sabios especialistas renombrados. Es que se han "golpeado" mucho, han visto muchos errores propios y ajenos, que les han enseñado a ser cautos y prudentes.

Va prolongándose ya excesivamente esta conversación, y tal vez pudiera ponerle fin diciendo, una vez más que no debemos desdenar nada en el examen de los enfermos que hay que utilizar los viejos métodos clásicos y las técnicas modernas que todo es poco a menudo para preservarnos del error; que —no me cansaré de repetirlo— aun formando

nuestro juicio debemos mantenernos siempre desconfiados y dispuestos a ratificarlos o rectificarlos por nuevos y frecuentes exámenes

Se me ha hecho más de una vez cargos diciéndome que yo predicaba el escepticismo la duda que conduce a la inacción. No. He dicho al contrario que hay que obrar siempre, pero obrar con cautela para no perjudicar nunca —*Primum non nocere*— y para *llenar las indicaciones*, aunque no se esté seguro del diagnóstico completo. El médico de buen juicio puede muy bien, aun en los casos dudosos, ser útil

al enfermo y evitar que sea cierto aquel aforismo del gran clínico español Letamendi: "*En otras artes, el que yerra, yerra; en medicina, el que yerra, mata.*" (10).

No. Hay que procurar que aun en el caso de errores no se perjudique el enfermo. Y la duda que yo predico no es, como ha dicho muy bien mi ilustre amigo. Sergent, predicándola él también, escepticismo ni incredulidad; es *prudencia*.

La desconfianza en sí mismo —Siempre que no llegue al extremo, inaceptable, por cierto, de paralizar al médico —es saludable. He dicho hace muchos años, y lo repito hoy: "*Nada hay más perjudicial a la mente del médico que la convicción de la propia suficiencia. El que se cree en posesión de la verdad definitiva, descansa en el error, tranquilo y seguro. El que desconfía de sí mismo, al contrario, busca empeñosamente nuevos elementos de juicio, y llega, a menudo, a rectificar una primera falta, a completar y perfeccionar el conocimiento.*" (11).

Por eso, hay que estar siempre en *acecho*, procurando en reiterados exámenes, descubrir indicios nuevos, signos nuevos. Sin despreciar aun los que parezcan *peaueños*. He mostrado muchas veces cómo un signo al que algunos no habían dado valor, cobraba importancia a los ojos de otro, más experimentado o más reflexivo; cómo, por ejemplo, en algunos casos una bradicardia con arritmia, una fotografía, un extrabismo, me habían permitido completar un diagnóstico —muy dudoso hasta entonces de meningitis tuberculosa; cómo, en otro caso, yo mismo no había

sospechado ese mismo diagnóstico por no haber dado importancia a la irritabilidad excesiva de una niña y a la exageración de reflejos patelares que me fue dado comprobar en algún momento.

Por ello hice fijar como un aforismo en mi vieja sala 9 del Hospital de Clínicas —y creo que mi ilustrado sucesor, el Profesor Merlo, la mantiene allí —la inscripción: "*No hay en medicina signos peaueños: Los más pequeños en apariencia pueden a veces decidir el juicio clínico.*" (12).

Usemos, repito una vez más, todos los métodos diagnósticos a nuestro alcance, aún me puedan nacer superfluos. Hace poco tiempo he visto una señorita, próxima a partir para Córdoba, por una supuesta tuberculosis pulmonar. Tenía tos intensa, *nnueluchoide*. temperatura subfebril, anorexia y adelgazamiento; el radiólogo decía que había ganglios en el hilio (lesos ganglios que tan complacientemente se encuentra casi siempre!) y una reacción de von Pirauet había sido positiva. Examinada por mí, y no encontrando signos pulmonares netos, pedí examen de esputos, que se había omitido por parecer innecesario. Varios exámenes fueron negativos y eso me confirmó en la sospecha de coqueluche (en la que no se había pensado porque la había padecido siendo muy niño, pero yo la he visto recidivar en muchas personas). El diagnóstico de coqueluche se confirmó, y hoy esta señorita está ya sana, *apirética* y hasta con algunos kilos más de peso, sin haber salido de Buenos Aires. Debo agregar que hasta

se encontró los niños parientes, afectados de coqueluche, de los que, probablemente, provenía el contagio. En ese caso, la omisión de un método de examen, fue la causa principal del error.

Otros he visto, adenoideos, febriculares, hasta inmovilizados por supuesta coxalgia, arrastrando a veces por **largos** meses, un diagnóstico de tuberculosis que habría sido rectificado con sólo reacciones tuberculínicas, que no habían sido practicadas, y fueron después reiteradamente negativas.

Con mucha razón, ha escrito Sergent: "Para nosotros, el diagnóstico no puede ser sino la interpretación racional de todos los medios y procedimientos de exploración de que dispone la clínica, de todos y no de uno solo, pues no se sabe jamás cuál es el que proporcionará el dato más seguro y el más importante."

"a condición, agrega más adelante, de que la clínica se inspire del *espíritu de crítica*. . y de que el médico se empeñe en profun-

dizar su *instrucción científica*. Si no, cuanto más medios de investigación estén a su mano, **más** expuesto estará a ver multiplicarse los errores que tiene su fuente en una experiencia insuficiente de las técnicas y en un conocimiento imperfecto de la significación de sus resultados (13).

No quisiera terminar esta plática, ya que estamos entre médicos experimentados, sin decir algo acerca del "*ojo clínico*" de ese ojo clínico de que tanto *se* habla y del que muchos médicos suelen vanagloriarse.

