torio del estado actual, después de haber recogido cuantos datos suministra la anamnesia, unos autores aconsejan investigar primero las alteraciones del órgano ó función en donde, por lo que arrojan los antecedentes, se sospecha que existe la enfermedad, pasando después al examen de los demás órganos y funciones; mientras que otros opinan, como Chomel, que es más ventajoso seguir en todos los casos un orden determinado, explorando primero el estado de las funciones de relación, después las de nutrición, y por último las de reproducción. Ambos procedimientos son aceptables según las circunstancias. Si es un médico avezado ya en la práctica el que ha de verificar el interrogatorio, puede hacerlo sin inconveniente alguno con arreglo al primer método, y aun es natural le prefiera, porque es más rápido y expedito. Pero si se trata de un alumno ó de un profesor novel, debe hacerlo siguiendo el segundo, porque es la manera de que no se le olvide recoger ninguno de los síntomas, y porque cuando no se tiene la práctica bastante para determinar, en vista de los antecedentes el asiento orgánico ó funcional de la dolencia, es imposible decidir por cuál de los aparatos orgánicos se ha de comenzar el interrogatorio.

ARTÍCULO IV

De las historias clínicas.

Con el nombre de historia clínica se comprende la narración exacta y detallada de todos los datos que arrojó de sí el enfermo, y la exposición de los juicios y reflexiones sugeridos al médico por el caso de que se trate.

Ambos extremos pueden *expresarse de palabra* ó *consignarse por escrito*. Las historias que forman los alumnos durante su enseñanza clínica, son por lo común escritas, y tienen por objeto habituarlos á recoger con método y con esmero cuantas circunstancias pueden ilustrar el diagnóstico, y ejercitarlos al propio tiempo en el establecimiento de los juicios diagnóstico y pronóstico, así como también en la indicación de los planes curativos. Por el contrario, las historias que el médico de cabecera debe exponer á la consideración de sus compañeros cuando vienen á ilustrarle en los casos de consulta, se hacen de palabra. Las historias verbales sólo se distinguen de las escritas por su mayor concisión, pues una historia de enseñanza debe comprender hasta las particularidades menos interesantes, para que de este modo el alumno se acostumbre á no olvidarse de nada, mientras que el práctico que se dirige á compañeros ilustrados, puede no tocar más que las cuestiones de bulto, hiriendo, por decirlo así, los puntos importantes de la referencia y del estado actual.

Varias son las condiciones que deben observarse al redactar una historia clínica. Se evitará ante todo intercalar entre los datos anamnésicos

ninguna teoría ó comentario, dejando éstos para la sección consagrada á las reflexiones. Tampoco deben expresarse con palabras técnicas los conceptos que en lenguaje vulgar haya emitido el enfermo para referir sus padecimientos anteriores ó las molestias que en la actualidad le aquejan, debiendo tan sólo tomarse la precaución de anteponer las siguientes palabras: *dice el enfermo;* á continuación de las cuales se consignarán textualmente sus palabras. Casi inútil es advertir que una historia clínica debe ser ante todo verídica, y ya que no supongamos se falte nunca á este precepto por mala fe, sino por la ligereza en el interrogatorio y en el examen actual, recomendaremos muy especialmente que antes de consignar cualquier dato, se compruebe su existencia en tales términos que no haya duda alguna respecto á su veracidad. De poco servirían los requisitos anteriores si no fuera metódica la exposición de los hechos y de los juicios ó reflexiones, pues una historia cuyos datos estuvieran colocados al azar, da siempre muy mala idea de su autor, aparte de que esta confusión expone á olvidar alguna de las circunstancias importantes que debieran anotarse.

Las partes de que debe constar una historia clínica, son: 1.ª, *anamnesia*; 2.ª, *estado actual*; 3.ª, *diagnóstico*; 4.ª, *pronóstico*; 5.ª, *tratamiento*; 6.ª, *diario de observación*; 7.ª, *terminación de la dolencia*; 8.ª, *datos arrojados por la autopsia*; y 9.ª, *reflexiones que el caso sugiera.*

A

Anamnesia.

