Es también muy esencial poseer un juicio recto y severo para apreciar en su justo valor los datos que los sentidos recogen, y para sacar de ellos sus legítimas consecuencias. Bajo este concepto, es indudable que algunos prácticos gozan de un privilegio intelectual, que les permite, no sólo fundar con exactitud el diagnóstico, sino fundarlo con rapidez, y aun á veces en vista de muy pocos signos diagnósticos. Esta seguridad del juicio, esta vivacidad en los raciocinios, es lo que se ha llamado *tacto* ú *ojo médico*, y es indudablemente una cualidad envidiable que se debe al desarrollo intelectual del observador. El estudio teórico y la experiencia clínica son, sin embargo, las mejores garantías para la exactitud del juicio diagnóstico; y, por lo tanto, nunca debe desmayar sobre este punto el que, no hallándose dotado por la naturaleza de una inteligencia privilegiada, posee, no obstante, un criterio regular y sobre todo una gran fe para dedicarse con asiduidad al estudio y á la observación continuada de los enfermos. De esta manera llegará á equipararse, en los buenos resultados de su práctica, con el observador adornado de aquella envidiable cualidad, pues si sus diagnósticos no son tan rápidos como los de este último, no dejarán por eso de ser menos seguros.

De poco servirían las cualidades innatas que acabamos de señalar, si el observador no poseyese los conocimientos teóricos y la experiencia clínica que tan necesarios son para determinar y distinguir las especies patológicas.

Por dilatada que sea la práctica, no es posible que abrace todas las enfermedades que pueden aquejar al hombre, y de aquí la necesidad de que el profesor consulte los tratados especiales donde se describen las entidades morbosas. Aunque el práctico haya observado en otras ocasiones la enfermedad que debe diagnosticar, no por eso dejan de ser menos indispensables los conocimientos patológicos, porque el diagnóstico comprende la distinción entre el padecimiento que se examina y aquellos otros que le sean afines; ahora bien, si no conocemos estos últimos, y no estudiamos sus caracteres en las obras que de ellos se ocupan, nos faltará la base principal para establecer la distinción á que nos referimos. El conocimiento de las obras de Patología es muy interesante; pero no es el único que se exige con este objeto, pues la Anatomía y la Fisiología contribuyen á ilustrar el diagnóstico, ya permitiéndonos reconocer las alteraciones morbosas ocurridas en el volumen, forma y posición de los órganos, ya haciéndonos patente el desorden de las funciones, toda vez que sin el conocimiento del estado normal de los órganos y de las funciones, no serían apreciables las alteraciones que tanto en unos como en otras engendra el proceso patológico. La investigación de muchos síntomas requiere el empleo de ciertos medios físicos ó químicos de exploración, y de aquí la necesidad de poseer igualmente conocimientos de Física y de Química para obrar con acierto en tales casos. Por último, la Anatomía patológica es una ciencia indispensable para el establecimiento de los juicios diagnósticos: sólo mediante la comprobación de

las lesiones observadas en el cadáver después de éste ó el otro conjunto de síntomas, venimos en conocimiento de las lesiones que existirán cuando aparezca igual cuadro sintomatológico en otro enfermo examinado con posterioridad, y como quiera que la Anatomía patológica se ocupa especialmente de esta comprobación, claro es que su estudio nos permitirá determinar las alteraciones de estructura inherentes á la evolución de las enfermedades.

La utilidad de los conocimientos prácticos es tan evidente, que bastarán ligerísimas indicaciones para ponerla de manifiesto. En primer lugar, observando directamente los enfermos, se comprueban ó rectifican las ideas teóricas aprendidas en los tratados de medicina, por lo cual dice Gintrac con sobrada razón : « Las clínicas son el verdadero criterio de las opiniones médicas, y los progresos que se hacen con su ayuda son los más sólidos » (1). Los signos diagnósticos actuales, esto es, los que suministra el examen directo del paciente, nunca serán apreciados con tanta exactitud como cuando se han observado repetidas veces á la cabecera del enfermo; y de la propia manera, será más fácil sacar de este examen las debidas conclusiones, cuando la inteligencia se ha ejercitado en valorar la respectiva significación de los fenómenos morbosos que la clínica pone de manifiesto (2).

ARTÍCULO III

De las dificultades inherentes al diagnóstico.

Las dificultades que nos van á ocupar provienen de dos orígenes principales, á saber : del enfermo ó de la enfermedad.

