

UNIVERSIDAD NACIONAL

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

República de Centro-América
ESTADO DE GUATEMALA



Observación Clínica Escrita,
ventajas y manera de hacerla

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

————— POR —————

BERNARDO ALDANA S.

Ex-Interno de los Servicios de Vías Urinarias, Oficiales, Enfermedades de la Piel, Primero y Segundo de Medicina del Hospital Militar. Ex-Cirujano Militar de las Fuerzas Expedicionarias en la frontera Occidental de la República (1915-16.) Ex-Interno del Primer y Segundo Servicio de Cirugía de Hombres, del Primer y Segundo Servicio de Medicina de Hombres, del Primer Servicio de Medicina de Mujeres, del Servicio de Niños y del Servicio de Vías Urinarias del Hospital General. Ex-Interno del Hospital "San Sebastián", durante los sucesos de Abril de 1920. Ex-Practicante del Hospital de Venéreas. Ex-Vocal 2o. y Secretario de la Sociedad Científica "La Juventud Médica." Ex-Jefe de Redacción de la Revista "La Juventud Médica." Ex-Primer Presidente de la Asociación de Estudiantes Universitarios del Estado de Guatemala. Presidente del Consejo Federal de Estudiantes Universitarios de Centro-América,

En el Acto de su Investidura de
MEDICO Y CIRUJANO

NOVIEMBRE DE 1921



INTRODUCCION

Como bases del presente trabajo me han servido las observaciones siguientes:

I.—La tendencia actual de fundar los diagnósticos clínicos en un reducido número de datos recogidos alrededor de un *síntoma o síntomas dominantes*,

II.—La tendencia de diagnosticar enfermedades tomando como punto de partida *la sospecha de la existencia de determinada afección*, merced a los conocimientos obtenidos después de una observación rápida y muy limitada del enfermo,

III.—El desprecio que muy frecuentemente se hace de las *afecciones concomitantes, leves u ocultas* y el desastroso cortejo de errores terapéuticos que son las consecuencias inmediatas,

IV.—La costumbre de diagnosticar una enfermedad y después en el curso del tratamiento, no repetir exámenes metódicos y sucesivos de los órganos afectados que pudieran afectarse,

V.—El mal uso que se hace frecuentemente de las comprobaciones del laboratorio y gabinetes de Rayos X, y

VI.—La imposibilidad en que actualmente se encuentran los maestros de Clínica Médica y Jefes de los Servicios de nuestros hospitales para guiar a los estudiantes desde el momento en que se ven obligados a principiar el estudio de la Clínica Médica.

Es mi deseo hacer resaltar algunos de los malos hábitos que se adquieren durante el estudio de la Clínica Médica para después poder indicar la conducta que, a mi juicio, debe seguir el estudiante para obtener el mayor provecho de su paso por los hospitales.

No es fácil establecer reglas que determinen la conducta del práctico en lo que a examen de enfermos se refiere; pero sí es posible ceñirse a cierto método que, con ligras variantes y después de muchos años de ejercicio, llega a hacer el trabajo más fácil y completo.

PRIMERA PARTE

I

Para el buen clínico nada debe pasar desapercibido; debe tomar en cuenta toda aquella anormalidad que hiera sus sentidos por insignificante que le parezca a primera vista. ¡Cuántos diagnósticos que parecían ciertos han sido anulados por la simple observación de una pequeña mancha des pigmentada, perdida entre los innumerables pliegues de los órganos genitales, por la comprobación de una supuración antigua de las amígdalas, por la existencia de piorrea alveolar de una pieza, o por un dato recogido entre los antecedentes personales del enfermo!

La aducación de esa cualidad llamada por algunos *sentido de investigación* y por otros *ojo clínico*, debe comenzar desde el momento en que el estudiante entra en contacto con el primer enfermo.

A costa de muchos desengaños y decepciones, de muchos desvelos y de largas permanencias al lado de los enfermos, el estudiante irá, lenta e insensiblemente, venciendo dificultades que al principio le parecen superio-

res a sus esfuerzos. Lentamente irá creándose en él ese nuevo sentido; irá aprendiendo a salvar los obstáculos que se oponen a su educación y aquel que, cuando empezaba sus estudios de clínica médica, necesitaba tal vez quince días para saber "lo que tenía su enfermo," llegará al cabo de los años, a hacer un *examen completo y un buen diagnóstico* después de media hora de trabajo, muchas veces casi automático....

Cuando el estudiante hace sus primeras visitas a las salas hospitalarias, observa que el maestro examina los enfermos guiándose, aparentemente, por los datos que recoge al inquirir los síntomas salientes. El estudiante no tiene entonces presente que el maestro ha pasado largos años dedicado al conocimiento de los enfermos y que puede eliminar una serie de afecciones después de una inspección muy rápida y gracias a una multitud de deducciones que se suceden merced al automatismo creado por la costumbre. El estudiante, tomando como norma de conducta lo que ha visto hacer, comete un error que le será perjudicial.

Un ejemplo me servirá para demostrar este acerto.

Un médico que ha trabajado veinte años, examina un enfermo. Al acercarse a él nota la fascies terrosa, anémica; emaciación, pigmentación de las conjuntivas.... Esta simple inspección hace que elimine las afecciones en que se observa regularmente plétora sanguínea (pneumonía, tifus, viruela, etc.) Interroga acerca de las dolencias que le aquejan—"Me sacude un frío fuerte y después me dá calentura"—responde el enfermo. Recuerda todas aquellas afecciones que pueden presentar estos síntomas (paludismo, pleuresía, abscesos del hígado, etc.) Observa también que al hablar el enfermo deja ver su lengua lisa y despapilada, sus arcadas dentarias pálidas. Recuerda las afecciones anemiantes (paludismo, uncinariasis, sífilis, etc.) El enfermo refiere que en otras épocas ha padecido algo semejante a lo que le aqueja en el momento del examen. El médico descubre el abdómen, nota las paredes flácidas, el vientre distendido, una tumefacción que levanta levemente la pared abdominal hacia el costado izquierdo. Recuerda el paludismo, las cirrosis hepáticas, las afecciones que producen esplenomegalia, los tumores del abdómen.... ¿Padece de *asientos* el enfermo? Sí, algunas veces. Elimina la disentería, la fiebre tifoidea, el cólera, etc. Recuerda la necatoriasis.

—¿Tiene costumbre de ingerir bebidas alcohólicas?

—Sí.

Tiene presente la acción tóxica del alcohol sobre el hígado.

—¿Padece trastornos de la digestión?

—Sí. (Cirrosis, uncinariasis, tuberculosis).

—¿De qué región viene el enfermo?

—De Puerto Barrios. (Afecciones de los climas cálidos, paludismo, abscesos del hígado, uncinariasis....)

—¿Ha vivido siempre en el Puerto?

—Sí.

Afirma la probabilidad de la existencia de estas últimas.

Toca el abdomen, nota que el bazo está aumentado de volumen (paludismo), que las asas intestinales no son dolorosas (ausencia de afección aguda del intestino); no puede palpar el borde inferior del hígado (¿atrofia?) Ausculta el corazón, encuentra un soplo que ocupa la mitad del primer tiempo de la revolución cardíaca, que no se propaga y que está situado afuera de la punta del corazón (soplo anémico) y concluye que el enfermo es un palúdico crónico que padece un acceso agudo y de necatoriasis (afecciones dominantes), sospecha la existencia de lesiones hepáticas y pulmo-

nares (tuberculosis) e instituye el tratamiento de las afecciones dominantes (paludismo, nectariosis). Exámenes posteriores, que de momento pueden aplazarse, confirmarán su diagnóstico y le darán enseñanzas acerca del estado y funcionamiento de otros órganos importantes (hígado, riñones, pulmones....) y de la existencia de afecciones concomitantes justificables de otros tratamientos....

Para hacer estas deducciones, al parecer sencillas, el maestro ha necesitado muchos años de pacientes estudios y observaciones y resulta pueril que aquel que hace sus primeras visitas a las clínicas, aquel que tan sólo conoce teóricamente un compendio de Patología Interna, aquel que aún no sabe sorprender e interpretar los innumerables síntomas que presentan las diversas enfermedades, aquel que acaba de abandonar los servicios de Cirugía General, en donde sus exámenes se han limitado a las partes afectadas, pretenda hacer deducciones a las que no puede llegarse sino después de ejercicio penoso y de conocer a fondo la fisiología normal y patológica.

Por esto el estudiante, al abordar el estudio de la Clínica Médica, debe tratar de aprender a sorprender los síntomas, a descubrir el mayor número de ellos y a interpretarlos.

El estudiante que desde el principio quiere hacer diagnósticos, pierde el tiempo, adquiere hábitos malos que lo convertirán en un *adivinator* de enfermedades.

La mejor ruta que el estudiante debe seguir para alcanzar la perfección deseada es la costumbre de examinar sistemática y completamente a sus enfermos. Si se habitúa a sorprender los síntomas más remotos, a conocer el funcionamiento de todos los síntomas orgánicos de los enfermos, verá sus tratamientos curativos proporcionarle resultados satisfactorios y adquirirá conocimientos sólidos a la vez que de valor incalculable. Para llegar a tal finalidad debe, desde los comienzos de su aprendizaje, dedicarse a examinar bien a sus enfermos. Al principio no deberá preocuparse por los diagnósticos: su papel debe reducirse al buen examen. Los años harán de este esfuerzo un hábito, el automatismo vendrá y, con *mínimum* de trabajo intelectual, llegará a ser un buen clínico.

II

Cuando un estudiante se acerca a un enfermo, difícilmente puede dejar de presumir la enfermedad padecida por el paciente. Generalmente *supone*, tiene tal o cual idea, y no es sino después de muchos años de errar que logrará desterrar de sí esta mala costumbre adquirida desde sus primeros estudios.

