

## Importancia del método clínico en el diagnóstico

Dr. Jorge Flores Espinosa\*

El impresionante adelanto de los conocimientos científicos aplicados a la Medicina, así como el desarrollo de equipos técnicos cada vez más exactos para medir los cambios que sufren las funciones orgánicas del hombre sano y enfermo, han modificado substancialmente la práctica de la Medicina en los últimos 25 años.

Cada vez más el joven médico, el interno o el residente dependen para su juicio diagnóstico y para sus orientaciones de tratamiento, de la información que les proporcionan aparatos complicados utilizados en gabinetes y laboratorios muy variados, especializados y costosos en grado superlativo, en escala tal que, por ejemplo, Instituciones modestas como la nuestra, no pueden disponer de tales equipos y, APARENTEMENTE, se encuentran en situación de inferioridad manifiesta en relación con otras que sí disponen de los recursos económicos suficientes para su compra y mantenimiento.

En todos los Hospitales y clínicas de diagnóstico y tratamiento se tiende a instalar un equipo moderno que da la impresión que pudiera, en un momento determinado, LLEGAR A SUBSTITUIR EN FORMA COMPLETA AL MEDICO,

el cual quedaría reducido a recibir los informes proporcionados por las diferentes máquinas, consultar esquemas y programas prefabricados y aplicar las recomendaciones necesarias para el tratamiento y la conducta a seguir, ya fijada en forma más o menos rígida, de acuerdo a datos estadísticos analizados matemáticamente. Un poco automáticamente (es decir, convertido en AUTOMATA) el médico quedaría asimilado a la máquina y sería un simple apéndice de ella, relegado solamente a su completa obediencia y satisfacción.

Así tenemos la muy reciente información de Flores-Izquierdo y su grupo del Centro Médico Nacional del Seguro Social, a la Academia Nacional de Medicina en relación con los Servicios de Terapia Intensiva. De acuerdo a los datos proporcionados, el sujeto de estudio (podría ser un animal de experimentación o un hombre) está rodeado por numerosos aparatos con los cuales se conecta por medio de cables, electrodos, sondas, sistemas electrónicos diversos, etc., etc. Los aparatos registran en forma automática todos los cambios que se producen en pulso, temperatura, presión arterial, respiraciones, electrocardiograma, en su caso también electroencefalograma, concentración de gases en sangre o aire as-

pirado, en determinadas sustancias en la sangre, etc., etc. Estos datos son transmitidos a monitores que los exponen en forma objetiva y muy aparente, de tal manera que una sola persona, enfermera o interno, pueden recibir la información temporal o permanentemente según sean las condiciones de cada caso. Las causas de error por apreciación personal (a las cuales estamos sujetos cuando no se dispone de este equipo) quedan eliminadas, aún cuando no hay que confiar en la absoluta exactitud de la máquina, que también PUEDE EQUIVOCARSE POR DESAJUSTES O DESCOMPOSTURA NO ADVERTIDA OPORTUNAMENTE.

Resulta inobjetable la utilidad de dichos sistemas para la mejor comprensión y solución de un problema difícil para su diagnóstico y tratamiento, ya que se recibe información oportuna y exacta en lo posible, sobre las condiciones patológicas que deben ser atacadas y corregidas científicamente y no con el empirismo que todavía priva en la inmensa mayoría de los servicios médicos de nuestro País. Desgraciadamente lo costoso de las instalaciones y del equipo hace que su aplicación tenga que ser forzosamente limitada a un número muy reducido de pacientes (se calculó que, idealmente, tendrían que ser 5 camas de Terapia Intensiva

\* Jefe de Servicio. Pabellón 20 Hospital General S.S.A.

## Importancia del método clínico en el diagnóstico

para cada 100 del Hospital) lo cual plantea ya el primer problema: ¿qué tipo de enfermos deben ser atendidos en dicho servicio y quién los selecciona? Obviamente todos los enfermos, incluyendo a los médicos o enfermeras con infarto, desearían estar ahí para tener la convicción de que están siendo vigilados y atendidos en forma correcta y científica. Muchos de ellos tendrán que ser rechazados y quedarán resentidos, ya que son objeto de una verdadera discriminación. El otro problema señalado por los ponentes en la Academia de Medicina, fue la queja de DESHUMANIZACION DEL SISTEMA. El hombre ya no importa como HOMBRE, sino solo como una masa inanimada en la cual se realizan cambios físicos, de energía, químicos, etc., etc. Que piense o que sufra es secundario, que tenga problemas de orden filosófico, religioso, económico o familiar no le INTERESAN A LAS MÁQUINAS. Estas cumplen con su cometido y BASTA.

En la prensa diaria, *Excelsior*, 14 de abril, 1968, se publicó un hecho sobresaliente: los cardiólogos de Houston pudieron recibir por micro-ondas las imágenes electrocardiográficas tomadas en Japón a un soldado norteamericano; establecieron de inmediato el diagnóstico de corazón SANO. Un técnico co-

nectó a miles de kilómetros los electrodos que registraron la actividad del corazón y las imágenes pudieron ser interpretadas por expertos a esa gran distancia.

Hechos similares han sido aplicados en los últimos años al estudio de los cambios que sufren las funciones orgánicas de los aviadores espaciales, conectados a tierra por máquinas electrónicas susceptibles de registrar con exactitud las modificaciones que se presentan en circulación, respiración, algunas acciones del cerebro, los riñones, etc., etc.

En el último Congreso de Farmacología y Terapéutica realizado en esta ciudad de México en 1967, un investigador norteamericano presentó los datos correspondientes al funcionamiento de un laboratorio de diagnóstico clínico, en el cual las máquinas computadoras podían realizar hasta 20 determinaciones químicas en sangre, orina o líquidos orgánicos sin intervención humana y en un lapso muy breve de unos cuantos minutos. Un técnico tomador de muestras bastaba para recoger la cantidad adecuada de sangre y enviarla al laboratorio, en donde unos cuantos técnicos la manejaban al través de sus máquinas y conocían los resultados con una rapidez impresionante, además de contar con una gran exactitud. Ciertamente el costo del equipo y el mantenimiento del laboratorio eran muy caros, pero los resultados parecían justificarlo.

Cuánto daríamos los médicos del Hospital General por disponer de un equipo que, no en minutos, pero siquiera en horas, nos proporcionara información adecuada sobre algunas determinaciones bioquímicas que, en los casos de emergencia médica y quirúrgica, son absolutamente indispensables para orientar el diagnóstico y, naturalmente, el tratamiento adecuado.