Comprende dos partes: *las circunstancias individuales del enfermo, y su conmemorativo potológico.*

a

CIRCUNSTANCIAS INDIVIDUALES

Al frente de esta sección se consignará la *enfermería* ó *clínica* donde se encuentre acogido el paciente, *número* de la cama que ocupa, *día* en que verificó su ingreso en el hospital, así como también su *nombre* y *apellido*; pues si bien es cierto que semejantes particulares no son de absoluta necesidad para el establecimiento del diagnóstico, conviene, sin embargo, tomar acta de ellos, ya para distinguir la persona á quien se refiere la historia, ya para dar á ésta cierta autenticidad. Después debe expresarse la *edad* del enfermo, el *pueblo* de su naturaleza, el *punto de su habitual residencia*, la *profesión*, el *estado civil*, el *temperamento*, la *constitución*, la *idiosincrasia*, el *género de vida* y los *antecedentes de herencia patológica*; datos sobre cuya importancia no hemos de insistir, porque la hemos demostrado en páginas anteriores, al considerarlos como signos diagnósticos del orden anamnésico.

b

CONMEMORATIVO PATOLÓGICO

Consta de dos partes: en la primera de ellas, se mencionan todas las enfermedades que el sujeto hubiera padecido antes de comenzar el estado morboso actual; en la segunda, se comprenden las vicisitudes ocurridas en este último, desde que comenzó hasta el día en que examinamos al enfermo.

Se principiará, pues, expresando si el sujeto ha padecido ó no las *afecciones propias de la infancia*; si después ha gozado de buena salud habitual, ó si, por el contrario, *ha tenido muchas enfermedades*; en cuyo caso se averiguará hasta donde sea posible *cuáles hayan sido éstas*, si la curación de ellas fue ó no completa, sin olvidar los medios de tratamiento que para combatirlas se emplearon (1).

De esta manera se describe la historia patológica del sujeto hasta el momento en que comenzó la enfermedad actual. Llegados á este punto, se expresan las circunstancias siguientes: En primer término, se anotará *el día en que el enfermo dejó de disfrutar de completa salud*; dato de interés, pues nos indica la antigüedad del padecimiento; sin embargo, bueno es advertir que semejante determinación encuentra sus dificultades en la práctica, porque en los individuos de la clase jornalera, y de una manera general en las personas robustas y despreocupadas, suelen pasar desapercibidos los primeros desórdenes morbosos, comenzando para ellos la enfermedad cuando estos últimos se graduan algún tanto (2). Averiguada la fecha del mal, conviene hacer mención de *los síntomas que ha ido presentando hasta el momento* en que le examinamos, fijándonos con especialidad en los más culminantes. Después se

(1) Al redactar ciertas historias, no hay inconveniente en suprimir la relación prolija de las enfermedades anteriores; así, por ejemplo, al hacer la historia clínica de un sujeto que aqueja una herida, sería tan supérfluo como impertinente al detenernos á relatar si tuvo ó no en su infancia el sarampión ó la escarlatina, y si después ha tenido una pleuresía ó ha dejado de tenerla; pues como semejantes conmemorativos no ilustran el diagnóstico, ni modifican el pronóstico ni el plan curativo, puede prescindirse de ellos. Sin embargo, aun en estos casos conviene no desentenderse de todo dato anterior, porque (valiéndonos del mismo ejemplo) sería muy conveniente dejar consignado si el herido lo fue otras veces, y si en ellas han ofrecido sus lesiones tendencia á la cicatrización, ó por el contrario, se acompañaban de largas supuraciones; circunstancias que hacen variar el pronóstico de la herida. Lo que debe hacerse en los casos de esta índole, es limitarse á consignar la particularidad anamnésica que sea pertinente al diagnóstico, pronóstico ó tratamiento de la afección cuya historia reseñamos.