Varias veces he observado a mis compañeros acercarse a un enfermo que se queja de dolor de costado aumentado al toser. Inmediatamente imaginan que aquel punto de costado no puede ser debido más que a la pleuritis concomitante de una neumonía lobar aguda. Auscultan los pulmones, encuentran algunos estertores, que no se toman el trabajo de clasificar; algunas veces observan los esputos y aseguran que el enfermo padece una neumonía en comienzo. Realmente es muy poco el tiempo que han invertido para asegurar la existencia de una enfermedad de pronóstico tan serio como lo es el de la neumonía. Si examinamos detenidamente a estos enfermos, podemos darnos cuenta que regularmente son hombres del campo que, habiendo estado en un lugar caluroso y sufrido después un enfria-

miento, han tomado una neuralgia intercostal que evoluciona en pocos días. La ignorancia del paciente y de los que lo rodean hace que aquel diagnóstico parezca cierto y se admiran después de la sapiencia del científico que en tres días *cortó la pulmonía*. . . . tal vez con un gramo de aspirina que aconsejó el empírico del barrio!

Contrariamente a lo que piensan algunos maestros, creo que el estudiante o profesional *nunca debe presumir la existencia de una enfermedad*, por la simple inspección del enfermo o por un examen superficial. El estudiante tratará de ser *deductivo* y no *inductivo*.

III

Generalmente el enfermo busca la asistencia científica cuando una afección trastorna el desempeño de sus ocupaciones habituales; cuando el síntoma dolor lo hace sufrir o cuando una de las funciones normales del organismo ha sido comprometida. Y es casi imposible obligar a ciertos enfermos a tratarse afecciones que de momento no se manifiestan por alguna de las condiciones anteriormente apuntadas.

El médico tiene obligación de hacer ver los peligros a que esta renuncia los expone. Y si tiene obligación de advertirlos, mayor la tiene de investigarlos. Es una costumbre inveterada y digna del más duro reproche la que se observa por muchos profesionales de tratar única y exclusivamente la enfermedad *que el enfermo quiere que se le trate*. Podría citar muchos casos que me ha tocado en suerte ver de cerca; pero que me baste referir los siguientes:

Paludismo recientemente contraído. Muerte a consecuencia de tuberculosis pulmonar, desconocida por falta de investigación y que evolucionó a causa de la menor resistencia.

Necatorriásico. Un mal de Bright fué diagnosticado en este enfermo gracias a un examen minucioso efectuado por un compañero.

Apendicitis aguda. Se retarda la operación *esperando que se enfríe*. El enfermo muere algunos meses después a causa de tuberculosis pulmonar no diagnosticada.

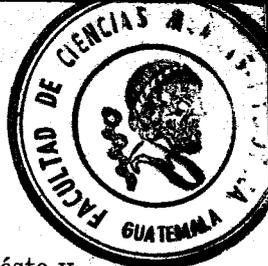
Uretrotomía interna y cistitis purulenta consecutiva en un antiguo blenorragico que presentaba signos evidentes de tabes.

Como lógica consecuencia de un examen mal hecho, de un diagnóstico imperfecto, se observan frecuentemente errores terapéuticos de fatales consecuencias. Señalaré algunos.

Los errores terapéuticos que se observan más a menudo están en relación con el estado de vacuidad o de plenitud del útero. Es extremadamente frecuente la observación de casos en que se administra medicamentos reputados como abortivos a mujeres que se quejan de dolencia que, si bien es cierto que requieren la administración de tales medicamentos, éstos son contraindicados por contener el útero el producto de la concepción, ignorándolo muchas veces la paciente y otras aparentando esa ignorancia con fines criminales.

Es frecuente el desconocimiento de las dispepsias y otras enfermedades del estómago que contraindican la administración de cierto número de medicamentos.

El uso de la morfina es causa de gran número de muertes por desconocimiento de afecciones de los aparatos renal y hepático.



Si el examen incompleto de los enfermos causa tantos daños a éste y tantas decepciones al médico, no menos grave y de consecuencias dolorosamente instructivas es la costumbre muy frecuente de practicar un primer examen, confirmar el diagnóstico e instituir el tratamiento, olvidándose de examinar el aparato enfermo y él o los que pudieran afectarse en el curso de la evolución de la enfermedad.

Nunca olvidaré las enseñanzas que me han proporcionado errores de esta clase y referiré algunos.

Una de mis observaciones se refiere a un enfermo en quien después de un examen muy cuidadoso se había logrado diagnosticar una pleuresía derecha a frigore. Se hizo la comprobación del diagnóstico por medio de la toracentesis y se instituyó el tratamiento adecuado.

¡Una pleuresía a frigore!... Habíamos visto tantas el Jefe del Servicio, el interno y yo....

Pero, no obstante el tratamiento y la seguridad del diagnóstico, pasaban los días sin que el enfermo experimentase mejoría alguna. El derrame parecía aumentar de volumen, así lo decía la percusión *del pulmón afectado*.

Una mañana encontramos al enfermo sufriendo fuerte disnea, la fascies era asfíxica, los ruidos del corazón casi no se oían, el puso era filiforme.... La muerte estaba cerca. El espacio de Traube estaba ocupado, lo mismo que toda la cara anterior del tórax derecho. Se concluyó en un derrame del pericardio. Se hizo una punsión de esta membrana, lo que dió salida a una gran cantidad de líquido sero-fibrinoso. El pulmón mejoró durante un instante; pero el enfermo murió algunas horas más tarde. Al hacer la autopsia encontramos: *un derrame pleural derecho, un gran derrame que ocupaba toda la cavidad pleural izquierda y... sinfisis del pericardio!*

¿Hubiera sido posible salvar la vida de este enfermo si, después de confirmado el diagnóstico de pleuresía derecha, se examina todos los días todas las serosas capaces de albergar un derrame?....

Más tarde observé otro caso. Era un enfermo altacado de neumonía lobar aguda. Cuando ésta hubo evolucionado, comprobé la existencia de un foco pulmonar de infiltración tuberculosa. El enfermo había quedado extenuado por la afección. Su estado general era cada día peor. La gráfica termométrica indicaba grandes ascensiones vespertinas y poco descenso matutino. Examiné varias veces los pulmones, convenciéndome de que la lesión tuberculosa no era suficiente para explicar el estado del enfermo. Cierta día, una feliz casualidad me hizo notar, en una de las regiones glúteas del paciente, una gran tumefacción sin cambio aparente de la coloración de la piel. Al palparla encontré fluctuación y edema. Era un absceso caliente que desde dos o tres semanas evolucionaba sordamente dilacerando gran extensión de los tejidos profundos de la región. Provocada la salida del pus, la temperatura se hizo normal, el enfermo mejoró y abandonó el lecho en busca de los aires saludables de su pueblo natal.

¿Hubiera sido posible evitar al enfermo la pérdida de energías gastadas luchando contra el absceso, si se hubiera interpretado lógicamente la curva termométrica y observado los tegumentos?

El recuerdo de estos casos y de otros muchos que tengo presentes y que no relato aquí por no permitírmelo las dimensiones de este trabajo, me hace que aconseje a mis compañeros, el que no se hagan cargo de la vi-

gilancia y tratamiento de un número crecido de enfermos, si no pueden dedicarles el tiempo necesario para efectuar exámenes minuciosos y repetidos.

V

El laboratorio, los rayos X, etc., son ayudantes preciosos sin los cuales no podrá pasarse el clínico, dado el actual adelanto de las Ciencias Médicas; pero, no estando estos elementos al alcance de todos, especialmente de aquellos que se ven obligados a trabajar en regiones en donde no es posible obtenerlos, debe el estudiante poseer un caudal de conocimientos y una educación clínica especial para, en muchísimos casos, *bastarse a sí mismo*. El estudiante debe hacer cualquier esfuerzo porque el laboratorio y los Rayos X no sean ayudantes sino testigos de su trabajo, maestros que le indiquen sus errores y prueben sus aciertos.

La importancia de las manipulaciones de laboratorio es cada día mayor, hasta el grado que es imposible deshermanarlas de la clínica. Todo aquel que se preocupe del diagnóstico y curación de las enfermedades, necesita de su ayuda. A diario tenemos casos de sífilis que nos hacen evidente esa hermandad. Hay ulceraciones genitales y extragenitales en las que sólo el ultramicroscopio es capaz de dar la clave del origen, lo que es de enorme importancia si pensamos en la eficacia de los tratamientos precoces modernos.

Pero ¿qué sería del estudiante que, desde el comienzo de sus relaciones con los enfermos, se limitara a los datos que cómodamente dá el laboratorio en casos semejantes? ¿Qué haría cuando mañana, en un apartado pueblo, se encontrara con datos similares y a aquel pueblo aún no hubieran llegado los maravillosos adelantos de la civilización de nuestro siglo? ¿A cuántos errores podría exponerlo el haber despreciado durante su vida universitaria los procedimientos que la clínica le brinda?

Actualmente se tiende a recurrir con demasiada precipitación a los recursos del laboratorio. He visto muchas veces en que no habiendo obtenido un diagnóstico después de una inspección rápida de un enfermo, se interroga al laboratorio acerca del origen y contenido de esputos, secreciones, partículas de tejidos, etc., y tal vez un examen cuidadoso hubiera podido poner en claro lo que se cree un enigma.

En nuestra patria este sistema es de funestas consecuencias. El estudiante debe saberlo para que su aprendizaje no tome rutas evtraviadas y más tarde tenga que lamentarse de ello.

Antiguamente, aquellos viejos, cuyo recuerdo va hundiéndose ya en la penumbrá del olvido, hacían que sus alumnos se ejercitaran en el *arte* de observar a los enfermos; hacían que aquellos pasaran largas horas contemplando los caracteres tal vez de una úlcera simple, tal vez de la deformidad de un miembro después de un traumatismo. Hoy se tiende a olvidar aquellas prácticas, que hacían de los estudiantes clínicos experimentados y sagaces, enviando al laboratorio un frote de la secreción para, en caso de haber espirochete, instituir el tratamiento sifilítico, o pidiendo a las Rayos X una fotografía de los extremos de una fractura y los viejos pedían al estudiante un dibujo de las superficies de fractura.... No critico los recursos que la ciencia, tratando siempre de perfeccionarse, ha encontrado; no, lo que critico es que se haga de los alumnos individuos aptos para trabajar en un medio que desgraciadamente aun no puede ser suyo; critico que se obligue al novel profesional a sustituir su cerebro por una serie de

máquinas que, por costosas, nunca o muy raras veces podrá tener a su alcance.