Lo mismo que advertimos en el laboratorio propiamente dicho, observamos en el progreso de la técnica radioló-

gica cada vez más capacitada para exploraciones que hace unos cuantos años parecían imposibles: arteriografías selectivas de vasos profundos en tórax, abdomen o cráneo; flebografías, linfografías; cine-radiografías; ampliación de imágenes y tantas otras modalidades útiles para el diagnóstico son de uso corriente en las grandes instituciones hospitalarias de Servicio Social como el IMSS, el ISSSTE y algunas de Salubridad y Asistencia.

La medicina es cada vez más institucional y el ejercicio privado tiende a desaparecer o a limitarse a la atención de un grupo limitado de enfermos y enfermedades, ya que es imposible para un médico aislado, erogar los enormes gastos de estos equipos de máquinas complicadas cuyo mantenimiento es también caro y permanente, ya que las máquinas necesitan cuidados todos los días de todo el año y sufren descomposturas y desgastes que tienen que ser inmediatamente corregidos so pena de producirse mayores daños y hasta la inutilización completa del equipo.

En apariencia todos los médicos tenemos que depender cada vez más de las máquinas, y esto ha provocado una reacción adversa a la aplicación del método CLINICO PROPIAMENTE DICHO; es decir, a los procedimientos clásicos de exploración constituidos por el INTERROGATORIO (para obtener todos los datos subjetivos, imposibles de valorar por medios físicos o materiales) y LA EXPLORACION FISICA (para recoger datos objetivos utilizando los elementos sensoriales del médico: tacto, vista, oído, gusto, olfato y sobre todo la máquina computadora que todavía PARECE SERVIR PARA ALGO y se llama CEREBRO). En vista de que los laboratorios, gabinetes, rayos X, isótopos radioactivos, estudios genéticos, metabólicos, aparatos de electrodiagnóstico, equipos electrónicos, etc., etc., son capaces de establecer diagnósticos exactos, la CLINICA PURA parece estar fuera de lugar u ocupar lo

muy secundariamente, y los jóvenes médicos son educados en forma equivocada, pues se hace caso omiso de la clínica y se abruma al paciente con la solicitud de numerosos exámenes, muchos de ellos, innecesarios, y ya no existe preocupación por elaborar un diagnóstico, pues al fin y al cabo los estudios para-clínicos de gabinete y laboratorios van a dar la clave precisa.

Mucho se puede decir al respecto para no aceptar esta conducta como la más correcta, por lo menos en nuestro País, en donde la primera situación REAL, es la de que no existen suficientes servicios institucionales para atender las demandas de una enorme cantidad de pacientes de clase MEDIA O INDIGENTE, no amparados por ninguna de nuestras grandes instituciones. Me basta con mencionar LOS MILLONES DE CAMPESINOS QUE CARECEN DE SERVICIOS MEDICOS y a los que no se puede atender en la forma ideal por la incapacidad física de las clínicas y hospitales. La Junta Indigenista informa de sus conclusiones el día 21 de abril de 1968; reunida en Pátzcuaro, Mich., por varios días enfocó el problema de las poblaciones indígenas de la América Latina y aprobó las siguientes recomendaciones: 1. Política agraria integral que debería incluir: obras de infraestructura, asistencia técnica, crédito, educación, SALUBRIDAD, seguro agrícola y otras. 2. En el capítulo de EDUCACION, continuar o emprender nuevos estudios comparativos entre las lenguas maternas y la nacional, con miras a la elaboración de mayor número de cartillas de alfabetización. Ya que parece increíble que existan numerosos grupos indígenas que no hablan español y, por lo tanto, carecen de los medios de comunicación espiritual con el resto de la población, e incluso, lo que es más grave, con las personas que deberían enseñarlos, profesores expertos en dialectos indígenas que, a la vez, conocieran el español correctamente. No parece muy lógico

aplicar isótopos o máquinas electrónicas a este grupo de analfabetos, antes de enseñarles a LEER Y ESCRIBIR. 3. Que los programas de SALUD vayan PRECEDIDOS, ACOMPAÑADOS Y SUCEDIDOS POR LA EDUCACION PARA LA SALUD. Para los médicos que trabajamos en los Hospitales de Salubridad y Asistencia, es decir, que manejamos una gran masa de población de las clases económicamente débiles, para no hablar de INDIGENTES, resulta esta recomendación de UN GRAN INTERES. Nos llegan todos los días casos clínicos en los que poco podemos hacer porque las condiciones patológicas se han dejado progresar a una situación irreversible; en la mayoría de estos desafortunados casos, por IGNORANCIA, MISERIA FISICA Y MENTAL, PREJUICIOS ARRAIGADOS Y PREDOMINIO DE PENSAMIENTO MAGICO CON DEPENDENCIA A FACTORES SOBRENATURALES DE TIPO MISTICO O RELIGIOSO. URGE LA EDUCACION PARA LA SALUD, PARA QUE NUESTRA INMENSA MASA DE ANALFABETOS RECIBA INFORMACION DE COMO CUIDARSE ADECUADAMENTE Y COMO ACUDIR A LOS SERVICIOS MEDICOS EN TIEMPO OPORTUNO Y NO CUANDO HAN AGOTADO PREVIAMENTE: LOS REMEDIOS CASEROS, "LAS LIMPIAS", LA ACCION DEL CURANDERO O DEL BRUJO, ETC., ETC.

Por su parte, el Prof. Salomón Ambrosio Montes, Presidente de la Confederación Indígena de México, en una reunión en Morelia el 20 de abril de 1968, dijo que 4 millones de indígenas viven en este año del Señor, sin gozar de las conquistas de la Revolución en un atraso que es "ABRUMADOR", ya que carecen de: agua potable, alumbrado, vestido, MEDICINAS, tierras y alimento, pero sobre todo SON ANALFABETAS Y NECESITAN CARIÑO Y COMPRENSION. En efecto, esos 4 millones de seres humanos necesitan ayuda urgente y sus problemas deben ser encarados en forma correcta, para no dar lugar a que la demagogia y el

### Importancia del método clínico en el diagnóstico

fraude los hagan motivo de explotación y engaño como ha ocurrido en numerosas ocasiones previas.

En segundo término, no podemos depender de las máquinas para el ejercicio de la medicina en infinidad de localidades en nuestra República, en donde sería imposible su funcionamiento dado que ni siquiera hay corriente eléctrica. En pueblos pequeños, rancherías, chozas aisladas, en la sierra, el médico está reducido a sus propias fuerzas y métodos, por primitivos que puedan parecer, pero al fin y al cabo suficientes en la inmensa mayoría de casos, para ayudar a resolver situaciones más o menos difíciles. Por fortuna, una gran cantidad de casos clínicos son de evolución favorable en forma espontánea y tienden a la curación si son atendidos en forma razonable. Con un buen interrogatorio y una completa exploración física, el médico está en posesión de datos inapreciables y suficientes para actuar con cordura y recomendar lo útil y necesario desde el punto de vista de reposo, alimentación, medidas higiénicas y medicamentos de fácil aplicación y costo bajo que estén al alcance de los modestos recursos de sus clientes. Si el estudio clínico indicara una situación grave, urgencia de intervención quirúrgica, dificultad insuperable del diagnóstico,

## Importancia del método clínico en el diagnóstico

siempre le queda el recurso magnífico de poder solicitar ayuda de algún colega o enviar al paciente a un lugar donde existan mayores facilidades para el DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO.