(2) Estas dificultades suben de punto cuando se trata de fijar el día en que comenzaron las enfermedades crónicas; y en evitación de aquellas, dice el Dr. Coca lo que sigue: «Tocante á las enfermedades crónicas, siendo más difícil que los enfermos recuerden la fecha de su origen, por lo mismo que son á veces muy antiguas, es bueno apelar al recuerdo de ciertos días festivos, sobre todo, los más señalados, ó á épocas políticas notables, como por ejemplo, el pronunciamiento ó revolución de tal año, el bombardeo de tal otro, etc., ó á otras notables por otro estilo, como son las diversas epidemias y otras calamidades públicas; así se cita con frecuencia el cólera del 54, del 65, etc». (Coca y Cirera, *loc. cit.*).

consigna el *plan curativo* propinado al enfermo antes de someterse á nuestros cuidados. Y por último, se menciona *la causa* que á juicio del paciente ha motivado la enfermedad; pues si bien es cierto que muchas veces atribuye éste su afección á influencias absurdas, no lo es menos que en otras ocasiones indica el verdadero agente morboso que determinó la dolencia.

B

Estado actual.

Comprende la exposición de todos los síntomas que presenta el enfermo en el momento de su examen, y puede redactarse con arreglo á dos métodos principales, cuya elección no es indiferente.

En las *afecciones quirúrgicas*, se describirá primero el *estado local*, ó sea el conjunto de fenómenos morbosos que acompañan á la dolencia en el punto donde radica, expresando después el *estado general*, que comprende la serie de modificaciones engendradas por la alteración local sobre los grandes aparatos orgánicos. Es lógica esta manera de proceder: 1.°, porque hallándose casi siempre á la vista los estados morbosos que la cirugía estudia, podemos desde luego tomar acta de sus caracteres locales y comenzar de este modo la descripción por lo que tiene mayor importancia; y 2.°, porque este método es factible en la inmensa mayoría de los casos, toda vez que las afecciones quirúrgicas no revisten ese carácter de generalización *primitiva*, que es algo común en las enfermedades internas, y que impide desde luego entrar en consideraciones sobre el estado local.

En *las dolencias médicas*, por el contrario, hay que seguir una pauta fija, que consiste en señalar: 1.°, los síntomas del hábito exterior; 2.°, los pertenecientes á las funciones inervadoras; 3.°, los que dependen de las funciones de nutrición; y 4.°, los que ofrecen las funciones de generación. Se ha dicho que este método es largo y cansado, por cuyo motivo aconsejan algunos autores que se principie la descripción por los caracteres del aparato donde la enfermedad radica, indicando después, y como de pasada, el estado de las demás funciones y aparatos orgánicos. ¿Pero cómo se ha de conocer el asiento del proceso patológico cuando no se ha examinado el estado actual del enfermo? ¿Bastan siempre los antecedentes para conocer la localización del padecimiento, aun antes de haber explorado el estado actual? Por otra parte, recorriendo, cual lo hemos aconsejado, los síntomas que presenta cada una de las grandes funciones, hay la seguridad de que nada se olvida; la historia es más armónica, pues los síntomas se exponen con arreglo á un método muy natural; y haciendo que los alumnos la redacten de este modo, se habituan á interrogar al organismo en todas y en cada una de sus partes, en todas y en cada una de sus funciones; ventaja que sube de punto cuan-

do se considera que aquéllos, no sólo deben comprobar muchas veces en la clínica la existencia de los fenómenos morbosos, sino que también acostumbrarse á reconocer el estado de los órganos y de las funciones en circunstancias fisiológicas, para de esta manera advertir mejor las pequeñas variantes que produzca el estado patológico en unos y en otras.

C

Diagnóstico.

Recogidos los antecedentes y apreciado el estado actual, *se formula el diagnóstico* de la dolencia. Aquí ya el autor de la historia deja de ser un simple narrador de hechos, y puede entregarse á diversas reflexiones, con el fin de convertir en signos diagnósticos, tanto las circunstancias anamnésicas, como los síntomas actuales, deduciendo de ambos datos la especie patológica sometida á su investigación, y estableciendo; 1.°, *el diagnóstico directo*; y 2.°, *el diferencial ó por exclusión*, siempre que el caso lo requiera.

D

Pronóstico.

Se marcarán los signos en cuya virtud se establece, exponiéndolo en sus dos variedades de *absoluto* é *individual*.

E

Tratamiento curativo.

Al mencionar el plan terapéutico, se consignará primero el plan higiénico, después el farmacológico, y por último, el quirúrgico.

F

Diario de observación.