VI

Es indudable que el plan de estudios de la Facultad de Medicina y Cirugía debe reformarse en muchos puntos; pero merece especial atención el que se refiere al estudio de las clínicas.

Actualmente los servicios de medicina de nuestros hospitales están atendidos por un médico jefe y un estudiante, y cuenta cada uno, poco más o menos, con cuarenta enfermos. El estudiante desempeña las funciones de Practicante Interno. El jefe pasa una visita cada veinticuatro horas; en esa visita el interno presenta los enfermos que han ingresado el día anterior, informa acerca del estado de los que se encuentran en tratamiento y se entiende con todo lo concerniente a la parte científica que se relaciona con la buena marcha del servicio. (Autopsias, inyecciones intravenosas e hipodérmicas, punciones evacuadoras y exploradoras, punciones lumbares, sangrías, tratamiento de los enfermos que ingresan fuera de hora, fórmulas para los enfermos que continúan el tratamiento en sus domicilios, informes médico-legales, cuadros estadísticos, papeletas de defunción, de salida, etc., etc.)

Este trabajo, en el que se ocupan tres o cuatro horas, a más de fatigoso, no proporciona enseñanzas suficientes.

Durante ocho meses del año escolar, exceptuando los incontables días de fiesta, asisten los estudiantes de quinto y sexto año a los servicios en cuestión. Son los Practicantes Externos. No tienen más obligación que dar cuenta de los enfermos "nuevos" que ingresan a las tres o cuatro camas que el profesor de clínica ha tenido a bien asignarles. Este trabajo, en contraposición con el del Interno, es muy reducido y nada provechoso.

Si, tratando de mejorar en algo el actual plan de estudios, se tomara en cuenta esta desigualdad y se hiciera un esfuerzo por remediarla, se lograría algo de lo mucho que se puede hacer en favor del gremio estudiantil y del buen nombre de nuestra escuela.

Cada servicio debe ser atendido por cuatro o cinco practicantes externos a quienes *debe obligarse* a atender y observar minuciosamente y durante el año solar, a ocho o diez enfermos. Estos externos deben estar bajo la vigilancia inmediata de un Interno, quien a su vez atenderá a seis u ocho enfermos. De esta manera el Jefe del Servicio, encontrándose con un trabajo relativamente pequeño y sencillo, puede dedicar más tiempo a la enseñanza que el que actualmente dedica.

Si a esta sencilla, lógica y no onerosa reforma—que es factible con un poco de buena voluntad—se agrega el que el Profesor de Clínica nombrado por la Facultad sea a la vez Jefe de Clínica, podrá llegarse a la fórmula ideal, es decir: mejor enseñanza para el futuro médico y mejor atención para los infelices que solicitan de la caridad humana el alivio de sus dolencias.

En la actualidad el Interno está obligado a hacer exámenes rápidos y por consecuencia insuficientes, de los enfermos que tiene a su cargo y, o examina mal a todos, o se dedica a una parte reducida de ellos con grave perjuicio de los demás.

Generalmente el interno, después del trabajo de la mañana, se encuentra fatigado y no puede dedicar el tiempo necesario al estudio de los cursos de su año; mientras tanto, el externo que no ha hecho más que acercarse unos cuantos minutos al Hospital, se enfrasca en la lectura de sus

libros, perdiendo un tiempo precioso que debe dedicar al aprendizaje práctico que reporta el examen de los enfermos.

En el Segundo Servicio de Medicina de Hombres del Hospital General, en el tiempo que serví como Practicante Interno, tuve ocasión de poner en práctica la reforma que hoy propongo y pude experimentar sus felices resultados. En esa época varios compañeros tuvieron la deferencia de trabajar adaptándose al plan mencionado y, si ahora tratara de referir los innumerables casos en que su cooperación me libró de cometer deplorables errores y los provechosos resultados que tanto ellos como yo obtuvimos, tendría material para escribir un libro de muchas páginas.

Estoy seguro que las personas directoras de nuestro Hospital General verían con sumo agrado la realización de mis deseos ya que se trata del adelanto de la enseñanza médico-quirúrgica en Guatemala, del buen nombre de nuestra Facultad y de la mejor asistencia de los desvalidos.

SEGUNDA PARTE

Expuestas ya las razones que pueden aducirse en favor del examen sistemático y completo de los enfermos, trataré en esta parte del medio que está al alcance de los estudiantes para habituarse a efectuar con provecho ese examen.

Para acostumbrarse a examinar bien a los enfermos y adquirir también un número considerable de conocimientos sólidos y objetivos, el estudiante deberá, desde su aparición en las salas de medicina de los hospitales, tomar *observaciones escritas* de los enfermos que se le indique para su estudio y cuidado.

La observación clínica escrita es el mejor maestro del estudiante. Ella le hará notar sus errores, le indicará las variaciones a que está sujeto el examen de los diferentes enfermos; será un testigo fiel de sus adelantos, lo impulsará a buscar en sus enfermos lo que los libros le dicen; lo hará convencerse de la vieja verdad: "*No hay enfermedades sino enfermos*"; comparando los datos obtenidos al examinar a los enfermos con los que los clásicos consignan en sus obras maestras, le hará notar las enormes dificultades que ha de encontrar en el ejercicio de su profesión, en vista de las innumerables combinaciones que forman los signos y síntomas, faltando en ciertos enfermos y presentándose con caracteres equívocos en otros.

No debe el estudiante olvidarse que, al obtener el título profesional, dejará de estar en contacto con su gran amigo: el Hospital, que ya no oír la crítica estudiantil como juez estricto de sus actos, y que la mano del profesor dejará de apoyarse amistosamente sobre sus hombros al ceder el menor error. Las enseñanzas que entonces obtendrá serán a costa de la salud de los enfermos que confían en su ciencia.

También tendrá presente que no volverá a los hospitales centrales sino después de un noviciado pasado seguramente en lejano poblado, en donde su único censor será su conciencia y en donde se dará cuenta de la ausencia de los jefes y compañeros que no le escatimaron consejos y enseñanzas. Y no será sino después de haber probado con hechos su sapiencia y, cuando tal vez las canas apunten en sus sienas, que será requerida su cooperación en los hospitales, para llenar los huecos que dejen los viejos que se van. . . .

Una observación clínica es el relato fiel y exacta de la historia pato-

lógica, con mención de los síntomas y signos encontrados y el diagnóstico, evolución, complicación y tratamiento de la, o las enfermedades sufridas por un enfermo.

Toda observación debe ser escrita con letra clara y bien legible; con signos, abreviaturas y esquemas que puedan ser comprendidos por cualquier iniciado en la profesión.

Siempre debe tenerse presente que una observación es un trabajo que reportará beneficios no solo en provecho propio y en el de los enfermos, sino que también será útil a las generaciones venideras para el estudio de la Patología Regional. Aquel que legara una historia escrita de sus fracasos y de sus triunfos, sus pequeños descubrimientos, el producto de las deducciones de toda una vida de estudio y observación, puede decirse que habría hecho una obra verdaderamente meritoria en favor de la Medicina en general y de la Patología particular de su patria.

Todos conocemos los problemas que se presentan a diario y que dependen exclusivamente de las condiciones de situación geográfica, raza, variaciones atmosféricas, etc., etc., que no son resueltos por falta de observaciones repetidas durante muchos años.

El médico que conserva la historia de sus enfermos tiene en ello una gran ayuda; su memoria no es capaz de retener todos los detalles recogidos en el momento del examen; las observaciones hacen en este caso las veces de una segunda memoria que guarda enseñanzas que un solo cerebro no sería capaz de retener.

Recuerdo un caso en el que mi libro de observaciones me ayudó a salvar la vida de un hombre. Fué una mañana, al entrar a uno de los Servicios de Medicina del Hospital General. Un hombre "en coma" estaba extendido en una cama; alrededor de él, varios compañeros; lo habían examinado cuidadosamente; repetí el examen, pero fué imposible llegar a una conclusión. El tratamiento de aquel moribundo se imponía. Era domingo, el Jefe del Servicio no llegaría. Una feliz casualidad me hizo recordar mi libro de observaciones. Vi en la papeleta el nombre que la familia había dado a las Hermanas de la Caridad; busqué en mi índice: hacía un año que el enfermo había estado en el Hospital.... Cinco minutos después daba a mis compañeros este dato: X. X. gripe.... glucosa en la orina. Lo que me permitió instituir el tratamiento apropiado y salvar la vida de un enfermo.

Para coleccionar las observaciones puede usarse libros en blanco (libros de actas) sin rayado ni leyendas especiales; o libros de hojas desmontables que son muy prácticos porque en ellos puede intercalarse informes de laboratorio, correspondencia que se sostenga acerca de los enfermos, etc., etc.; pero presentan el inconveniente de su precio elevado. Los libros con indicaciones impresas que usan algunos médicos americanos, deben proibirse porque inducen al estudiante a efectuar el examen en determinado orden, lo que no es posible, como ya he dicho anteriormente.

Los estudiantes (y aún muchos profesionales) explican su aversión por las observaciones clínicas escritas diciendo que "*roban mucho tiempo,*" que no sería posible escribir la historia y pormenores de todos los enfermos que se ven obligados a examinar. Aparentemente, tienen razón: yo recuerdo que las diez primeras observaciones que hube de tomar para satisfacer los deseos de mi Profesor de Clínica Quirúrgica, me hicieron perder un tiempo precioso; trabajaba cuatro a seis horas cada día, algunas observaciones llegaron a tener veinticuatro páginas escritas con letra muy menuda y.... con el diagnóstico errado! Pero también recuerdo los consejos de aquel Profesor: "*Continúe usted, con el tiempo las hará mejor; más con-*

cisas, más científicas, con más datos útiles y menos inútiles”.... Yo escribía todo lo que mis enfermos me dictaban; en mis observaciones se encontraban las historias completas de familias numerosas y pasados patológicos llenos de teorías populares y tratamientos empíricos.... que de nada podían servir, como no fuera para que mi maestro sonriera amablemente....