Carezco de información adecuada sobre los resultados que se han obtenido con la formación de médicos en la Escuela de Medicina Rural del Instituto Politécnico y si existen datos relativos a los problemas que se les han presentado en su ejercicio profesional en localidades rurales, y la forma en que han podido resolverlos. ¿Cuántos de estos profesionales ejercieron efectivamente entre campesinos?; ¿Cuánto tiempo lo hicieron?; ¿Qué resultados obtuvieron con su actuación?; ¿En qué forma atacaron los distintos problemas y qué ayuda recibieron de colegas, autoridades e instituciones diversas, incluso privadas? ¿Qué mejoría se ha logrado con su actuación en la solución de problemas médicos? ¿Su preparación clínica era suficiente para permitirles abordar con seguridad y éxito el estudio de sus pacientes?

Estas y otras muchas preguntas serían interesantes para todos aquellos interesados como yo, en todo lo referente al desarrollo de la Medicina en nuestro País.

Parecería INDISPENSABLE que, antes de educar al joven estudiante de medicina en el manejo de aparatos y máquinas, se le instruyera satisfactoriamente en los métodos clásicos de la clínica que, bien aplicados, son la base de un diagnóstico correcto y, por cierto, proporcionan datos que ninguna máquina puede lograr, como son el conocimiento integral del enfermo, sus problemas afectivos, su condición económica y social, su capacidad intelectual, sus prejuicios y malos hábitos producto de educación deficiente o de ambiente pernicioso familiar, en el trabajo o social; el diálogo bien conducido por el médico le da estos informes y muchos más que en cada caso parece necesario conocer, ya que la clínica SIGUE SIENDO ESTRICTAMENTE INDIVIDUAL.

Las consultas muy numerosas y a tiempo fijo como se realizan en las grandes instituciones son defectuosas desde este punto de vista, ya que no se dispone del tiempo suficiente para ahondar en todos los aspectos que el médico debe conocer para poder orientar un tratamiento realmente efectivo. Esto motiva que el interrogatorio sea muy superficial y se concrete a la simple recolección de síntomas, la mayor parte de las veces, mal interpretados por el enfermo que sólo expresa su sufrimiento o malestar con sus propios medios de expresión: "me duele el estómago", "estoy malo de los riñones", "no puedo digerir", "toda mi enfermedad viene del hígado, porque soy muy bilioso", y muchas otras expresiones que algunos médicos suelen tomar al pie de la letra. En realidad, ¿el sujeto sufre del estómago, los riñones, el hígado o su digestión está muy perturbada? Toca al médico, PRECISAMENTE, resolver si esto es o no exacto y aclarar que el dolor de estómago no era tal, sino que se originaba en una colecistitis litiasica o en una colitis amibiana; que los riñones eran completamente sanos, pero existía una espondiloartrosis por defecto postural y

el tal dolor de riñones era originado por pies planos o por "JUANETES" "hallux Valgus"; que lo "bilioso" es producto de una neurosis o psicosis verdadera y que el pobre hígado es completamente ajeno a las graves reacciones emocionales del paciente condicionadas por problemas de orden psíquico. Y, por último, que la tal "INDIGESTION" es solo sugestión, muchas veces de origen yatrogénico, pues la propaganda, o un médico de los que abundan con mala información, sugiere que determinado alimento HACE DAÑO. "No tome leche, huevos, grasas ni chile, porque lo perjudican". Desde entonces el supuesto insuficiente digestivo va a tener temor para comer libremente alguno de estos alimentos y va a quedar "MARCADO" para toda su vida con el estigma de que no puede digerir. Poco a poco se va convenciendo de tal hecho, y llega a creer que NO PUEDE DIGERIR. Es muy fácil demostrar que todo es falso y que el sujeto, sano por lo demás, puede ingerir toda clase de alimentos y digerirlos como el mejor, si se le "lava el cerebro" con una buena psicoterapia.

Es fácil comprender que ninguna máquina computadora o equipo técnico-científico puedan elaborar un diagnóstico correcto si la información que va a servir para el desarrollo del programa que se plantea a la máquina, está falseado desde el principio, y los síntomas que se introducen en dicho programa, sólo existen en la mente acalorada del paciente y la no mucho más tibia de su médico. Una de las condiciones indispensables para que el método clínico funcione, es la de que se haga una correcta identificación del síntoma y después su semiología para reconocer todas las características individuales que pueda tener, y que cada sujeto imprime a su propia enfermedad. La clínica es primero análisis, es decir, recolección cuidadosa de datos dispersos, y posteriormente, su síntesis por el cerebro del médico. Si este proceso cerebral falla por cual-

quier circunstancia, los datos son falsos y llevarán a conclusiones también falsas pese a que se recurra a las máquinas más perfectas que puedan existir.

Un tercer punto de importancia; además del analfabetismo y miseria de los pacientes, del atraso de la localidad en que viven y de su ambiente que no ofrece facilidades para estudios científicos, todavía queda otro problema para este tipo de medicina que Salazar Mallén planteó ante esta Sociedad en este mismo año; al hablar de la atención hospitalaria en México, ligando pasado, presente y futuro, explicó con su habitual talento, cómo se ha realizado dicha atención en épocas pretéritas que arrancan desde la colonia, en cuyo tiempo privó substancialmente el espíritu de caridad cristiana y los servicios estuvieron regidos por clérigos distinguidos o por instituciones religiosas con toda su carga dogmática por delante, la cual imprimió su carácter a los hospitales de aquel entonces, poniendo, a veces, un valladar infranqueable para el progreso científico. En una segunda etapa que podríamos llamar revolucionaria, reina la demagogia y todo se improvisa, a veces con fortuna y, en la mayoría, con desorientación manifiesta y resultados desastrosos ya que, utilizando el esquema que Salazar Mallén emplea: el de un triángulo, cada uno de cuyos lados representa la parte que deben tener los elementos que constituyen un Servicio Hospitalario IDEAL; en él, debe existir un perfecto equilibrio entre los intereses del ENFERMO, los de los MÉDICOS, y los de los servicios ADMINISTRATIVOS. Si ese equilibrio se perturba en beneficio de alguno de los sectores, el sistema funciona en forma deficiente. Por ejemplo, aquellos Hospitales contruidos para satisfacer los deseos o caprichos de un ENFERMO RICO O PODEROSO, el cual puede imponer, por su dinero o sus influencias, el tipo de atención y de enfermos que el hospital debe impartir y

atender. Es obvio que en tal tipo de institución no se tomen en cuenta los intereses de la sociedad en general, los de los médicos y que también los de administración sufran las consecuencias de tal imposición. Un rico, para perpetuar su nombre, puede exigir que con sus donativos se construya un hospital de determinado tipo, e incluso puede imponer al personal y designar a los médicos que desee, sin tomar en cuenta sus aptitudes reales y su preparación. Numerosos hospitales con nombres rimbombantes existen en todo el territorio nacional, nacidos al amparo de UNA FERIA DE VANIDADES INMORTAL.