Comprende la enumeración de las modificaciones ocurridas en el curso de la enfermedad desde que el paciente ingresó en la clínica, y la indicación de las variaciones que se vayan haciendo en el plan curativo. Si la enfermedad es crónica, suele persistir con los mismos caracteres por espacio de algunos días, y en tal concepto, no es necesario consignar diariamente el estado de su marcha, bastando hacerlo cuando ofrezca algo de notable, ó bien cada tres ó cuatro días. Al contrario, en las afecciones agudas, se harán estas anotaciones diarias, y aun si la gravedad ó el interés del caso lo requiere, se consignarán separadamente las observaciones de la mañana y las de la noche.

G

Terminación de la dolencia.

Recorrida la marcha del estado morboso en el diario de observación, debe expresarse alguno de los siguientes datos: 1.°, si el enfermo salió del hospital curado ó aliviado; 2.°, si lo hizo empeorado ó en el mismo estado que cuando ingresó en el establecimiento; y 3.°, si sobrevino la muerte, en cuyo caso, los alumnos que cursan las clínicas especiales deben emitir su juicio acerca de las causas próximas que puedan haber ocasionado tan triste desenlace.

H

Autopsia clínica.

Las palabras autopsia (de Αὐτοψία, ver por sí mismo) cadavérica, ó necropsia (de νεκρός, muerte, y de ὄπτομαι, yo veo), se emplean para designar el acto de abrir los cadáveres con el fin de descubrir el estado de los órganos internos; llamándose *dictamen autópsico* el informe, de palabra ó por escrito, en que se consignan las alteraciones reveladas por este examen cadavérico.

Para demostrar la importancia de esta sección de la historia, y despertar en los alumnos la afición á las indagaciones necroscópicas, bastará recordarles que la autopsia es el tribunal inapelable que falla en definitiva sobre la veracidad ó falsía de los juicios diagnósticos, y que, por otra parte, establece el miembro de unión entre las manifestaciones sintomáticas observadas durante el curso de la vida y las lesiones comprobadas después de la muerte. Advertidos acerca de la importancia de las autopsias, pasemos á ocuparnos de ellas, expresando al efecto el método con que deben hacerse, pues la exposición de los datos que suministran será tanto más completa y exacta, cuanto mejor se las practique.

Las autopsias se dividen en *clínicas* y *jurídicas*. Las primeras, tienen por objeto valorar la exactitud del diagnóstico formado en vida, y adquirir enseñanzas para lo futuro. Las segundas, se proponen investigar algún hecho de medicina legal. Esta última ciencia se encarga de dictar las reglas que deben observarse en la práctica de las autopsias jurídicas (1), siendo de nuestra exclusiva incumbencia el estudio de las primeras.

(1) Véanse los Tratados de Medicina legal (Ferrer y Garcés, pág. 429) (Mata, t. II, página 538) (Briand, Bouis y Casper, t. II, pág. 297). En la obra de Thomas Harris (*Manuel d'autopsies*, trad. fran., Bruselas, 1888) podrán ampliarse cuantos datos se deseen, tanto referentes á necropsias clínicas, como jurídicas.

Antes de abrir las cavidades, se tomará nota de la hora en que ocurrió el fallecimiento, de la mayor ó menor rigidez del cadáver, de su temperatura, de su abultamiento total ó parcial, indicando las causas que lo produzcan (edema, enfisema, etc.); de las manchas lívidas ó rojizas, de forma irregular, que aparecen sobre los puntos declives, ó en el trayecto de las venas, y que se deben generalmente á una trasudación pasiva de la sangre; por último, conviene señalar el estado de la superficie cutánea, donde se suelen observar erosiones, ulceraciones, equimosis, etc., así como también las manchas verdosas que indican la putrefacción.