Solo la costumbre y el continuo ejercicio, son capaces de enseñar al estudiante qué clase de datos no debe anotar, cuáles son los detalles en que debe insistir, y en los que debe poner toda su sagacidad para encontrar lo cierto y útil. Cada vez que se escribe una observación, se hace más corta y concisa y se llega—con ayuda de signos y abreviaturas convencionales (que se encontrarán más adelante)—a tomar una observación gastando el mismo tiempo que si se limitara a examinar al enfermo como se hace corrientemente.

Es muy natural que el médico que atiende un Servicio con cuarenta enfermos, que atiende otros cuarenta en su consultorio y que visita a quince o veinte en sus domicilios, no pueda llevar observaciones como recomiendo a los estudiantes. Pero si, durante su aprendizaje se dedicó a examinar enfermos siguiendo un orden que le obliga a investigar el funcionamiento de todos los órganos, a observar todo lo anormal, a interpretar todos los signos y síntomas presentados por los enfermos puede, más fácilmente que el que no lo hizo, llegar a diagnósticos exactos.

Así pues, aconsejo a los estudiantes que se desalientan por el enorme trabajo y las dificultades que van a encontrar en los momentos de sus primeros ensayos, que no desmayen, que prosigan, teniendo en cuenta que únicamente la práctica de varios años de labor constante, irá subsanando estos inconvenientes.

Una observación completa consta de las partes siguientes:

- 1.—Número de orden.
- 2.—Nombre del enfermo.
- 3.—Sexo.
- 4.—Edad.
- 5.—Estado.
- 6.—Origen.
- 7.—Residencia.
- 8.—Oficio.
- 9.—Fecha del examen.
- 10.—Lugar del examen.
- 11.—Síntomas por los que el enfermo busca la asistencia médica.
- 12.—Antecedentes hereditarios.
- 13.—Antecedentes colaterales.
- 14.—Antecedentes personales.
- 15.—Historia de la enfermedad.
- 16.—Estado actual.
- 17.—Examen de los diferentes aparatos.
- 18.—Tratamientos anteriores.
- 19.—Informes de laboratorio.
- 20.—Diagnóstico.
- 21.—Pronóstico.
- 22.—Marcha y tratamiento de la enfermedad.
- 23.—Gráficas de las curvas termométrica, de la respiración y del pulso.
- 24.—Gráfica de la eliminación urinaria.
- 25.—Terminación.

26.—Autopsia.

CUADRO QUE INDICA EL ORDEN QUE DEBE SEGUIRSE PARA EXAMINAR BIEN A UN ENFERMO Y QUE SERVIRA DE GUIA PARA LA INVESTIGACION DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS (1).

- Número de orden
- Nombre del enfermo
- Sexo
- Edad
- Estado
 - soltero
 - casado
 - viudo (2)
- Origen
- Residencia (3)
- Diferentes oficios (4)
- Fecha del examen
- Lugar del examen (5)
- Causas que obligan al paciente a buscar al médico (6)
- Antecedentes hereditarios (7)
 - padre
 - madre
 - abuelos (8)
- Antecedentes colaterales
 - hermanos
 - tíos
 - primos
- Antecedentes personales
 - infancia
 - juventud
 - adulto
- Historia de la enfermedad (9)

(1) Este cuadro ha sido levantado para hacer el examen de un enfermo de medicina. Para adaptarlo a enfermos de cirugía, ginecología, vías urinarias, etc., habría de hacerse modificaciones que equivalen a seguir un método diferente.

Deberá usarse *en el momento del examen*; de esta manera hará las veces de un maestro que enseña a tomar observaciones.

(2) En el sentido científico de la palabra.

(3) Especificando el tiempo.

(4) Consignar el tiempo que se ha dedicado a cada uno de ellos.

(5) Hospital, clínica particular, domicilio, etc.

(6) Anotar únicamente lo que tenga relación con una enfermedad. Poner entre comillas las palabras textuales del enfermo. No usar técnicos científicos más que si el enfermo los dá; en este caso también irán entre comillas.

(7) En ciertos casos, que no pueden regularse y que quedan al juicio del práctico, podrá pasarse inmediatamente a la historia de la enfermedad pero en tesis general, tratará de ceñirse al orden marcado.

(8) Algunas veces.

(9) La recolección de esta larga serie de datos es fatigosa para el enfermo y para el observador y, si no se ha adquirido hábito en ello, es muy fácil dejar transcurrir un tiempo precioso oyendo relatos sin ninguna importancia, a los que son tan propensos ciertos enfermos. El estudiante, conforme vaya conociendo a los enfermos y perfeccionándose en el arte de interrogarlos, irá dando mayor importancia a los datos que han de servirle y desechando los que considere inútiles.

Estado actual (10)
conciencia, inteligencia
normal
disminuida
abolida

Talla y estructura del cuerpo.

Estado de la nutrición
enflaquecimiento.

Estado de las fuerzas

(Darse cuenta si el enfermo está agotado, cansado; si se mueve penosamente; si conserva su actitud normal en el lecho o si se muestra como sin resistencia bajo las ropas).

Posición en el lecho (11)

sentado
decúbito lateral
decúbito dorsal
decúbito ventral
inestable.

Constitución y aspecto exterior

hábito tísico
aspecto apopléctico.

Sistema óseo

débil
potente
cifosis
escoliosis
lordosis
cifo-escoliosis
deformaciones craneanas
tibia en lámina de sable.

Músculos

duros
blandos
atrofias
hipertrofias.

Piel y Tejido celular sub-cutáneo

Coloración

Generalmente, en un consultorio y para enfermedades crónicas, se suspende el examen en este momento. Así el enfermo no se desespera y el médico puede recapacitar en detalles que haya omitido o en un nuevo giro que deba dar al interrogatorio.

(10) A esta categoría pertenecen las manifestaciones que, sin necesidad de amplias investigaciones, aparecen al primer golpe de vista y a las cuales el estudiante debe acostumbrarse pensando siempre que de pequeñas causas se sacan las mejores conclusiones, por una parte, y por otra, le despertará el hábito de observación, cualidad indispensable en un buen clínico.

(11) La actitud del enfermo en el lecho da en ciertos casos buenas indicaciones clínicas. Los asmáticos, los disneicos por intoxicación urémica, están sentados y aun de pie. Los neumónicos se acuestan sobre el lado opuesto al punto de costado, si este es muy intenso; los pleuríticos, sobre todo si el derrame es muy considerable, se acuestan sobre el lado enfermo. Las pleuresías diafragmáticas y las pericarditis con derrame provocan ordinariamente una actitud especial, definida por la palabra "disnea genupectoral." (Gendrin, Merklen, Bosc).

En diversas afecciones que se acompañan de dolores abdominales, el paciente flexiona los muslos. En ciertas afecciones cerebro-espinales; fiebre tifoidea ataxo-adi-námica, el enfermo está muchas veces *apelotonado* sobre sí mismo. Esta actitud coincide frecuentemente con el signo de Kernig.

palidez
enrojecimiento
bronceada
amarilla
verduzca
cianosis

Pigmentación

efélides
cloasma. (12)

Exantemas

del sarampión
de la escarlatina
puntiformes
confluentes
petequias
sudamina
medicamentosos
lesiones de rascado.

Crisis sudorales.

Cicatrices

Edema.

Enfisema sub-cutáneo.

Investigación del pulso y de la temperatura y estudio de sus relaciones íntimas.

EXAMEN DE LOS DIFERENTES APARATOS ORGANICOS. (13)

TEMPERATURA.

Oscilante

Remitente

Continua.

(12) Además se observan coloraciones anormales de la piel en las enfermedades más diversas. La clorosis dá a la piel una coloración blanco mate de cera. Esta coloración es muy especial y difiere del tinte pálido de los tuberculosos, de la palidez extrema de los albuminúricos, de los sífilíticos, de los ateromatosos.

En los cancerosos, sobre todo en el cáncer del útero, del estómago en el último estado, la piel toma una coloración amarillo paja.

En ciertas alteraciones de la piel, superficies cutáneas más o menos extensas, son de un blanco particular (vitiligo). En otros casos son manchas amarillas situadas en lugares muy particulares (placas amarillas de los párpados) en donde quedan localizadas o se generalizan, constituyendo las diferentes variedades de xantelasmas o xantomias (xantoma plano, tuberculoso).

(13) Después de cada órgano o aparato se encontrará, en forma de tabla, lo que debe investigarse. Por ejemplo, en el Aparato Digestivo dice:

Boca

Labios

volumen
aumento
disminución
coloración
cianosis
palidez, etc.

Lo que indica al estudiante que, al examinar el aparato digestivo, debe empezar por la boca, fijando primeramente su atención en los labios cuyo volumen puede estar aumentado o disminuido, cuya coloración puede ser pálida o cianótica, etc.

Como se verá, este cuadro es inútil sino se usa a la cabecera del enfermo y con el fin de aprender a habituarse a tomar observaciones escritas.

FACIES.

HABITO EXTERNO

Decúbito
Actitud
Marcha.

PIEL Y TEJIDO SUB-CUTANEO

Erupciones
Transpiración
 exagerada
 disminuida
Edema y anasarca
Circulación sub-cutánea.

APARATO DIGESTIVO.

Boca.

Labios

 volumen
 aumento
 disminución,
 coloración
 cianosis
 palidez,
 erupciones
 herpes
 impétigo
 perleche,
 defecto de conformación
 leporino
 unilateral
 bilateral
 ulceraciones (véase Lengua).

Piso de la boca

 abscesos
 ránulas
 quistes salivares
 ulceraciones del frenillo

Bóveda palatina

 en ogiva
 perforada.

Velo del paladar

 inerte
 flácido
 perforado.

Uvula

 inclinada a un lado
 latidos.

Mucosa

 coloración
 rojo vivo
 enantema
 cianosada
 pálida

equimosis
placas de pigmentación oscura.

aspecto

lisa y lustrosa
seca
fuliginosa
muguet.

ulceraciones

aftas
estomatitis ulcero-membranosa
(véase Lengua).

Encías

fístulas
piorrea alvéolo-dentaria
hemorragias
margen color de pizarra
atrofia.