Lo mismo ocurre si se da preferencia dominante al sector médico, también por complacencia, simpatía, influencias políticas o dinero. El hospital se crea para satisfacer ambiciones personales y de ningún modo para un beneficio social. Dependiendo de la personalidad del médico favorecido con tal lotería, será el tipo de institución que se desarrolle y el impulso que se dé a la enseñanza médica, la investigación y la atención de los pacientes que selecciona en forma arbitraria. Podrá hacer caso omiso de la clínica, y depender en lo absoluto de máquinas modernas y costosas, para establecer sus diagnósticos y tratamientos. Mientras más modernas y llamativas mejor, pues eso da mucho prestigio (?) a su Instituto. Que sus médicos no saben medicina y menos han oído hablar de la ETICA, POCO IMPORTA mientras los IDIOTAS NECESARIOS sigan acudiendo en manada bajo el influjo de una propaganda desbordada e inmoral y llenando las faltriqueras del Director Médico. La CLINICA PURA POCO TIENE QUE HACER EN HOSPITALES DE TAL TIPO.

El tercer tipo es el de aquellos hospitales en los cuales la influencia del personal ADMINISTRATIVO Y DE SERVIDUMBRE es dominante, sobre todo POR INFLUENCIA SINDICAL O DE MASAS, como ocurre en muchos de los

### Importancia del método clínico en el diagnóstico

que conocemos. Es obvio que tal influencia es netamente perjudicial, ya que antepone los intereses de los trabajadores a los más altos de la investigación que son y deben ser: ATENCION ESMERADA DE ENFERMOS, INVESTIGACION MEDICO-CIENTIFICA EN LA MEDIDA DE LAS POSIBILIDADES DE CADA HOSPITAL Y ENSEÑANZA DE LA MEDICINA; esto último, independientemente de que el instituto esté o no ligado a centros de enseñanza o universidades, ya que siempre podrá hacerse una buena labor, por lo menos en la enseñanza clínica y terapéutica, si el jefe o director conoce bien sus métodos clínicos y utiliza unos tratamientos lógicos que sus ayudantes, internos, residentes o pasantes de medicina irán captando y aprendiendo en forma directa. Si un sindicato poderoso impone su criterio sobre las normas técnicas que deben regir la marcha de un hospital o de una clínica, los resultados serán fatales para la buena marcha de la institución, ya que el personal es mal escogido, no tiene interés en progresar y mejorar sus procedimientos y técnicas, pues al fin y al cabo se siente apoyado fuertemente, y haga lo que haga no podrá ser removido o reprendido.

Estos hechos, analizados por Salazar Mallén, son inobjectables y todos que-

## Importancia del método clínico en el diagnóstico

damos convencidos de su realidad en nuestro país, y de cómo es necesario modificar la conducta que hasta ahora ha regido los programas de construcción de clínicas, hospitales, centros de salud, etc., etc. Su planeación con grupos de técnicos, desligados en lo posible de las influencias políticas y coordinados con los diferentes encargados de velar por la salud del pueblo mexicano, tanto en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como en las instituciones descentralizadas como: IMSS, ISSSTE, Ferrocarriles, Petróleos, Cañeros, Textiles, Sindicatos diversos, etc., etc. que, hasta ahora han actuado en forma independiente con el resultado de la duplicación o triplicación de servicios que pudieron estar unificados en un solo hospital o clínica.

De todo lo que antecede podemos deducir algunas conclusiones válidas en relación con la práctica de la medicina en México: 1. No siempre es posible, por diversas razones (las expuestas y muchas más no mencionadas en obvio de tiempo), tener los equipos de laboratorio y gabinete necesarios para una práctica médica moderna y cada vez más científica. 2. Una gran masa de población, quizá cercana a los 8 millones de seres (si sumamos a los 4 millones de indígenas, grupos numerosos de campesinos, de clase media,

pequeños comerciantes y muchos otros) no recibe hasta el momento actual los beneficios de una medicina institucional y debe ser atendida de acuerdo a sus recursos y posibilidades. 3. En numerosas localidades de la República no es posible instalar máquinas que ayuden al diagnóstico, pues se carece en ellas de la energía eléctrica necesaria para su funcionamiento. 4. El costo de los equipos y su mantenimiento resultan prohibitivos para el médico privado y, por lo tanto, tiene que pasarse sin su ayuda o recurrir a las instituciones bien dotadas que pueden sostenerlos. 5. Hasta ahora, el programa de reconstrucción de hospitales y clínicas ha sido manejado en relación con intereses no siempre legítimos (gobernantes o sujetos ricos, poderosos y arbitrarios, médicos favoritos y ambiciosos, o líderes sindicales venales e ignorantes); de lo cual ha resultado que su funcionamiento, su personal y sus objetivos no sean los mejores para el desarrollo de la medicina nuestra.

Naturalmente que todo esto no invalidaría el hecho incontrovertible de que la ayuda de las máquinas resulta en un mejor diagnóstico y, por lo tanto, en mejores orientaciones del tratamiento. Pero esto también es muy relativo, ya que en una gran cantidad de casos la clínica pura basta para establecer el diagnóstico y el tratamiento. No se necesita de ninguna máquina para reconocer las siguientes enfermedades, cuya lista es enteramente arbitraria y puede ser modificada por cada uno de los presentes de acuerdo a su propia experiencia y conocimientos:

1. Fiebres eruptivas o exantemáticas: sarampión, rubeola, roseola, varicela, viruela, escarlatina, tifo y otras rickettsiosis.

2. Dermatitis simples como: sarna, urticaria, vitiligo, mal del pinto, cloasma, algunas micosis, tiñas, etc. De hecho los dermatólogos establecen casi siempre su diagnóstico por examen directo clínico y recurren poco al labo-

ratorio, excepto para biopsias de piel. El Dr. Latapí en la Academia Nacional de Medicina, al comentar un trabajo, hizo hincapié en la ABSOLUTA E IMPRESCINDIBLE NECESIDAD DE ENSEÑAR UNA BUENA CLINICA DERMATOLOGICA A LOS ALUMNOS. Cosa con la cual estoy absolutamente de acuerdo.