Cuando el paciente no puede suministrar al médico los datos de referencia que éste necesita para formar el diagnóstico, es muy difícil llegar al conocimiento de la enfermedad que se investiga, por muy recomendables que sean las condiciones del observador. Tal ocurre con los dementes, con los niños de corta edad y con las personas privadas de sentido por razón de la misma enfermedad (*comatosos*, *delirantes*, etc.). En estos casos, el médico no puede contar con una de las fuentes del diagnóstico, y si las personas que rodean al enfermo no le dan alguna idea sobre la causa de la dolencia y sobre su curso anterior, se ve obligado á fundar su opinión teniendo sólo en cuenta los signos actuales objetivos, toda vez que tampoco puede fiarse mucho de lo que afirme el individuo estar sintiendo en aquel momento.

Lo propio ocurre cuando el enfermo habla un idioma desconocido

(1) Gintrac : *Trat. de pat. int.*, trad. esp., t. I, pág. 47.

(2) Siendo la tranquilidad de espíritu y la falta de preocupación dos condiciones indispensables para que el médico pueda raciocinar con exactitud cuando se trata de establecer el diagnóstico de las enfermedades, jamás debe olvidarse el precepto de no asistir en sus dolencias á las personas de la familia, ni aun á aquellas con quien nos unan estrechos vínculos de amistad.

para el profesor, si bien es cierto que en este caso el lenguaje mímico puede arrojar alguna luz, pues al fin se trata de personas dotadas de razón.

Otras veces la dificultad consiste en que el enfermo trata de engañar al médico, contestando á las preguntas que se le dirigen de tal manera, que si no está aquel prevenido, se expone á extraviar su juicio en los términos que el paciente desea. Este caso se observa con frecuencia en la práctica, y puede obedecer á distintos móviles. En los padecimientos graves suele ser el temor quien obliga al sujeto á ocultar algunos de los signos conmemorativos ó actuales; pero á veces es un móvil menos disculpable el que impulsa al enfermo á faltar á la verdad; así, por ejemplo, ciertas prostitutas, obrando con una mala fe que nunca será bastante censurada, niegan los antecedentes de las manifestaciones secundarias ó terciarias del vicio sifilítico, y si el observador no pudiera reconocerlas por sus síntomas actuales, se encontraría en la imposibilidad de fundar un diagnóstico acertado.

Algunas personas tratan, no ya de engañar al práctico sobre la naturaleza de la enfermedad, sino de hacerle creer que existe un estado patológico cualquiera, cuando en realidad no hay ninguno; así vemos que el criminal, por eludir el peso de la ley, pretexta una locura que le exima de la responsabilidad inherente al delito que cometió; el quinto simula un padecimiento que le libre del servicio militar; otra persona que desea evitar el cumplimiento de un deber, una comisión penosa, etc., hace valer para ello una enfermedad igualmente simulada, etc., etc. Excusado es decir cuánto tino y cuánta perspicacia necesita el médico para no convertirse en un pacífico instrumento de tales supercherías; y si la adquisición de la verdad debe ser el término á que aspire en todas sus acciones, nunca debe afanarse tanto por encontrarla como en los casos de esta índole, pues aparte de otras muchas consideraciones, su reputación se encuentra seriamente comprometida desde el momento en que no pudiera descubrir las falacias de los sujetos que se habían propuesto engañarle.

Ciertos enfermos, con particularidad los crónicos, animados del mejor deseo, y para ilustrar al profesor, entran en largas explicaciones sobre la causa, naturaleza y asiento de su enfermedad, circunstancia que dificulta mucho el establecimiento del diagnóstico, porque semejante palabrería no arroja luz alguna respecto á los conmemorativos, y expone, en cambio, á formar un juicio erróneo si el observador se deja llevar por las opiniones del paciente. Estos son los sujetos que, en vez de contestar de una manera categórica al interrogatorio, se extienden en consideraciones interminables *acerca de la irritación, de la debilidad, de los nervios, de las flemas, de la bilis*, etc., etc. En tales casos conviene revestirse de paciencia y oir con calma al enfermo, pues si se le interrumpiera bruscamente, perderíamos con toda seguridad su confianza; pero una vez que haya dado fin á sus explicaciones, se le dirigirán unas

cuantas preguntas sobre los puntos de más interés, y con arreglo á lo que conteste, y en vista de los síntomas actuales, formaremos el juicio acerca de su dolencia.