Dientes

número
implantación
defectuosa
regular
irregular.
dirección.
tamaño
macrodontia
microdontia.

color

blancos
amarillos
grises.

aspecto

sarro.

alteraciones

desgaste
quebradura
caries

malas conformaciones
dientes de Hutchinson.

Lengua

trastornos funcionales
fenómenos sensitivos
anestesia
dolor

fenómenos motores

desviación
a derecha
a izquierda.

se mueven con dificultad.

fenómenos sensoriales

modificación, abolición o perversión del gusto.

volumen

macroglosia
microglosia.

- coloración
 - blanca (saburral)
 - de porcelana (Faissans)
 - negra
 - roja.
- aspecto
 - seca (tostada)
 - escrotal
 - despapelada (lisa)
 - leucoplasia
 - muguet.
- ulceraciones
 - aftas
 - estomatitis
 - herpes
 - chancro blando
 - chancro duro
 - chancro mixto
 - traumáticas
 - tuberculosas
 - neoplásicas
- Faringe
 - disfagia
 - cuerno.
 - tacto bucal
 - absceso
 - vegetaciones adenoideas.
- Esófago
 - disfagia
 - para los sólidos
 - para los líquidos.
 - tumefacción del cuello.
 - ruido hidro-aerico.
 - ruido de clapotaje.
- Estómago
 - inspección
 - ensanchamiento de la parte superior del abdomen
 - depresión de la parte superior del abdomen
 - movimientos peristálticos.
 - Palpación
 - dolor
 - tumefacción
 - ruido hidro-aerico
 - sucusión.
 - Percusión
 - borde inferior
- Intestinos delgado y grueso
 - retracción del vientre
 - total
 - circunscrita
 - aumento de volumen del vientre
 - total
 - local.

movimientos peristálticos.
movimientos antiperistálticos.

Palpación

flacidez
resistencia
total
local.
gorgoteo
puntos dolorosos
de Morris
de Lans
de Mac Burney.

Percusión

zonas sonoras
zonas mates

Recto.

ulceraciones y erupciones
prolapso
hemorroides externos
abscesos de la margen
pólipos
fistulas.
tacto rectal
hemorroides internos
fistulas
pólipos
fisuras
tumores
dilataciones
estrecheces
materias fecales
próstata
vesículas seminales
útero
bajo fondo de la vejiga
fondos de saco sub-peritoneales
articulación sacro-coxígia
coxis

Vómitos

alimenticios
mucosos
pituitosos
biliosos
sangrantes
rojos
negros
purulentos
fecaloideos.

Deyecciones

serosas
mucosas
biliosas
purulentas
sangrantes (melena)

verdes
riziformes
lientéricas.

APARATO BILIAR.

Ictericia
Dolor hepático.
Volúmen del hígado
 aumento
 parcial
 general
 disminución.
Desplazamiento del hígado.
Induraciones.
Estremecimiento hidático.

BAZO.

Dolor esplénico
Tumefacción del bazo.

PANCREAS. (14)

Signos locales

giba (4 o 5 cms. arriba del ombligo).
tumor
 fijo, duro (cáncer)
 elástico (quiste)
 vesícula biliar distendida.

dolor localizado

punto de Desjardins
zona pancreático-coledociana de Chauffard.
matidez (en los tumores grandes; entre dos zonas sonoras;
desaparece al insuflar el estómago; se moviliza poco).

Signos debidos a la compresión

lesiones de la cabeza del páncreas
 ictericia con dilatación de la vesícula biliar
 compresión del duódono y del píloro.
 compresión de la vena porta (ascitis)
 compresión de la vena cava (edema de los miembros infe-
 riores)
 compresión del uréter (hidronefrosis).

lesiones del cuerpo del páncreas

alteraciones del plexo celiaco (neuralgias vivas, náuseas,
vómitos, cólicos, plenitud intestinal) .

Signos de insuficiencia pancreática

diarrea
aceleración de la travesía intestinal
falta de absorción y desdoblamiento de las grasas (esteatorrea)
náuseas
vómitos

(14) Dada la importancia, cada día mayor, de las enfermedades del páncreas y la frecuencia con que se deja de investigarlas, he creído de interés, especialmente para los estudiantes, consignar aquí un ligero resumen de los síntomas que estas lesiones provocan más a menudo.

cólico
dolores epigástricos
sialorrea (poco importante).

Examen macroscópico de las heces (el más importante). (15)
en caso de secreción muy disminuida:

tinte claro
consistencia arcillosa
si se les tritura con agua, se forma en la superficie una película de emulsión de las grasas.
bastoncillos oscuros parecidos a astillas de madera (residuos de tejido muscular).

Examen microscópico
gotitas de grasa o de ácidos grasos
fibras musculares.

Examen químico
acidez (tornasol)
dosificación de las grasas
dosificación del nitrógeno total.

Signos obtenidos por el examen de la orina
yodoformo o salol (en cápsulas de gelatina).

ARARATO CIRCULATORIO.

Corazón.

Dolor precordial

Palpitaciones

Giba o depresión precordial

Choque cardíaco

fuerza

sitio.

Estremecimiento vibratorio

matidez precordial

aumento

disminución.

Modificaciones de los ruidos normales

páncreas:

En la mañana:

medio litro de leche y 50 gramos de pan.

(15) Régimen de Schmidt para el examen de las heces en las afecciones del

A las diez de la mañana:

el siguiente atol:

40 gramos de harina de avena,

10 gramos de mantequilla,

200 gramos de leche,

300 gramos de agua,

un huevo,

un poco de sal.

A las doce:

125 gramos de carne cruda de res, picada; cocida en la superficie con

20 gramos de mantequilla, de manera que el centro quede crudo.

200 gramos de puré fino de papas,

100 gramos de leche y

10 gramos de mantequilla con un poco de sal.

A las cuatro de la tarde:

como por la mañana.

A las seis de la tarde:

Como a las diez de la mañana.

Este régimen es para tres días. Se recogen las materias fecales al cuarto

día. Dar por la mañana y por la tarde una oblea de carmín (0 gr. 30).

sitio
intensidad
timbre
frecuencia
ritmo
número.

Ruidos anormales.
soplos cardíacos
frote pericárdico
ruido de molino.

Arterias.

Latidos
Induraciones
Pulso arterial
frecuencia
fuerza
regularidad
dicotismo

Chasquidos y soplos arteriales.

Venas.

Dilataciones
Pulso venoso
Murmullos y ruidos venosos.

ARARATO URINARIO.

Región lumbar
volumen
aumento
disminución
edema.

Puntos renales dolorosos
costo-vertebral
costo-muscular
sub-costal
para-umbilical o ureteral superior
ureteral medio
vesico-vaginal o vesico-rectal
supra-intra-espinoso
inguinal
supra-iliaco lateral.

Peloteo renal.

Zona de sonoridad

Cistoscopia

ulceraciones alrededor de los meatos ureterales
caracteres de la orina a la salida de los ureteres
forma del meato ureteral
grado de abertura
coloración de la zona vecina.

Cateterismo ureteral

permeabilidad de los ureteres
estrechez
cálculo.
eyaculación ureteral

interminente
continua.

Modificaciones físico-químicas de la orina

cantidad
poliuria
oliguria
anuria.

color
claro
oscuro
rojo
caoba
verdoso
negruzco
lechoso.

densidad
aumento
disminución.

transparencia
en el momento de la emisión
después de la emisión.

reacción
alcalina
ácida.

Modificaciones de los elementos normales de la orina

urea
aumento
disminución.

ácido úrico y uratos
aumento
disminución.

cloruros
fosfatos
oxalatos
materias colorantes
materias grasas.

Elementos accidentales de la orina

glicosuria
albuminuria
azoturia
hematuria
hemoglobinuria
bilis
pus
células epiteliales
cilindros urinarios.

Trastornos de la excreción de la orina

polakiuria
incontinencia
retención.

ARARATO RESPIRATORIO.

forma de la nariz (rinopatías)

Pupilas (desigualdad)

Punto de costado

Sitio

Irradiación

Agudo

Sub-agudo.

Disnea.

Aguda

Crónica

Muy ligera (movimientos respiratorios aumentados)

Muy intensa (movimientos respiratorios disminuidos)

con aceleración de los movimientos respiratorios (polipnea)

con retardo de los movimientos respiratorios

por trastorno inspiratorio

güelfago

tiro supra e infra-esternal

con irregularidad del ritmo respiratorio.

Tos

Seca

Húmeda

Frecuencia

Timbre

cantante

velado

sordo

bitonal, etc.

Ritmo

Emetisante

Quintosa

Gástrica

Eructante

Voz

Nasal

Amigdaliana

Ronca

Quebrada

Blanca

Bitonal

Afonía.

Espectoración

Abundancia

Color

negra

blanquecina

gris verdosa

verde

verde amarilla

herrumbroso

vinoso

rojo con gris verdoso

rojo negruzco

jalea de grosella.

Olor

Sabor

salada

ligeramente salada

sosa

azucarada.

Transparencia

Consistencia

Aereación

esputos mucosos

esputos serosos

esputos purulentos

esputos moco-purulentos o numulares

esputos que se fusionan como puré de arbejas

esputos sero-purulentos.

esputos sanguinolentos.

Hemotisis.

Dos o tres esputos rojos

Puede continuar varios días (hemotisis fraccionada)

Masiva

Fulminante.

LESIONES DEL APARATO RESPIRATORIO.

Inspección.

Tegumentos

erupciones cutáneas

cicatrices

ganglios supra-claviculares y axilares

edemas

red venosa desarrollada

tumefacción pulsátil.

Partes blandas

tórax flaco con salientes óseas

atrofias musculares

signo de los espinales.

Configuración general de la caja torácica

raquitismo

escoliosis

deformaciones profesionales

periostitis, osteitis, tumor óseo

tórax ensanchado, conoide

tórax estrecho

tórax casi cilíndrico

dilatación de una mitad del tórax

dilatación parcial del tórax

depresiones parciales.

Caracteres de los movimientos respiratorios

Número

Regularidad

relación de la inspiración a la espiración

ritmo

tipo

sinérgia de las dos mitades
depressiones (del güelfo)
gibas en la espiración
generales
circunscritas.

Medidas

Perimétrica
Diamétrica
Cirtometría
Signo de la cuerda.