3. Algunas enfermedades agudas de los ojos: conjuntivitis, blefaritis, chalaziones, cuerpos extraños, queratitis, irido-ciclitis y algunas crónicas como cataratas, elucomas, albugos, pterigiones, etc., etc.

4. Infecciones agudas de rino farínge, amigdalitis, difteria (la ayuda de laboratorio es sin aparatos complicados), desviaciones del tabique, traumatismos, tumores (su biopsia puede a veces ser realizada por un médico general), etc.

5. Prácticamente toda la patología de la boca puede diagnosticarse directamente o con ayuda fácil del laboratorio; la palpación y la inspección se hacen en forma directa.

6. Las infecciones agudas respiratorias: laringitis, bronquitis, neumonitis, pleurodinias, derrames pleurales, gripa, etc.

7. La clínica puede establecer el diagnóstico de: endomiocarditis reumática, pericarditis, miocarditis, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca en general, embolia pulmonar, embolia cerebral, esclerosis vascular generalizada o localizada, obstrucción arterial periférica con gangrena, várices superficiales, complejo cutáneo-vascular, y muchos otros padecimientos cardiovascularmente.

8. La clínica es soberana para establecer el diagnóstico en neuritis segmentarias del tronco por defectos posturales; escoliosis, lordosis, cifosis, deformaciones locales de columna vertebral como en mal de Pott, pie plano, hallux, valgus, acortamiento a uno de los miembros inferiores, etc., etc.

9. El síndrome esofágico es de fácil reconocimiento por el interrogatorio, y su naturaleza puede ser precisada con una simple radiografía. La endoscopia y la biopsia sí son especializadas.

10. Infecciones agudas digestivas de fácil diagnóstico y tratamiento: gastritis agudas ("cruda"), enterocolitis aguda por salmonellas o toxina de estafilococo, disentería aguda; hemorroides, rectitis, abscesos perirrectales; hepatomegalias, esplenomegalias, ascitis, tumores, hernia externa son CASI SIEMPRE DESCUBIERTAS POR UNA BUENA EXPLORACION FISICA.

Podría alargar la lista con una buena cantidad de enfermedades que todos ustedes conocen y han descubierto en su práctica diaria usando sus órganos de los sentidos y su cerebro.

Yo fui educado en los rígidos métodos de Maestros que tenían que depender de su ingenio, capacidad mental y habilidad sensorial para diagnosticar y tratar a sus pacientes, pues no tenían prácticamente ayuda de gabinete o laboratorios, en pañales por aquel entonces. Por eso me empeño diariamente en mi trabajo hospitalario o en la enseñanza de la clínica por mantener vivo el interés por los procedimientos puramente clínicos; por ello aburro a mis ayudantes con la lectura de la historia clínica de CADA UNO DE LOS PACIENTES QUE SE INTERNAN AL SERVICIO, lo cual hago personalmente y procurando siempre que asistan los residentes, internos rotatorios y pasantes, aparte de los médicos adscritos y adjunto. Trato, en cada caso, de llamar la atención sobre los inapreciables informes que obtenemos con un buen interrogatorio, que sólo puede ser correctamente realizado si se dispone de experiencia, conocimientos, personalidad y mentalidad que permitan interpretar las aseveraciones de un enfermo ignorante, lleno de prejuicios, indiferente, en ocasiones confuso, irritable, somnoliento por su misma enfermedad y que sólo desea que

se le cure y NO SE LE MOLESTE EN LO MAS MINIMO. La capacidad para interrogar con fruto a un paciente, sólo se logra en EL HOSPITAL, haciéndolo una y mil veces, siempre con el espíritu alerta y con una paciencia infinita para repetir cuantas veces sea necesario una pregunta mal interpretada por el enfermo y a la cual contesta con algo absurdo. Es de observación diaria la sorpresa de los estudiantes o internos cuando mi interrogatorio difiere del que ellos han practicado y los datos que voy acumulando permiten una orientación diagnóstica distinta por completo de la que han establecido. Los datos que se encuentran anotados en la historia de la oficina de admisión o en servicio de emergencia, son diferentes de los que el pasante o el interno obtienen con el enfermo ya internado en el Servicio y éstos, a su vez, deben ser modificados por el adscrito, el adjunto y el jefe del servicio.

La razón es obvia, falta de experiencia para hacer las preguntas adecuadas a la condición de cada enfermo y falta de conocimientos básicos: anatomía, fisiología, fisiología patológica, patología, bacteriología y parasitología. Muchos de los jóvenes han sido dotados de un cartabón de interrogatorio que aplican sin discriminación a todos los enfermos, con el resultado desastroso de que lo que obtienen no se ajusta a la realidad. Otros tienen un sistema telegráfico y usan siglas o abreviaturas que sólo ellos pueden traducir y que, naturalmente, traducen urgencia y falta de tiempo para dedicar a un estudio que les parece molesto o falto de interés. En mi servicio tengo prohibido el uso de siglas para designar hechos, regiones o símbolos de alguna cosa; con unos cuantos segundos más, lo que se escribe será suficientemente claro para que todo el mundo pueda enterarse bien de lo que se quiso decir. Los términos que el enfermo utiliza para describir sus síntomas no son familiares para el estudiante, educado en libros traduci-

### Importancia del método clínico en el diagnóstico

dos del inglés o el francés, o bien escritos por autores argentinos, uruguayos o españoles que nunca usarán MEXICANISMOS a los cuales recurrimos todos los nacidos bajo este bello sol de Anáhuac y que emplean los pacientes, dejando a obscuras al interrogador que no sabe a qué se refiere un tipo que le dice que sufre de "ATARCAMIENTO" o de "TIRICIA", o "SUSURIO" o "INFLAMACION" que no duele, y muchos otros habituales en la práctica diaria.

Para facilitar este tremendo problema de cómo interrogar con éxito, hemos elaborado en el Servicio, con la colaboración inapreciable de todos mis ayudantes, un libro sobre: "CLINICA GASTROENTEROLOGICA. Del síntoma al diagnóstico" en el cual uso personalmente los términos que la experiencia me ha enseñado utilizan mis enfermos para designar sus molestias. Saldrá en breve a la luz.