¿Existe realmente? Uno de los más grandes y celebrados clínicos italianos, Augusto Murri, ha escrito al respecto: "No deis crédito a quien es hable de ojo médico, de intuición, de adivinación: palabras, palabras. Nada de eso; *todo está en saber, en observar, en concluir*. La adivinación no es, a lo más, sino una inferencia justa de una observación rapidísima pero exacta." (loc. cit.).

Yo creo, por mi parte, que el "ojo clínico," existe pero en el sentido de la última frase de Murri. es decir, del juicio rápido, instantáneo, que es capaz de formar quien tiene una clara inteligencia y una experiencia grande, partiendo de una observación que para el común de los médicos no ha valido nada o casi nada. No hay duda de que hay espíritus dotados naturalmente de una perspicacia superior, de una especie de "intuición," que otros no tienen. Pero aun en ellos, el "ojo clínico" no se forma sino después de larga y paciente observación. Yo diría que es *el fruto de una buena experiencia en una mente educada y lúcida.*

Pero pienso también que no hay que confiarse en intuiciones ni dejarse arrastrar por las primeras impresiones. No son malas éstas con tal de que las tomemos sólo como hipótesis que es menester comprobar" o desechas, lealmente. mediante exámenes reiterados y prolijos.

Colegas amigos:

Perdonadme si he abusado del pedido que me hicisteis, de hablaros como a discípulos.

Yo creo que en todas las épocas de la vida conviene hacer de vez en cuando un alto en el camino para pensar, para recordar y para mirar hacia el futuro. A propósito de diagnóstico, me parece haber demostrado que no hay que desdeñar lo antiguo, lo tradicional, lo clásico, en aras de lo más moderno; que hay, además, no sólo que recibir sino que aun que acoger con júbilo, con gratitud, los adelantos portentosos que nos empujan cada día a una sabiduría **mayor**, a un cono-

miento más completo de la verdad.

Este deseo de no renegar del pasado, de hundir en él nuestras raíces mientras aspiramos a un porvenir mejor, es en mí, más que un anhelo, un modo de ser. Y no creo que se pueda reprochárme cuando uno de los espíritus modernos más independientes, menos sopechosos de misoneísmo, ha dicho a los jóvenes de París que lo rodeaban en manifestación jubilosa: "Habéis oído decir que la vida es breve. No sabéis cuan breve es. Por eso, para darle la debida proporción, hay que prolongarla en el pasado por el recuerdo, en el futuro por la esperanza." (1).

Creo que así hemos hecho hoy. Y que de este examen del pasado y del presente, podemos llegar a una fórmula que concilie el saber del "médico moderno" con la experiencia del "médico práctico" de que hablaba Cushing. Procuremos unir las técnicas modernas con el espíritu de síntesis de los viejos clínicos: "*Science d'abord, art ensuite, jugement toujours,*" como ha escrito Achard (15), o más simplemente, como ha dicho otro gran clínico. Murri: "*Análisis moderno, síntesis antigua.*"

BIBLIOGRAFÍA

(1) Aráoz Alfaro: La ciencia y el arte del diagnóstico. («Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina». 1922) y Tratado de Semiología y Clínica Pro pedéutica, t. 1.

(2) Tuve e] placer de escuchar ha ce poco una interés antísim a conferencia del Prof. Osear Orias, de Córdoba, sobre este asunto, y quedé ad-

mirado de lo que puede hacerse hoy. Pero tuve también la satisfacción de oír cómo este nuevo método había permitido confirmar algunas de las doctrinas que mi viejo maestro Pottain habla edificado en fuerza de la sola auscultación.

(3) En Francia, los médicos prácticos, sobre todo los rurales, protestan ya contra la multiplicación de esos «centros de diagnóstico», que, según ellos, les quitan la mayor parte de su modesta clientela. Pero no hay duda de que el interés del médico es secundario y que vamos teniendo cada día más a la «socialización» de la medicina.

(4) Alexis Carrel: *L'homme*, cet inconnu. París, 1936, págs. 37 y 38).

(5) Aráoz Alfaro: El espíritu crítico en el médico. («La Semana Médica», 1927, N° 50).

(6) Ramón y Cajal: Reglas y consejos sobre investigaciones científicas. Los técnicos de la voluntad. 5a. edición. Madrid, 1920.

(7) A. Murri: *Il Médico Para tico*. Bologna, 1912.

(8) A. Carrel: *L'homme* cet inconnu, págs. 52 y 53.

(9) Aráoz **A-Maró**: El plan y el método en el arte del diagnóstico. («Rev. de la Universidad de Buenos Aires», 1913).

(10) Letamendí: Curso de Clínica General. (Madrid, 1894).

(11) Aráoz Alfaro: El médico y sus deberes sociales. («Rev. de la Universidad de Buenos Aires», tomo XLIII, 1919).

(12) Aráoz Alfaro: Sobre los errores de diagnóstico. («Rev. del Círculo Méd. Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina», mayo de 1913).

(13) E. Sergent: Apologie de la Clinique. (París, 1933).

(14) Anatole Franck: Aux étudiants. Ed. E. Pelletan. París, 1910.

(15) Ch. Achard: Introduction a la Clinique. (J. B. Bailliére Fils, París).

(*) Los médicos que celebran este año sus bodas de plata me pidieron, amablemente, que les diera una conferencia en el aula el 27 de septiembre ppdo., como cuando era su profesor. A pedido de ellos, y de otros colegas, he reconstruido, lo más fielmente posible, esa conversación. — *De la Semana Médica.*—