Palpación.

Relieves y tonicidad de los grupos musculares
Salientes o depressiones de los huesos
Puntos dolorosos
Crepitación de enfisema sub-cutáneo
Fluctuación de absceso
Latidos de aneurisma o empiema
Amplexación
Disminución de la excursión torácica
Inmovilización de las costillas y espacios intercostales
Valor respiratorio de los vértices
Frotos pleurales
Grandes estertores brónquicos
Flote transtorácico
Vibraciones vocales
aumentadas
disminuídas
abolidas.

Percusión

Sonoridad
aumentada
con timpanismo
sin timpanismo.
disminuída
matidez
sub-matidez.
skodismo
línea de Damoiseau
línea en S de Garland
triángulo para-vertebral de sub-matidez de Garland
hipofonesis para-vertebral opuesta de Grocco.

Tonalidad

fenómeno de Wintrich
fenómeno de Gerhardt.

Timbre

resonancia anfórica o metálica
ruido de vasija rajada.

Auscultación.

Respiración

intensidad
fuerte (exagerada, pueril, suplementaria)
débil

generalizada
localizada
 en un pulmón
 en una parte de un pulmón.

nula.

Ritmo

 expiración prolongada
 respiración sacudida
 de origen pleural
 de origen brónquico
 de origen pulmonar
 de origen cardiaco.

Tonalidad

 descenso (respiración baja o grave)
 elevación (alta o aguda).

Timbre

 respiración ruda
 general
 circunscrita
 pasajera y móvil
 persistente y fija

Soplos.

 Respiración soplante
 Soplo tubario (también llamado brónquico)
 Soplo pleurítico
 Soplo cavernoso
 Soplo anfórico.

Frotes

 Secos y gruesos
 De retorno o metapleuríticos
 Húmedos (frotes estertores, frotes-crujidos).

Estertores.

 Secos (vibrantes o sonoros)
 sonoros (*ronflants*)
 sibilantes

 Húmedos (mucosos, *bulleux*)

 crepitantes
 de retorno
 frotes-estertores (o crepitaciones subpleurales)
 estertores de desplegamiento (Brouardel).
 sub-crepitantes (mucosos propiamente dichos)
 finos
 gruesos
 medianos.
 crujidos
 secos
 húmedos.

 cavernosos (con el soplo cavernoso constituyen el gorgoteo).

Ruidos adventicios.

 Ruido de bandera
 Ruido de válvula
 Ruido de tic-tac

Tintineo metálico.

Voz.

Repercusión exagerada

Brónquica (o broncofonía)

Cavernosa (o pectoriloquia)

Anfórica

De cabra (de polichinela o egofonía)

Pectoriloquia afónica.

Tos.

Repercusión exagerada.

Combinaciones de la auscultación con la percusión.

Trasonancia torácica

Ruido de bronce

Signo del sueldo

Signo del chasquido xifoidiano

Fluctuación torácica.

SISTEMA NERVIOSO.

Motilidad.

Atrófias

localizadas

difusas.

Hipertrófias

Temblores fibrilares

Mioedema.

Examen funcional de los músculos.

Durante su actividad continua

tono muscular

reflejo de fijación de Foster.

tono esfinteriano.

Hipotonicidad.

Hiperextensión de los dedos sobre la mano

Hiperextensión de la mano sobre el puño

Hiperflexión del antebrazo sobre el brazo

Flexión exagerada del tronco hacia adelante

Enderezar los miembros inferiores más de cien grados

Gran separación de los muslos

Genu recurvatum

Tocar la nalga con el talón.

Hipertonicidad. Contracturas

Contractura con exageración de los reflejos tendinosos,

Contractura con exageración de los reflejos cutáneos,

Contractura histérica

generalizadas

semi contractura

de los miembros inferiores

parciales.

Signo de Kernig.

Catalepsia.

Catatonia.

DURANTE SU MOVILIDAD VOLUNTARIA.

Cara.

subir las cejas
fruncir el frontal
cerrar los ojos (los dos y uno solo)
pestañear
soplar
silvar
sacar la lengua
bajar la cabeza
abrir la boca.
Músculos masticadores
echar la cabeza hacia atrás
echar la cabeza hacia adelante
echar la cabeza hacia la izquierda
echar la cabeza hacia la derecha
volar la cabeza a los lados.

Tórax

medida.

Músculos espinales

inclinarse hacia adelante.

Abdómen

piernas separadas, torción del busto
acostado, hacerle levantar las piernas.

Miembros superiores.

(brazos sobre el hombro)

abducción
adducción
antepulsión
circumducción.

(brazo)

flexión
extensión.
(antebrazo)
supinación

pronación
flexión
extensión.

(mano)

flexión
extensión
separación de los dedos
oposición del pulgar
abotonar el vestido
dinamómetro.

Miembros inferiores.

(muslo sobre la pelvis)

flexión
extensión
abducción
adducción
rotación.

(pierna)

flexión
extensión
rotación.
(pié)
flexión
extensión
rotación
dedos.

Al explorar estos movimientos, puede encontrarse:
parálisis

parciales
monoplégia
paraplégia
hemiplégia
flácidas
espasmódicas.

Equilibrio estático.

Signo de Romberg

Astasia.

Marcha.

Marcha hemiplégica
Marcha espasmódica
Marcha de la enfermedad de Little
Marcha tabética
Marcha de las neuritis (*steppage*)
Marcha cerebelosa
titubeo
asinérgica.

Marcha cerebelo-espasmódica
Marcha de pasos pequeños
Marcha de pato
Marcha de los coreicos
Marcha de los paralíticos generales
Marcha de la enfermedad de Parkinson
Marcha de los enfermos de tics.

Sincinesias

Automáticas
Homolaterales
Contralaterales
asimétricas
simétricas.

Oscilación de los brazos perturbada
Flexión combinada del muslo y del tronco
Signo de Grasset, Gaussel y Bychowski
Fenómeno de Hooner
Signo de Charles Bell
Signo de Negro.

Incoordinaciones.

Ataxia
signo de Romberg
Oscilación de las piernas levantadas
marcha tabética

movimientos aislados (enfermo acostado)
tocar con un pié la mano a 50 cms.
tocar con un pié la región glútea correspondiente
tocar la rodilla con el talón opuesto
tocar con el índice la punta de la nariz
con los ojos abiertos
con los ojos cerrados
tomar un vaso que está en una mesa
tomar un alfiler que está en un plato.
abotonar y desabotonar el vestido.

Laberíntica

el enfermo siente vértigos (acostado)
pérdida de la noción de rotación
perturbación de la prueba de Barani
trastorno del vértigo voltaico
concomitancia de trastornos auditivos
ausencia de fenómenos cerebelosos.

Cerebelosa.

titubeo
asineria
marcha asinérgica
de pié
caída al dar media vuelta
poner los pies sobre una silla
subir una escalera.
sentado
tocar con el pié una mano a 50 cms.
acostado
llevar los talones cerca de la región glútea
flexión combinada del muslo y del tronco.
movimientos desmesurados
tocar la nariz con el índice
trazar una línea horizontal (sobre un papel).
adiadocinesia
temblor
escritura
catalepsia cerebelosa
prueba del índice

Convulsiones y crisis convulsivas.

Generalizadas

Parciales

Clónicas

Tónicas

Tics.

Tipo tónico

Tipo clónico

Espasmos.

Lesión irritativa de un conductor centrípeto

Lesión irritativa del centro de reflectividad

Lesión irritativa de un conductor centrífugo.

Calambres.

Temblor.

Generalizado

Parcial

Oscilaciones lentas

Oscilaciones medianas

Oscilaciones rápidas

más marcado en el reposo

más marcado durante los movimientos voluntarios

esencial, hereditario

en las enfermedades infecciosas

en las intoxicaciones

alcohol

mercurio

plomo

tabaco

té

café

arsénico, etc.

en las neurosis

neurastenia

histeria.

en las afecciones del sistema nervioso

parálisis general

enfermedad de Wilson

hemiplegia

síndrome de Benedickt

enfermedad de Parkinson

lesiones bulbo-protuberanciales

esclerosis en placas

afecciones cerebelosas

enfermedad de Freidreich

enfermedad de Basedow.

Corea.

deHuntington

paralítica

generalizada

hemipléjica

parapléjica

monopléjica

variable de los degenerados

llamada sintomática

hemi-corea post hemipléjica

en la enfermedad de Basedow.

Atetosis.

Doble

Hemi atetosis.

Feflejos.

Perióstico-tendinosos

rotuliano

contra lateral de los adductores

de los adductores

contra lateral del cuadrípedes

dorso-cuboidiano de Mendel-Bechterew

aquiliano
trepidación epileptoide (clonus del pié)
clonus de la rótula
acromial
del gran pectoral
bicipital
de los flexores y extensores
periostio-cubital
olecraneano
radial
maseterino
signo del facial
signo de Weiss
contracción idio-muscular.

Cutáneos

plantar
fenómeno de los dedos (Babinski)
signo del abanico
de la fascia lata
cremasteriano
anal
abdominales
superior
medio
inferior
tibial (llamado de Oppenheim)
paradojal de los flexores de Gordon.

Mucosos

faríngeo
corneano
nasal
conjuntival.

Esfínteres.

Retención de orina
aguda
crónica.

Incontinencia de orina

Retención de materias fecales

Incontinencia de materias fecales.

Trastornos genitales.

(Mujer)

impotencia

Vaginismo

superior

inferior.

Crisis clitoridianas

Dismenorrea

Amenorrea.

(Hombre)

Impotencia

falta de excitación cerebral

afección de los órganos génito-urinarios

trastorno del arco reflejo genital.

Espermatorrea
Dispermatismo funcional
Priapismo

SENSIBILIDAD.

Sensibilidad superficial.

Táctil (círculos de Weber)

Sensibilidad al dolor

hiperalgesia

hipoalgesia

analgesia.

Térmica.

Sensibilidad profunda.

Muscular

A la presión (barestesia)

barhiperestesia

barhipoestesia

baranestesia.

Osea (pallestesia).