Un interrogatorio BIEN CONDUCTO ES LA MITAD DEL DIAGNOSTICO Y NUNCA DEBE OMITIRSE, excepto, claro está, en aquellos casos en que es imposible su realización: lactantes, mudos, estados de coma, dementes, etc., en los cuales la atención debe desviarse a recoger los datos en forma indirecta con alguna persona enterada que pueda proporcionarlos correcta-

## Importancia del método clínico en el diagnóstico

mente; con los niños, la madre es la mejor informadora que pueda haber y todos los pediatras están conscientes de tal circunstancia; esposa, parientes, amigos, compañeros de trabajo, en algunos casos, están capacitados para proporcionar datos relacionados con el inicio de la enfermedad y el cuadro clínico en estados de coma, traumatismos, dolores intensos, infartos, convulsiones, parálisis y muchas otras. En muchas ocasiones, el pasante o interno, me informan de que NO HAN PODIDO HACER LA HISTORIA PORQUE EL ENFERMO NO ESTA EN CONDICIONES DE RESPONDER A UN INTERROGATORIO. Obviamente se les sugiere de inmediato INTERROGATORIO INDIRECTO en caso de ser posible, para obtener alguna información orientadora aún cuando no sea muy completa.

Otro error, también frecuente, es el de hacer el interrogatorio y dar por sentados hechos muy dudosos que el paciente refiere a su modo y de acuerdo a sus condiciones mentales; sujetos en confusión mental, alcohólicos, delirantes, febriles y en otras situaciones similares en las cuales su buen juicio está perturbado por factores diversos, incluyendo los de la propia enfermedad que sufre. En esta situación recomiendo que se haga preceder la his-

toria de una nota bien clara que indique que el INTERROGATORIO NO ES CONFIABLE POR LAS CONDICIONES FISICAS O MENTALES DEL PACIENTE.

Claro que la otra parte necesaria para la elaboración de una buena historia es el médico en sí y que también un buen interrogatorio va a depender de su talento, experiencia y conocimientos, no sólo en relación con las enfermedades, sino también con la naturaleza humana en general y con los grandes enfoques sociales, éticos, religiosos, filosóficos, psíquicos que la vida humana trae siempre aparejados en forma indisoluble. Jóvenes ignorantes, mal preparados, que han vivido en forma muy restringida, con padres también ignorantes y en algún caso analfabetos, no están muy bien capacitados para comprender las situaciones conflictivas, a veces muy complicadas, que se les presentan a los enfermos y al hacer las anotaciones en la historia falsean los hechos o los interpretan equivocadamente. La historia está mal estructurada en su base y no va a servir para lograr un diagnóstico correcto e integral. Por eso es INDISPENSABLE QUE LOS PROFESORES, JEFES DE SERVICIO O ADJUNTOS, trabajen estrechamente ligados con los jóvenes médicos y estudiantes para ir adiestrándolos paulatinamente en el difícil arte de la clínica y, muy particularmente, en el interrogatorio que presenta tantas facetas y ángulos que sólo la experiencia es susceptible de ir desentrañando. Sólo la práctica diaria en el Hospital y siempre con la ayuda de médicos experimentados, podrá ir entrenando en forma satisfactoria a los que se inician en el ejercicio de la medicina. Es una labor tediosa y, muchas veces, verdaderamente enojosa, por lo cual resulta mucho más fácil para todos el solicitar de inmediato una serie de pruebas de gabinete y de laboratorio que le van a facilitar la solución del problema y le descargan de la aparente pérdida de tiempo y de esfuerzos que representa un buen es-

tudio clínico. La línea del menor esfuerzo es la que todos prefieren seguir y de ahí el olvido voluntario e involuntario de los métodos clásicos de la clínica. Sin embargo, un buen interrogatorio es de tanta utilidad en el diagnóstico que me parece personalmente IMPOSIBLE QUE EXISTAN MEDICOS QUE LO DESDENEN O LO OMITAN.

Para ejemplo de lo anterior voy a relatar el caso de A. Gascón N., enferma de 40 años que se internó en tres servicios diferentes del Hospital a partir del año de 1966. La primera vez por sufrir molestias menstruales, flujo vaginal y dolor suprapúbico en donde se palpó tumoración que fue diagnosticada como fibroma uterino y tratada con histerectomía en septiembre de ese año. Poco después de su operación aparecen molestias diversas que diversos médicos que intervinieron en su estudio, relataron como sigue: dolor en región lumbo sacra muy intenso, bilateral irradiado hacia ambos hipocóndrios y epigastrio, así como en cara posterior del tórax. Requiere la administración de analgésicos. Se acompaña de eructos, pirosis, náusea, ocasionalmente vómitos y distensión de parte alta del vientre. Pensando en gastritis o úlcera gastroduodenal se le ordenó ESTUDIO RADIOLOGICO GASTRODUODENAL EN SERIE y el informe recibido en diciembre de 1967 indica la presencia de DIVERTICULO DE LA SEGUNDA PORCION DEL DUODENO, al cual se atribuyen todas las molestias y así se interna en un servicio de Cirugía con la finalidad de ser operada del causante de todos sus males: EL DICHO DIVERTICULO. Por fortuna, nosotros hemos mantenido por años un INTERCAMBIO MEDICO QUIRURGICO entre los Pabellones 20 y 10 de Medicina Interna y 14, 17 y 18 de Cirugía; por razones fáciles de entender, se han separado algunos de ellos, pero continuamos con nuestras sesiones hebdomadarias y en una de ellas fue presentado el caso de la Sra. Gascón.

Delante de 45 médicos y estudiantes pude realizar un estudio semiológico del caso partiendo del síntoma dominante o sea del dolor. Con un análisis cuidadoso, fué fácil establecer con exactitud que la enferma sufría diversos tipos de dolor que se pensaba eran de origen único. 1. Había, efectivamente, dolor en el dorso irradiado hacia el epigastrio con todos los caracteres de dolor por neuritis segmentaria: continuo, ardoroso, sin relación con los períodos digestivos, nocturno y en relación con la posición de la enferma, aumentado con los esfuerzos físicos y siguiendo el trayecto de los nervios intercostales 9o. a 10o. del lado derecho; su asociación con el dolor en la planta de los pies, el cansancio en miembro inferior derecho y callosidades en la planta y dedos de ambos pies confirmaron que se trataba de dolor neurítico relacionado con DEFECTO POSTURAL (NADA TENIA QUE VER CON DIVERTICULO DUODENAL); 2. Existía además molestia dolorosa en epigastrio caracterizada por distensión muy marcada, postprandial, provocando en la enferma el deseo de eructar, lo cual se había convertido en tic eructante, además de llegar a una aerofagia notable con la ingestión de gaseógenos (tehuacán, sal de uvas, bicarbonato, mascar chicle, etc., etc.); ésto, asociado a pirosis, regurgitaciones ácidas y vómitos ocasionales, algunos de ellos provocados por la paciente, hacían muy factible el diagnóstico directo de: aerofagia, tic eructante y probable HERNIA HIATAL con síndrome de PERISTALTISMO REVERSO (SINTOMAS TAMPOCO RELACIONADOS CON DIVERTICULO DUODENAL); este cuadro siempre está relacionado con problemas de orden psicológico, y el interrogatorio, debidamente orientado al respecto, pudo identificar la neurosis angustiosa de la enferma en relación con grandes problemas en su matrimonio, de orden económico, familiar, con los numerosos hijos que había procreado con