El examen de las cavidades puede hacerse comenzando indistintamente por una ó por otra, siempre que la autopsia se practique con esmero. Para abrir el cráneo se rasura el pelo y se hacen dos incisiones que comprendan todas las partes blandas hasta la superficie de los huesos, extendiéndose una de ellas desde la raíz de la nariz hasta la protuberancia occipital externa, y la segunda desde una á otra oreja. Ambas incisiones se cruzan en ángulo recto al nivel de la parte superior de la cabeza. A seguida se disecan y revuelven los cuatro colgajos triangulares que han resultado, y se marca con tinta una línea circular alrededor del cráneo y á la altura de la parte media del frontal. Sobre esta línea se hace marchar la sierra, hasta que sus dientes interesan la mayor parte de la lámina interna de los huesos, en cuyo momento se puede ya desprender toda la bóveda craneana, bien con el elevador ó con el mango del martillo. Descubierta la dura madre, se inspecciona su cara externa, y se la divide después, ya crucialmente, ya por medio de dos incisiones paralelas y laterales al seno longitudinal superior ; procedimiento este último preferible porque deja intacto el referido seno. Se examinan después las alteraciones ocurridas en la aracnóides, pía-madre cerebral y superficie del encéfalo, sin olvidar las condiciones y cantidad del líquido aracnóideo, y se termina esta exploración haciendo varios cortes en el cerebro, previamente separado en masa, con el objeto de investigar sus modificaciones de textura.

Cuando tratamos de descubrir las vísceras abdominales y torácicas, se comienza practicando dos incisiones que partan ambas en cada lado de la unión del tercio externo con el medio de la clavícula ; descienden por los lados del tórax, interesando todas las partes blandas, y al llegar al abdomen bajan por los hipocondrios respectivos, recorren los vacíos, y cuando interesan la región de las fosas ilíacas se acodan hacia dentro, reuniéndose sus extremidades sobre la arcada pubiana, para circunscribir de este modo un gran colgajo, cuya base corresponde á la parte superior y anterior del tórax. Una vez tallado este colgajo, se le empieza á levantar de abajo arriba, descubriendo primero las vísceras abdominales, para lo cual se interesa toda la pared del vientre de fuera adentro en una pequeña extensión, y después se la incinde de dentro afuera, mediante el ojal que ya hemos abierto, y por el cual se introduce una de las ojas del enterotomo, ó simplemente un escalpelo.

En la cavidad del vientre se observa la cantidad y cualidad del líquido contenido en el peritoneo, el estado de esta serosa, el aspecto exterior del tubo gastro-intestinal, las condiciones de la mucosa digestiva, para lo cual se sacan el estómago y los intestinos, se les abre con el enterotomo, y una vez extendidos sobre la mesa del anfiteatro, se les lava con agua á fin de que ésta arrastre las materias que contienen. Por último, se reconoce el estado del hígado, bazo y riñones, ya examinando la superficie externa de estas vísceras, ya investigando su textura por medio de cortes apropiados. Si sospecháramos la existencia de una lesión vascular, se inspeccionará el tronco aórtico, la cava inferior, la porta, etc. Para descubrir el aparato génito-urinario y el intestino recto, se levantará la arcada pubiana, sin alterar, en lo posible, las relaciones de estos órganos.

Con el costotomo se cortan las costillas de abajo arriba, se corta después el diafragma al nivel de sus inserciones anteriores, se desarticula la extremidad externa de la clavícula, y se levanta la parte anterior del tórax, cortando las adherencias de las serosas pleurítica y pericardíaca. Puestas al descubierto las vísceras torácicas, se aprecia ante todo su aspecto exterior, sus relaciones mútuas y las condiciones del líquido pleurítico. Después se abre el pericardio, y se observa la cantidad y cualidad del humor que contiene ; á seguida se ligan cerca del corazón los grandes vasos, se les divide por encima de la ligadura, y se saca el centro circulatorio, en el cual reconoceremos primero sus caracteres externos, dividiéndole después para examinar su interior. En el pulmón también se aprecian sus condiciones externas (forma, volumen, coloración, consistencia, etc.), y sus particularidades de estructura, concluyendo este examen con la observación de los bronquios extrapulmonares, de la tráquea y de la laringe.

Si deseamos inspeccionar la médula, se coloca el cadáver boca abajo, se hace una incisión transversal al nivel de la parte inferior del occipital, por debajo de la inserción de los músculos trapecios ; desde esta incisión se hacen partir otras dos que descienden sobre las láminas vertebrales de cada lado, hasta llegar á la articulación sacro-coxígea, en cuyo punto se reunen ; se levantan á manera de colgajo, la piel y los músculos comprendidos en estas dos incisiones, y una vez al descubierto los huesos, se seccionan las láminas vertebrales, bien con la sierra doble ó con el raquiotomo. Hecho esto, se levanta la porción huesosa y se reconocen las membranas de la médula, así como también la superficie externa y la estructura de esta última.