Sentido de los movimientos pasivos y de las actitudes segmentarias

Sensibilidad de los troncos nerviosos

Visceral

Sentido estereognóstico

tiempo de identificación primaria

tiempo de identificación secundaria.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS.

Olfato.

Hiperosmia

Parosmia

Anosmia

Gusto.

Paraguesia

Hipoguesia

Agnesia

Ojos.

Exoftalmía

Enoftalmía

Movilidad externa

Nistagmus

Sacudidas nistagniformes

Diplopía

Diámetro de las pupilas

Estado del iris

Hippus fisiológico

Reflejo conjuntival

Reflejo corneano

Reflejo pupilar a la acomodación y a la convergencia

Reflejo pupilar al dolor

Reflejo pupilar a la luz

Campo visual
aumento

disminución
escotomas.

Agudeza visual

Percepción de los colores

Fondo del ojo (examen oftalmoscópico).

Oído.

Acústica

agudeza auditiva

prueba de Rinn

prueba de Weber

prueba de Swabach.

Equilibrio.

prueba de Romberg

post-nistagmus rotario.

nistagmus calórico

vértigo voltaico

desviación de la marcha después de la prueba térmica.

Trastornos vaso-motores de la piel.

Vaso constricción

sensación de dedo muerto

enfermedad de Raynaud.

Vaso dilatación

eritromelalgia

emociones

ereutofobia

aura vaso motriz (epilepsia)

raya meningítica (meningitis)

dermografismo

acro-cianosis crónica hipertrofiante.

Naevi

Hemorragias cutáneas

Edema nervioso.

Trastornos sudorales.

Hiperidrosis

generalizada

localizada (ephidrosis).

Anidrosis

Espontáneos

Provocados (pilocarpina)

Trastornos térmicos

Aumento de la temperatura local

Disminución de la temperatura local.

Trastornos tróficos.

Pelo.

Hipertrichosis

generalizada

localizada.

Uñas.

Incurvadas

Engrosadas

Hendidadas

Estriadas
Blanquecinas.

Piel.

Vitiligo
Hiperpigmentación
Acrómia
Estado ictiósico
Ezcema
Espesamiento
Adelgazamiento
Vesículas
Ampollas
Erupciones zosteriformes
Ulceraciones diversas
Zona
Mal perforante
Panadizo analgésico
Escaras.

Tejido celular sub-cutáneo.

Hemiatrófía facial
Esclerodermia
Tumor dorsal del puño
Trofo-edema
Infiltración adiposa.

Músculos.

Atrófias
 protopáticas
 sintomáticas.

Esqueleto.

Escoliosis
Cifosis
Lordosis
Trastornos tróficos
Detención de desarrollo
Fracturas espontáneas
Artropatías.

Afasia.

Afasia verdadera
Anartria.

TRATAMIENTOS ANTERIORES.

INFORMES DE LABORATORIO.

Sangre
Orina
Materias fecales
Esputos, etc.

DIAGNOSTICO.

Positivo
Diferencial
Por exclusión.

PRONOSTICO.

Benigno
Reservado
Fatal.

MARCHA Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

Complicaciones.

Del lado de la piel
Del lado del aparato circulatorio
Del lado del aparato respiratorio, etc., etc.

Convalecencia.

Regular
Irregular
 trastornos cutáneos
 trastornos cardiacos
 trastornos digestivos
 trastornos nerviosos etc., etc.

Recaídas.

Epoca
Duración.

Terminación.

Cura
Muerte
 súbita
 precedida de agonía.

Autopsia.

Datos macroscópicos
Datos de laboratorio.

TERCERA PARTE

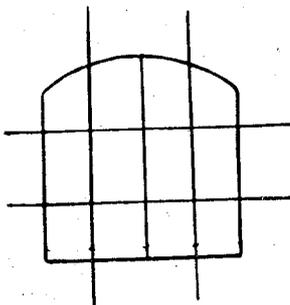
Para evitar en lo posible la pérdida de tiempo que se experimenta escribiendo observaciones, y que es causa por la que muchos estudiantes se abstienen de hacerlo, he creído conveniente insertar en esta parte algunos de los signos y abreviaturas convencionales más usados y que tienen por objeto hacer más rápida la escritura, a la vez que legible por cualquier iniciado en la carrera.

Algunas de estas abreviaturas son de uso corriente. Algunos signos han sido tomados de autores franceses, especialmente los usados en la notación pulmonar.

En la actualidad se tiende a la unificación de esta última, especialmente en los sanatorios anti-tuberculosos; pero no ha sido posible llegar a un acuerdo; lejos de eso, cada día se adoptan nuevos para referir ideas más precisas, según los diferentes idiomas y el concepto que cada cual tenga de los signos patológicos. Yo creo que los estertores crepitantes deben inscribirse al lado del signo de la respiración para indicar el momento inspiratorio en que se hayan sorprendido y poder así, en exámenes sucesivos, darse cuenta de la evolución que sufren. Los soplos tubario, anfórico y cavernoso, son presentados en las notaciones francesa y española por varias líneas que pueden dar lugar a confusión; como se verá en el cuadro

siguiente, los he modificado por signos fáciles de recordar y que dan la idea gráfica de dichos soplos.

También inserto un esquema que representa los pulmones derecho e izquierdo. En el interior del esquema deberá inscribirse la sonoridad, vibraciones vocales, estertores, soplos, respiración, etc., esceptuando la pectoriloquia, egofonía, broncofonía y resonancia de lo voz y de la tos.

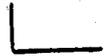


Esquema de los pulmones para la notación.



Abreviaturas y signos convencionales que facilitan la escritura de las observaciones.

#	número.
orig.	originario de.
solt.	soltero.
resid.	residente en.
jorn.	jornalero.
A. H.	antecedentes hereditarios.
A. P.	antecedentes personales.
A. C.	antecedentes colaterales.
Hist.	Historia de la enfermedad.
Ex.	Examen de los diferentes órganos y aparatos del enfermo.
D.	Diagnóstico.
Trat.	Tratamiento.
Term.	Terminación.
hno.	hermano.
hna.	hermana.
?	cuando lo anotado sea dudoso.
Conj. oc.	conjuntiva ocular.
Conj. palp.	conjuntiva palpebral.
tbc.	tuberculosis, tuberculoso, tuberculosa.
Sif.	sífilis, sifilítico, sifilítica.
d.	derecho, a.
i.	izquierdo, a.
F. ii.	fosa ilíaca izquierda.
F. i. d.	fosa ilíaca derecha.
1½	línea media.
n.	normal.
T.	temperatura, fiebre.
P	pulso.
R	respiración.
T/S	tensión sanguínea.
80/45	80 máxima, 45 mínima (refiriéndose a T S).
B	bazo.
O	orina.
C	corazón.
Pulm.	pulmones.
VB	vesícula biliar.
D=	densidad igual a.
Reacc.	reacción.
mat. fecs.	materias fecales.
lig.	ligeramente.
cr.	crónico, a.

5d. 10d.	cinco días, diez días, etc.
+	aumento de volumen.
—	disminución de volumen.
P	Pectoriloquía (1).
E	egofonía.
BF	broncofonía.
PA	pectoriloquia afónica.
RM	retintín metálico.
SH	sucución hipocrática.
RV	resonancia de la voz.
RV+	resonancia de la voz aumentada.
RV—	resonancia de la voz disminuída.
S=	sonoridad no modificada.
S—	sonoridad no disminuída.
S+	sonoridad aumentada.
V=	vibraciones bucales normales.
V—	vibraciones bucales disminuídas.
V+	vibraciones bucales aumentadas.
	vibraciones bucales abolidas.
	sonoridad abolida.
	dolor o soplo irradiado o propagado hacia
	respiración normal.
	respiración prolongada
	respiración débil u oscura.
	respiración abolida
	respiración exagerada
	respiración entrecortada



respiración ruda



respiración soplante



soplo tubario



soplo cavernoso



soplo anfórico



soplo pleurítico



estertores sonoros (secos)



estertores sibilantes (secos)



estertores sub-crepitantes finos



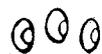
estertores sub-crepitantes gruesos



estertores sub-crepitantes medianos



crujidos



gargoteo

-  estertores crepitantes (típicos)
-  estertores crepitantes de retorno
-  (estertores crepitantes) frotos-estertores
-  estertores crepitantes de desplegamiento
-  frotos húmedos

EJEMPLO DE OBSERVACION CON SIGNOS Y ABREVIATURAS

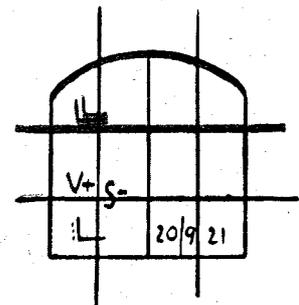
345. Juan N. 21 años, orig. Escuintla, resid. Guate. hace mes y $\frac{1}{2}$; solt., agricultor siempre, examinado en el... Servicio de Medicina del

Hosp. Gral. el 20 /₄ sep. /₄ 20.

A. H. Madre, tbc?. Padre, alcoholismo, hemorroides.

A. C. 1 hno. sano. 1 hna. eclampsia ?.

A. P. Paludismo cr; disentería hace 3 años, tratada c/₄ emetina. Blenorragia cr.



Hist. Hace 5d, frío intenso, después T, dolor en el hipocondrio i, localizado en un punto. Tos, esputos "con sangre," disnea. sangre," disnea.

Ex. Conj. oc., lig. pigmentadas. Lengua lig. saburral. H, n; B C, taquicardia. Esputos, aereados, adherentes, con estrias de sangre. T. 39.0; P, 110 fuerte; R, 24 . O, D 1025; albúmina. Mats. fecs, huevos de tricocéfalo.

D. Pneumonía aguda, base izquierda.

Trat. Tint. digital XX 3 d. Kermes, alcohol.

Term. Curado el 29 /₄ sep. /₄ 21.

(1) Los signos y abreviaturas que se expresan a continuación se usarán únicamente en los esquemas para los pulmones.

CONCLUSIONES

I.—El estudiante deberá habituarse a examinar sistemática y completamente a sus enfermos.

II.—Antes de concluir el examen de un enfermo, no debe sospecharse se la existencia de enfermedad determinada.