Las circunstancias *por parte de la enfermedad*, que hacen difícil y aun incierto el diagnóstico, consisten principalmente en su rareza, en el predominio de los síntomas generales, y en observarla cuando todavía no ha desarrollado sus síntomas característicos, ó cuando está próxima la terminación fatal. Tratándose de un padecimiento tan raro que ni el práctico lo haya observado ni se halle descrito en las obras de medicina, es muy natural que se vacile al fundamentar el juicio diagnóstico (1). Algunos padecimientos del aparato respiratorio y digestivo suelen despertar síntomas generales ó simpáticos de tal intensidad, que ofuscan ó enmascaran los síntomas locales que provienen del órgano afecto, separando de estos últimos la atención del médico observador. Si el profesor es llamado cuando el padecimiento se encuentra en su período prodrómico, es casi imposible el diagnóstico, pues no se han presentado aún los síntomas por los cuales se caracteriza la entidad patológica, toda vez que los síntomas prodrómicos son, en general, comunes á varias dolencias. Las mismas dificultades se encuentran cuando la enfermedad está á punto de terminar por la muerte, pues también son genéricos los caracteres de la agonía.

ARTÍCULO IV

Variedades del diagnóstico.

Cuando se han recogido, mediante la observación clínica, todos los signos diagnósticos que el caso ofrezca, y cuando los ha justipreciado y valorado la inteligencia del médico, llega el momento de precisar la especie patológica, formando de esta manera el verdadero juicio diagnóstico. Para ello pueden adoptarse dos procedimientos completamente distintos, que son los que han valido al diagnóstico las denominaciones de *directo* ó *absoluto*, y *comparativo*, *diferencial* ó *por exclusión*.

El *diagnóstico directo* se funda en los signos característicos de la afección, con arreglo á los cuales, y sin entrar en otras consideraciones, llega á determinarse la entidad patológica sometida á nuestra investigación. En tal caso, procedemos directamente y por medio de una sola afirmación; así, cuando un enfermo presenta dolor de costado, fiebre alta y ruido de roce pleurítico, afirmamos, sólo en vista de estos datos, que se trata de una pleuresía, toda vez que aquellos síntomas no aparecen en ninguna otra dolencia, y, por consiguiente, caracterizan desde luego á la inflamación de la pleura.

(1) En esta difícil posición se encontró el gran Boherhaave cuando tuvo que asistir al almirante Wassemar, el cual presentaba un conjunto de síntomas alarmantes que no pudieron referirse á ninguna de las enfermedades conocidas, hasta que la autopsia vino á demostrar la existencia de una rotura transversal del esófago; afección rarísima, que no había sido descrita por los tiempos de aquel célebre práctico.

Empero, no todos los padecimientos ofrecen signos bastante característicos, para que, aislados ó bien asociados en pequeño número, sea dable precisar la especie mórbida á que corresponden. En estas circunstancias, sería por demás aventurado llegar al diagnóstico por la vía de las afirmaciones, y con el objeto de fundar un juicio acertado, es necesario proceder por la vía de las exclusiones ó negaciones (*diagnóstico comparativo, diferencial* ó *por exclusión*), desechando en el juicio comparativo los padecimientos que más similitud tengan con el caso observado, y no afirmando cuál sea éste, hasta después de haber eliminado cuantos puedan serle más ó menos análogos. De esta manera, se observa el consejo dado por Bacon en el cap. III, lib. II de su *Nov. Orgán.*, cuando dice: «El primer procedimiento de la inducción, y la primera operación que tiende al descubrimiento de las formas, es la de desechar y excluir sucesivamente cada una de las naturalezas que no se hallen en tal ejemplo en que la naturaleza dada esté presente».