un marido borracho y desobligado, con insatisfacción sexual, etc. etc.; 3. Todavía encontré más, otro tipo de dolor en la parte baja del vientre, en forma de retortijón, acompañado de borborigmos, con ventosidades semibloqueadas, fétidas, con alternativas de diarrea y constipación que obligaban a tomar con frecuencia laxantes. Estos síntomas son típicos de inflamación intestinal y, en nuestro medio, originados, siempre o casi siempre, por bacterias, virus o parásitos y por lo tanto, nuestro caso se convertía en una enferma neurítica con defecto postural a nivel de los pies, con neuritis segmentaria, con probable hernia hiatal, con aerofagia y con colitis crónica de origen a determinar. Había, ciertamente un divertículo de la 2a. porción del duodeno, PROBABLEMENTE ASINTOMÁTICO, Y CUYO TRATAMIENTO QUIRURGICO COMO SE PLANTEABA, NO RESOLVERIA NINGUNO DE LOS PROBLEMAS REALES DEL CASO.

La exploración física de cabeza a pies, y ya bien orientada por el interrogatorio que nos había proporcionado datos específicos, pudo confirmar en forma directa muchos de los datos de que ya disponíamos y asegurar que existían; la neuritis, la colitis, las anomalías en los pies y además, un acortamiento del miembro inferior derecho por el desnivel bien claro de los pliegues glúteos, así como dolor provocado en apófisis espinosas y puntos de Valleix de vértebras dorsales y de los nervios intercostales que ya señalamos. La exploración física constituye el 50% del método clínico clásico para el diagnóstico y debe ser también estudiada, conocida y experimentada como el interrogatorio, por todo médico y, muy particularmente, por los que se inician, desde el estudiante de materias clínicas, hasta el recién graduado, interno, residente o simple médico en ejercicio privado de la medicina.

No podría enfatizar suficientemente, el interés que tiene el explorar correc-

## Importancia del método clínico en el diagnóstico

tamente a un enfermo, pues día a día descubro que muchos de mis errores diagnósticos han radicado en una exploración incompleta o mal realizada y que la repetición de este método clínico puede corregir muchos datos originalmente mal interpretados o mal recogidos. Por ejemplo, recientemente, discutimos si una paciente que ocupó la cama 12 del Pabellón 20, tenía o no esplenomegalia, ya que palpábamos una tumoración en hipocondrio izquierdo que se prestaba a confusión ya que en ocasiones anteriores, habíamos confundido masas similares que no fueron bazos crecidos sino tumores renales o retroperitoneales o abscesos incluso hepáticos, cuyo diagnóstico fue establecido después de numerosos tanteos y estudios complementarios, e incluso intervención quirúrgica. El diagnóstico de esplenomegalia no es tan fácil como parece y hay que recurrir a distintas maniobras para lograr una correcta apreciación del tamaño del órgano. Cuando existe duda, hay que palpar, percutir, auscultar una y otra vez hasta que los signos físicos se aclaran y el médico puede estar satisfecho de que sus apreciaciones son correctas y encajan dentro del cuadro clínico general y son confirmadas por los datos de laboratorio y gabinete cuando estos pueden obtenerse.

## Importancia del método clínico en el diagnóstico

Creo que el método clínico bien aplicado orienta hacia el diagnóstico en forma impecable y que solo es nuestra mala información o interpretación de los hechos, la que falsea o deforma la realidad y nos lleva a conclusiones equivocadas que nunca hay que vacilar en rectificar cuando la evolución del cuadro o los datos complementarios informan de que la primera impresión era errónea.

Creo que las razones que anteceden y el respaldo que les proporciona una vasta experiencia como la que he tenido en mis 40 años de trabajo en este Hospital, pues desde estudiante hice mis prácticas y aprendizaje en sus viejos pabellones, y nunca he dejado de asistir y trabajar en la medida de mis escasas posibilidades, justifican que proclame en forma decidida y absoluta que creo que el ejercicio de la Medicina tiene por finalidad ÚNICA, ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE UN ENFERMO O DE UNA PERSONA SANA, PARA DERIVAR DE ESTE CONOCIMIENTO EL TRATAMIENTO ADECUADO (no solo medicamentos, sino todo lo necesario para combatir la enfermedad o preservar la salud: fisioterapia, cirugía, dieta, psicoterapia, medidas higiénicas variadas, fármacos y muchas otras medidas terapéuticas que cada médico

debe aplicar según su leal saber y entender). Como implicaciones obligadas para lograr estos objetivos debe existir siempre un cierto grado de INVESTIGACION MEDICA y, COMO YA LO HE ENFATIZADO, TAMBIEN ENSEÑANZA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A LAS PERSONAS QUE EN EL FUTURO TENDRAN QUE EJERCER LA MEDICINA O A LAS QUE SE INICIAN EN SU EJERCICIO.

De acuerdo con las tendencias modernas que frecuentemente hemos discutido con las Autoridades de la Facultad Nacional de Medicina y con distinguidos Profesores, así como en Academias, Sociedades Médicas y Congresos, parecería que debe haber un cambio en los métodos de enseñanza y que se considera que hay numerosos temas que no son necesarios y que recargan el programa de la Facultad innecesariamente y hacen perder mucho tiempo a los alumnos y a los profesores. Desgraciadamente, nunca se ha hecho un análisis sereno y justo de cuales son los temas que deben ser eliminados y cuales DEBEN CONSERVARSE, MODIFICADOS, AMPLIADOS, REDUCIDOS, PERO NUNCA RELEGADOS AL OLVIDO. Entre estos aspectos consideramos al METODO CLINICO CLASICO COMO ABSOLUTAMENTE NECESARIO. LA INICIACION OBLIGADA DEL ESTUDIO DE TODO TIPO DE ENFERMO. MIENTRAS MEJOR Y MAS ACUCIOSO SEAN EL INTERROGATORIO Y LA EXPLORACION FISICA, MAYORES PROBABILIDADES HABRA DE ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO INTEGRAL APROPIADO Y UTIL PARA DERIVAR TODAS LAS NORMAS DE TRATAMIENTO NECESARIAS PARA DEVOLVER LA SALUD AL PACIENTE.