III.—Debe tratarse todas las afecciones que sufra el paciente.

IV.—Después de hecho un diagnóstico debe examinarse sistemáticamente la parte afectada y las que puedan afectarse.

V.—El laboratorio y los Rayos X no serán medio de diagnóstico para los estudiantes.

VI.—El mejor método para aprender Clínica Médica es hacer observaciones escritas de los enfermos.

BERNARDO ALDANA S.

Vo. Bo.,
J. LUIS CHAVEZ.

Imprímase:

M. J. WUNDERLICH,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- Diagnostic Clinique.*—Jacob, Letienne, Cart.
Práctica de la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación en Clínica Médica.—Letulle.
Métodos de exploración de los órganos respiratorios.—León Faissans.
Pathologie Interne.—Balthazard-Claude.
Traité de Médecine.—Enriquez, Laffitte, Berger et Lamy.
Le livre de Médecine.—J. Castaigne.
Practical Clinic and Treatment.—Kelli.
Importancia de la investigación sistemática del funcionamiento renal en Clínica Médica y sus principales métodos de investigación.—Augusto T. Molina L. Tesis.—1918.
La Escuela de Medicina.—Mayo de 1916.—Los errores de la Auscultación cardiaca.—Doctor Antonio Mut.
La Juventud Médica.—Números 209 y 210.—Importante artículo de Stephen Chauvet.—J. Ep. Quintana.
La Juventud Médica.—Números 167 y 168.—Son pocos los jóvenes que no poseen la capacidad suficiente para alcanzar la meta de sus aspiraciones.—J. Santos Fernández.
Algunas relaciones entre el sistema buco-dentario y el Estado General.—Tesis.—Pedro Beltranena y Sinibaldi.—1919.
Radiumterapia y cáncer Uterino.—Tesis.—Jorge E. Alvarado V.—1921.
Contribución al estudio de algunas enfermedades consecutivas a los focos de supuración crónicos.—Tesis.—Francisco Ramírez Llerena.—1919.
Technique Clinique Médicale et Séméiologie Elementaries.—Emile Sergent.
Physical Diagnosis.—Richar C. Cabot.—New York.—1915.
Stedman's Medical Dictionary.—New York.—1914.
Traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale.—J. L. Faure et Armand Siredey.—París.—1914.
Diagnostic Clinique.—A. Martinet.—París.—1921.
Estado actual de la Radiología y Radiumterapia.—Guillermo Sánchez F.—Tesis.—Guatemala.—1921.
Traité Elémentaire de Thérapeutique.—A. Manquat.—París.—1918.
Traité d'Obstétrique.—A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage.—París.—1914
The Surgical Diseases of Children.—William Francis Campbell and Le Grand Kerr.—New York.—1912.
Nervous Diseases and Psychiatry.—Charles L. Dana.—New York.—1908.
Domaine, Traitement, Prophylaxia de la Syphilis.—E. Leredde.—París.—1921.
Diagnosis and Treatment of Diseases of Children.—John McCaw.—New York.—1911.
Etudes Cliniques sur la Tuberculose.—Emile Sergent.—París.—1919.
Précis de Pathologie Interne.—Ch. Dopter, Rathery, Ribierre.—París.—1912.
Recherches Récentes sur les Ictères.—M. Brulé.—París.—1920.
Précis de Pathologie Interne.—F. J. Collet.—París.—1914.
Précis de Médecine Infantile.—Edmond Weill.—París.—1911.
Foie et Pancréas.—Castaigne. Brulé. Garban, etc.—París.—1920.
Précis d'Auscultation et de Percussion.—E. Cassaet.—París.—1906.

- La Presse Médicale.*—2 mars 1921.—R. Bensaude et H. Ernst.—Quelques remarques sur les procédés récents de diagnostic et de traitement des hémorroïdes.
- La Presse Médicale.*—M. Roch et Ch. Saloz.—La courbe de température "brouillée" dans la période prodromique de la fièvre typhoïde.
- La Presse Médicale.*—16 mars 1921.—A. Mougeot.—De l'exactitude des mesurations sphygmomanométriques.
- La Presse Médicale.*—23 mars 1921.—H. Bordier.—Les dangers de radium.
- La Presse Médicale.*—26 mars 1921.—Félix Ramond.—La douleur tardive au cours des maladies de l'estomac.
- La Presse Médicale.*—Léon Binet.—Notes de physiologie rénal.
- La Presse Médicale.*—6 avril 1921.—Georges Hayem.—Marteau percuteur gradué destiné à l'étude des points douloureux.
- La Presse Médicale.*—9 avril 1921.—A. Sézary.—Pathogénie et sémiologie des mélanodermies du type addisonien.
- La Presse Médicale.*—13 avril 1921.—J. M. Bartrina.—Les reflexes de l'appareil génito-urinaire.
- La Presse Médicale.*—16 avril.—Paul Lecène.—Leçon d'ouverture de la chaire de pathologie externe.
- La Presse Médicale.*—20 avril 1921.—H. Méry et Lucien Girard.—Technique de l'examen anatomo-pathologique du poumon, en particulier dans l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfance.
- La Presse Médicale.*—30 avril 1921.—Louis Rénon.—Leçon inaugurale de la chaire de pathologie interne: l'esprit de la médecine française.
- La Presse Médicale.*—4 mai 1921.—L. Dubreuil-Chambardel.—Les hommes sans cou: Le syndrome de Klippel-Feil.
- La Presse Médicale.*—11 mai 1921.—A. Lemierre et P. N. Deschamps.—Les syndromes pulmonaires pseudo-tuberculeux au cours de la fièvre typhoïde et des fièvres paratyphoïdes.
- La Presse Médicale.*—18 mai 1921.—Camille Lian.—L'exploration clinique de la pointe du cœur dans le décubitus latéral gauche.
- La Presse Médicale.*—25 mai 1921.—R. Bensaude et Marcel Lelong.—Deux modifications destinées à faciliter la technique de l'oesophagoscopie: l'oesophagoscope à crémaillère et la position ventrale.
- La Presse Médicale.*—1er juin 1921.—Emile Forgue.—Conseils à un étudiant qui se destine à la chirurgie.
- La Presse Médicale.*—18 juin 1921.—Henri Costantini.—Une nouvelle voie d'exploration du cœur.
- La Presse Médicale.*—16 juillet 1921.—Georges Thibierge et Pierre Legrain.—Contribution au diagnostic du chancre mixte: la réaction de Bordet-Wassermann dans le chancre simple.
- La Presse Médicale.*—27 juillet 1921.—E. Benoit.—L'enseignement médical à l'Université Johns Hopkins.
- Gazette des Hôpitaux.*—19 mars 1921.—Edouard Antoine.—Etude clinique et radiologique de l'ulcère simple du duodénum.
- Vox Médica.*—Número 5. Novembre 1920.—P. von Franqué. Operación o irradiación en las enfermedades de mujeres?
- L'Hôpital.*—September 1921.—No: 54.—Neuberger.—Examen pratique d'un paralytique général en clinique.
- Examen d'un malade nerveux.
- L'Hôpital.*—September 1921.—No. 55.—Signes, diagnostic et traitement des aneurysmes de la crosse de l'aorte.
- Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques.*—25 février.—"Signe du

- trapéze," symptôme précoce de tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet.—P. Lacoste.
- Journal de Médecine et de Chirurgie Practiques.* — 25 mars 1921. — Les fausses tuberculoses pulmonaires par affections chroniques des voies respiratoires supérieures.—Jacques Festal.
- Journal de Médecine et de Chirurgie Practiques.*—25 mai 1921.—Rapports de la septicité bucco-dentaire avec les maladies générales.—León Frey et Charles Ruppe.
- Journal de Médecine et de Chirurgie Practiques.*—Le rôle des rayons X et du radium dans la thérapeutique moderne.—Paul Cottenot.
- Journal de Médecine et de Chirurgie Practiques.*—10 juin 1921.—L'inégalité pupillaire provoquée dans le diagnostic précoce de la tuberculose.—A. Mirande.
- Journal de Médecine et de Chirurgie Practiques.*—10 juillet 1921.—Diagnostic radiologique des affections du coeur.—Ch. Laubry.
- Journal de Médecine et de Chirurgie Practiques.*—Ce que le médecin peut et doit demander à l'examen radiologique pour le diagnostic des affections de l'appareil respiratoire.—Emile Sergent.
- Journal de Médecine et de Chirurgie Practiques.*—10 août 1921.—L'électrocardiographie, méthode d'investigation clinique et de diagnostic en cardio-pathologie.—Daniel Rontier.
- Journal de Médecine et de Chirurgie Practiques.*—10 septembre 1921.—Sémiologie axillaire dans le diagnostic des affections pleuropulmonaires.—A. F. Plicqué.
- La Presse Médicale.*—20 juillet 1921.—Félix Ramond, Jacquelin et Borrien.—Les spasmes gastriques.
- La Presse Médicale.*—20 août 1921.—Héliodore Swiecicki.—La maladie de Basedow et les capsules surrénales.
- La Presse Médicale.*—1er octobre 1921.—Congres Francais de Médecine, id. de Chirurgie; id. de Urologie.



PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva.	Riñón.
Física Médica.	Esfigmomanómetro.
Botánica Médica.	Adormidera.
Química Médica Inorgánica. . . .	Cloruro de sodio.
Zoología Médica.	Anquilostoma duodenale.
Fisiología.	Del Riñón.
Histología.	Del parenquima renal.
Patología Interna.	Nefritis aguda.
Química Médica Orgánica.	Urea.
Patología Externa.	Litiasis renal.
Patología General.	Uremia.
Clínica Quirúrgica.	Cateterismo uretral.
Terapéutica.	Urotropina.
Medicina Legal.	Heridas por arma de fuego.
Obstetricia.	Eclampsia puerperal.
Clínica Médica.	Investigación de las funciones renales.
Bacteriología.	Estreptococo piógeno.
Ginecología.	Metritis crónica.
Toxicología.	Intoxicación por el bicloruro de Hg.
Farmacología.	Supositorios.
Medicina Operatoria.	Amputación del puño.
Anatomía Patológica.	Nefritis aguda.
Higiene.	Del recién nacido.