Cuando la afección radicara en los miembros, se descubrirán las lesiones por medio de cortes apropiados.

Finalmente, lo mismo las partes lesionadas que los líquidos normales ó patológicos, se someterán á la investigación químico-microscópica, de la cual tanto debemos prometernos en la mayoría de los casos. Para ello, todo órgano en el cual, por su examen macroscópico, apreciemos

alguna modificación de forma, volumen, consistencia, color, etc., se separará, con el menor destrozo posible, sumergiéndolo para que desangre, en agua, donde permanecerá de seis á ocho horas, pasadas las cuales, se le transporta al alcohol, que lo conserva hasta el momento de separar de él piezas para el microtomo.

Por el mismo orden con que se van recogiendo los datos que arroja el examen del cadáver, se consignarán estos en la historia clínica, resultando de lo expuesto que la descripción de una autopsia clínica debe dividirse en cuatro partes principales: 1.ª Hábito exterior del cadáver. 2.ª Exploración macroscópica de las cavidades y de los miembros. 3.ª Examen microscópico de los productos patológicos. 4.ª Análisis químico de estos mismos productos.

I

Reflexiones.

Cuando la importancia ó la rareza del caso lo reclame, se terminará la historia con algunas consideraciones, que pueden versar, ya sobre los fenómenos principales que aparecieron durante el curso del mal, ya sobre las lesiones que ocasionara, bien acerca de los resultados que se obtuvieron con esta ó con la otra medicación, etc., etc. De este modo se consignan los materiales de enseñanza que el conjunto de la historia arroja, y no pasan desapercibidos para la ciencia; antes al contrario, ésta se enriquece con los preciosísimos datos de observación que se condensan en las reflexiones.

Por lo demás, bien se comprende que las reflexiones, lo mismo que la autopsia y el diario de observación, son partes que únicamente deben figurar en las *historias escritas*.

FIN DE LA PATOLOGÍA GENERAL

ÍNDICE

Prólogo V

LIBRO PRIMERO

PATOLOGÍA GENERAL

CAPÍTULO PRIMERO. — **Bibliografía** .....
CAPITULO II. — **Nociones preliminares** 3
Artículo I. — Idea y principales divisiones de la Patología 3
— II. — Concepto y límites de la Patología general 6
— III. — Importancia de la Patología general 10
— IV. — Reseña histórica de la Patología general 13
— V. — Plan de la exposición 19
CAPÍTULO III. — **Idea de la enfermedad. — Bibliografía** 23
Artículo I. — Opiniones emitidas acerca de la naturaleza de la enfermedad y juicio crítico de las mismas 23
— II. — Fundamentos en que puede establecerse la idea de la enfermedad. 28
CAPITULO IV. — **Nomenclatura patológica. — Bibliografía** 34
Artículo I. — Estado actual de la nomenclatura patológica 34
— II. — Condiciones que debían satisfacerse al intentar la reforma de la nomenclatura patológica actual 36
CAPITULO V. — **Etiología. — Bibliografía** 40
Sección I. — De las causas morbosas en general 41
Artículo I. — Concepto de la causa morbígena 41
— II. — Dificultades inherentes al estudio de las causas morbosas 43
— III. — Clasificación etiológica 44
Sección II. — Causas externas ó extrínsecas 46
Artículo I. — Agentes físicos 47
A. Presión atmosférica 47
B. Temperatura del aire 51
C. Humedad del aire 55
D. Acción de los vientos 56
E. Electricidad de la atmósfera 56
F. Acción de la luz 59
G. Influencias planetarias 60
H. Vicisitudes atmosféricas 60
I. Climas 61
J. Estaciones 63
K. Localidades 63
L. Vestidos 64
M. Agentes traumáticos 66
Artículo II. — Agentes químicos 67
A. Cáusticos y venenos 68
B. Ponzoñas 71
C. Cambios en la composición del aire 75
D. Alimentos 77
E. Bebidas 80
Artículo III. — Agentes vivos 82
A. Zooparásitos 82
a. Artrópodos 84