Por lo tanto hago profesión de fe, aún a pesar de que esta postura pueda ser no aceptada y combatida por Profesores tan distinguidos como Alejandro Celis y su grupo, y afirmo que en el estudio de todo enfermo deben

seguirse los siguientes pasos de acuerdo a las normas científicas más estrictas:

1. INTERROGATORIO SAGAZ Y POR PERSONAS EXPERIMENTADAS (nunca aceptar como definitivo el que escriben en sus notas pasantes, residentes o internos que siempre deberá ser confirmado y ratificado o rectificado por médico competente y de experiencia).

2. EXPLORACION FISICA COMPLETA DE CABEZA A PIES (esto no es eufemismo, pues así lo practicamos diariamente) REPETIDA CUANTAS VECES SEA NECESARIO HASTA QUEDAR CONVENCIDOS DE QUE LOS DATOS QUE SE ASIENTAN EN LA HISTORIA SON EXACTOS. El Dr. Celis nos ha dicho en repetidas ocasiones que considera una pérdida lamentable de tiempo el que nos pongamos a palpar, percudir o auscultar el tórax de nuestros enfermos, pues a él le basta con unas buenas placas de tórax para conocer lo importante de la enfermedad. Confirmamos que su pensamiento se orienta cada vez más en este sentido, pues precisamente hace una semana y en esta misma Sociedad en su simposia sobre INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA hizo repetidas referencias a la necesidad de tener un buen equipo de laboratorio para determinar: concentraciones de bióxido de carbono y de oxígeno en sangre arterial y el PH de la misma. No se hizo ninguna referencia a los síntomas y signos físicos que el enfermo presenta y, en consecuencia se dejó la impresión de que estos datos eran innecesarios. EN MI GRUPO OCURRE LO CONTRARIO, Y PRECISAMENTE EN LOS SEMINARIOS QUE ESTAMOS DESARROLLANDO PARA INTERNOS, RESIDENTES Y PASANTES ANOTAMOS CUIDADOSAMENTE LOS DATOS CLINICOS EN ACIDOSIS RESPIRATORIA, COMPLETADOS CON LOS INFORMES DE LABORATORIO Y GABINETES Y CON LAS INDICACIONES RUTINARIAS DE TRATAMIENTOS MO-

DIFICADAS EN CADA CASO SEGUN LAS MODALIDADES DE CADA INDIVIDUO Y LOS FACTORES ETIOPATOGENICOS ASOCIADOS. Creo que nuestra conducta se justifica, pues no dejaremos que nuestros jóvenes médicos se crucen de manos sin saber qué hacer, cuando no disponemos de datos de laboratorio como los que se indican.

3. DE ACUERDO A LAS ORIENTACIONES QUE SE HAN OBTENIDO CON UNA BUENA HISTORIA CLINICA, solicitar todo aquello que se considere necesario para confirmar por medio de laboratorio o gabinetes diversos; rayos X, electrodiagnóstico, citología exfoliativa, anatomía patológica, biopsias y muchos otros más o menos especializados, llegando en algunos casos hasta la cirugía exploradora cuando no ha sido posible llegar a un diagnóstico satisfactorio. Con la salvedad de que, con alguna frecuencia y por causas que todos conocemos en nuestro Hospital, no podemos recurrir a determinado tipo de exploraciones y tenemos que limitarnos a diagnósticos de probabilidad, sustentados solamente por una buena historia clínica y por la evolución de los síntomas y signos físicos, espontáneamente o bajo la influencia de tratamientos que se aplican de acuerdo al pensamiento diagnóstico orientador.

Seguiré pensando que estos procedimientos no se estorban ni se eliminan unos a otros sino que se complementan maravillosamente y que el orden en que los he enumerado es el método lógico de su aplicación y el que mejores resultados me ha dado en todos estos largos años de trabajar siempre como CLINICO INTERNISTA EN UN EJERCICIO PROFESIONAL DEL QUE NO ME AVERGUENZO EN LO ABSOLUTO. No creo tampoco actuar en forma demasiado conservadora o

retrógrada, pues incorporo siempre a mi estudio las más avanzadas técnicas de diagnóstico por medio de laboratorio o gabinetes y estudio diariamente los adelantos que se realizan en las más diversas ramas de la medicina, aún cuando sea materialmente imposible estar al día en todos los aspectos científicos y forzosamente hay que tener una limitación y esperar a que algunos procedimientos de diagnóstico tengan que ser sancionados por el tiempo a pesar de que los jóvenes ansíen su aplicación de inmediato y se dejen alucinar por propagandas más o menos interesadas o por experimentaciones incompletas, mal interpretadas o que, a la larga se demuestra que fueron erróneamente conducidas.

Sigo creyendo firmemente que EL METODO CLINICO CLASICO CON BUEN INTERROGATORIO Y COMPLETA EXPLORACION FISICA DEBE SER ENSEÑADO, AHORA COMO AYER Y MAÑANA, A TODO ESTUDIANTE DE MEDICINA Y APLICADO SIN EXCEPCION A TODO ENFERMO. Esto no elimina, en forma alguna, la inapreciable ayuda que las diversas máquinas proporcionan para establecer diagnósticos exactos y útiles. Mientras nuestro País no pase de la categoría de sub-desarrollado o en desarrollo, como ahora se le clasifica, el método clínico será insustituible para el ejercicio médico en muchas localidades de la República en las cuales el médico solo contará con sus conocimientos, su buena voluntad, su cerebro bien ejercitado y sus órganos de los sentidos, para prestar servicios profesionales útiles en la mayoría de los casos que le tocará atender. Su misma experiencia le permitirá desplazar a centros más equipados, aquellos casos, por fortuna en propor-

### Importancia del método clínico en el diagnóstico

ción mínima, que requieren estudios imposibles de practicar en su localidad.

Si lo desea no quedará tan desamparado, ya que puede disponer de un equipo manuable de laboratorio que le permitirá en unos cuantos minutos estudiar en la orina: glucosa, ph, albúmina, sangre, bilirrubina, así como algunos elementos químicos de la sangre que le orientarán en muchos casos en forma bastante completa. El bajo costo de las tiras impregnadas de distintos reactivos y su facilidad de manejo las ponen al alcance de todos y en los sitios más alejados de la civilización.

Hace 23 años escribí mi primer libro sobre Semiología del Aparato Digestivo, en 1965 presenté mi libro sobre Cirrosis en México, sustentado en los casos estudiados en este mismo Hospital, y ahora termino el nuevo libro sobre CLINICA GASTROENTEROLOGICA. No traicionando mi trayectoria y creo que moriré con la convicción de que la clínica es soberana y de que NUNCA MORIRA, aún cuando reciba todas las ayudas que se considere pertinentes del progreso científico siempre en marcha.