Para que se comprenda mejor el procedimiento en virtud del cual se forma el diagnóstico por exclusión, nos valdremos del ejemplo siguiente: Supongamos que un enfermo presenta, como síntomas principales, tos, expectoración mucosa, fiebre no muy graduada, y algunos estertores mucosos de medianas burbujas en la región inter-escapular, no contando el padecimiento más que unos ocho días de fecha. Pues bien; al observar este conjunto de síntomas, nos debemos preguntar: ¿en qué punto del cuerpo radicará el proceso patológico? ¿Será en la cavidad craneana, ó en la abdominal? A lo que tendremos que contestar negativamente, porque los síntomas arrancan con especialidad de los órganos colocados en la cavidad torácica, siendo un hecho ya adquirido por la ciencia, que los síntomas torácicos casi nunca, ó muy pocas veces, son simpáticos de las afecciones que pueden existir en otros puntos de la economía. Excluimos, pues, todas las enfermedades de la cabeza y del abdomen, conduciéndonos esta negativa prévia á la afirmativa de que el padecimiento ocupa alguno de los órganos torácicos. Pero siendo varias las vísceras que el tórax contiene, y para averiguar en cuál de ellas radica el padecimiento, ocurre desde luego preguntar: ¿estará la enfermedad en el corazón, en la pleura, en los grandes vasos, ó en los pulmones? No es posible se trate de una lesión cardíaca, porque las afecciones de este órgano son por lo general crónicas y apiréticas, y las agudas no presentan los estertores mucosos ni la tos, ofreciendo en cambio otros síntomas que no aparecen en el caso en cuestión. Tampoco debe sospecharse la existencia de un padecimiento en la pleura, porque las enfermedades agudas y febriles de esta serosa engendran *ruidos de roce pleuríticos*, ó determinan *una macicez característica*. Igualmente hay que desechar la posibilidad de que la dolencia se encuentre localizada en los grandes vasos, porque sus inflamaciones son rarísimas, y las demás enfermedades que suelen presentar no determinan fiebre. Si el padecimiento no es cardíaco, vascular ni pleurítico, tendrá que residir necesariamente en los pulmones; y de esta manera hemos llegado á la segunda afirmativa, después de haber hecho las exclusiones que dejamos señaladas. Una vez averiguado el asiento del mal, es necesario determinar su naturaleza, y para ello comenzamos por descartar todas las enfermedades del pulmón que no se acompañan de fiebre, excluyendo desde luego al enfisema, las apoplejías é hiperhemias simples; después se eliminan las que por su cronicidad se diferencian notablemente de la que examinamos, como son la tuberculosis pulmonar, la hiperhemia crónica, el cáncer y la hipertrofia del pulmón. Hecho esto, sólo resta averiguar si el padecimiento es una flegmasía del parénquima pulmonar, una gangrena del órgano, ó una inflamación de los bronquios. Si se tratara de la primera de estas dolencias, la fiebre sería más alta, habría estertores crepitantes ó subcrepitantes, macicez, esputos característicos, etcétera. Tampoco es presumible que exista una gangrena del pulmón, pues, aparte de lo rara que es esta enfermedad, se acompaña de fetidez en el aire espirado, trastornos nerviosos, macicez á la percusión, decaimiento general, etc.: síntomas todos que en nada se parecen á los que presenta el caso observado. Concluiremos, pues, afirmando que la enfermedad es una simple bronquitis, y que la inflamación radica en los bronquios intra-pulmonares de mayor diámetro, porque si estuviera en las raicillas de estos tubos, la disnea sería más considerable, y el estertor daría la sensación de pequeñas burbujas, al paso que si se tratase de la flegmasía de los dos troncos bronquiales primitivos, el estertor ofrecería burbujas bastante más gruesas.

El diagnóstico directo se confirma y adquiere más garantías de exactitud, cuando se completa y robustece por medio del diagnóstico por exclusión. Entonces, la afirmativa de que existe tal ó cual enfermedad, se comprueba por la negativa de que no existe ninguna de las dolencias que le sean afines. Al observar un tumor que distiende uniformemente la piel del escroto, y que al propio tiempo es traslúcido, decimos que se trata de un hidrocele vaginal; opinión que se robustece desde el momento en que, para comprobarla, desechamos la existencia de una hernia osqueocele, cuyo padecimiento comienza por abultar la parte de arriba á abajo, y no en sentido contrario, como lo ha hecho el hidrocele; ofreciendo además la primera los síntomas de reductibilidad, trastornos digestivos y ruidos característicos, que no presenta tampoco el caso en cuestión. De esta manera, se continúan excluyendo del juicio comparativo todas las dolencias que tengan cierta similitud con el hidrocele; y una vez terminada esta operación, podemos decir con toda seguridad: la enfermedad observada es un hidrocele, no sólo porque ofrece los síntomas de tal (*diagnóstico directo*), sino que también porque no presenta los caracteres de las demás afecciones del testículo, que tienen con aquel padecimiento cierta analogía (*diagnóstico por exclusión* ó *comparativo*).