

Primera prueba del Concurso de Nosografía Médica

POR EL DOCTOR
CARLOS MONGE

Señores Catedráticos:
Señores:

Quiere la ley que el opositor a un concurso exponga en esta prueba los fundamentos de su programa.

Para proceder con orden, voy a ocuparme en primer lugar de cual debe ser el espíritu del profesorado; en seguida de las bases y finalidades del curso de Patología Interna; luego del criterio con que debe estudiarse ésta, y finalmente del método pedagógico que conviene a su enseñanza.

I.—El espíritu del profesorado

Porque sé que ha de enseñarse con el ejemplo es que mi primera palabra ha de ser un homenaje a la memoria de los que lo dieron, dejándonos la herencia de su labor constructiva en el profesorado nacional. Bien vale, pues, la pena detenerse un momento, volver la vista al pasado sobre cuyos hombros contemplamos el porvenir, y vivir un instante de recogimiento, no para llorar a los muertos, sino para llenarnos el alma del orgullo silencioso, sugerente y evocador, que colma el espíritu cuando se contempla la obra que llevaron a cabo los que fueron—ayer no más—valores máximos educadores en la centenaria casa de SAN FERNANDO.

Porque sé que ha de enseñarse con el ejemplo es que quiero brindarme ese instante de recogimiento, y, con una hon-

da emoción que ha de recorrer el claustro porque no es mentida, quiero evocar la memoria de mi maestro el profesor CARVALLO, de mi maestro el profesor ODRIOZOLA—para qué decir más?—las más altas cumbres en la historia del profesorado, de la cirugía y de la medicina del Perú, y ofrecer el ejemplo de esas vidas a la consideración de todos como un ideal nuestro, de valores auténticos en el profesorado nacional.

En esta añoranza del pasado que me pertenece al presentarme por tercera vez ante la consideración de la Facultad para sostener un programa de concurso, viene necesariamente a mi espíritu el recuerdo de otras horas como ésta, vividas en esta misma tribuna y que se fueron, con sus inquietudes y amarguras, dejando lozana una flor de ilusión que no se ha marchitado porque en ella puse lo mejor y más honrado de mi vida. Séame, pues, permitido, para justificar mi presencia en este sitio, repetir las palabras que pronunciara aquí mismo, hace ya diez años: hay que trabajar y esperar! Después de todo—dice el profesor RICHET—se llega o no se llega. No importa: se ha trabajado, se ha esperado. Tal es el objeto de la vida: trabajar con una esperanza que brilla delante de nosotros como una estrella. A ustedes toca decir si el opositor de hoy ha permanecido fiel a sus convicciones de hace ya diez años. En cuanto a mí, debo declarar que tal es el credo de los míos: trabajar y esperar, y tal también mi profesión de fe en la carrera del profesorado: trabajar y esperar! Por eso estoy aquí nuevamente, después de diez años, ahondando el surco por tercera vez, señores Catedráticos.

Amor al pasado que constituye la nacionalidad cuando vincula al momento actual por un proceso ideológico de mejoramiento—hace cien años UNANUE, ayer CARVALLO y ODRIOZOLA, hoy DAMMERT—y hablo de él porque se fué. Trabajar, esperar y seguir imperturbablemente adelante pese a la gritería de los que se sienten estorbados que más tarde han de callar y aplaudir. Gratitud para los que nos dieron en la vida su sonrisa comprensiva; para mi maestro el profesor AVENDAÑO que me abrió las puertas de la enseñanza, para ustedes señores Catedráticos y para ustedes señores estudiantes que, en momentos agitados de la vida universitaria—que ya no volverán porque la inquietud no es ya solamente estudiantil sino de todo el claustro—confiaron en mi esfuerzo. Y ya que hablo de esfuerzo, que haya respeto y tolerancia: que haya respeto porque lo merecen los que aquí arriba hacen el

sacrificio de su esfuerzo. Que haya tolerancia para los que allá abajo reciben el fruto de ese esfuerzo. Que la verdad remplace al error allí donde se encuentre. Que el gesto traduzca lo que está en la conciencia. Tales son los mandamientos de esa religión de amor, de trabajo y de verdad, que es el espíritu del profesorado del país. (Aplausos.)

II.—Bases y finalidad de la Patología Interna

La Patología Interna asienta hondamente sus raíces en las ciencias fundamentales de los estudios médicos, en cuyo inagotable acervo busca sus interpretaciones, y florece en armonía con las doctrinas médicas de la época en que vive. Por eso fué humorística con HIPOCRATES, luego organicista con VIRCHOW, quizá ser más tarde exclusivamente infecciosa con PASTEUR y es ahora fisiológica con GRASSET y los médicos contemporáneos. Se nutre de todas ellas y recoge de la Semeiología General los elementos esenciales para el establecimiento de las entidades nosográficas. Mientras que la Clínica estudia al enfermo, la Patología estudia la enfermedad que en buenas cuentas no es sino una abstracción que la razón hace posible. La Patología estudia entidades de razón y para ello el espíritu ha de buscar, donde la encuentre, la interpretación más racional de los cuadros morbosos. Por eso acude a la Anatomía cuando se trata de un diagnóstico topográfico, a la Embriología cuando, para explicar los casos de macrogenitosomia, de pseudo-hermafroditismo adquirido e hirsutismo, en los casos de neoplasias de las cápsulas supra-renales o síndrome de GALLAIS, recuerda que anduvieron escondidos juntos en el embrión los blastemos que más tarde habrían de diferenciarse en cápsulas supra-renales y testículos u ovarios, conservando, no obstante su desigualdad anatómica, estrechas correlaciones funcionales, que una perturbación patológica podría, en algún momento, poner de manifiesto; a la Filogenia cuando se detiene a considerar la frecuencia de los cánceres en los órganos nuevos y su rareza en los de stirpe más antigua, como ocurre con la diaria realidad de las neoplasias del estómago y del recto, en contraposición a los excepcionales cánceres del intestino: los primeros, órganos derivados del intestino primitivo, mientras que el segundo, solo prolongación del mismo; a la Química, cuando en presencia de síndromes, que los cirujanos

nos mejor que los médicos conocen, de aparente cistitis con disuria, orinas amoniacales, dolores lumbares y aún cólicos nefríticos, pero en los que la infección no se encuentra, recuerda, como brillantemente lo ha demostrado el profesor GRASSET hace apenas algunos meses y nosotros hemos tenido ocasión de comprobarlo, que hay una diátesis alcalina que cede, por lo menos temporalmente, al empleo adecuado de sustancias que mantengan la acidez de los humores y que exige un cambio radical en lo que a dietética se refiere, proscribiendo la rutinaria costumbre de los regímenes sin albúmina; a la Física cuando, para explicar los fenómenos anafilácticos, rompe la tradición de las intoxicaciones para crear un capítulo nuevo de equilibrio coloidal como lo ha hecho ver la Escuela de WIDAL, de LUMIERE y de KOWPESCHI; a la Anatomía Comparada cuando, para explicar los síndromes parkinsonianos y mioclónicos, recuerda al hombre de ciencia que los cuerpos estriados—núcleo caudal y núcleo lenticular—que allá por las épocas en que andaba discurrendo por las aulas de estudiante, se me antojaban colocados en el cerebro para complicar su estructura y mis estudios, por cuanto no les encontraba aplicación—digo que, recuerda al hombre de ciencia que aparecen en la escala de los seres, únicamente cuando éstos pasan de la vida acuática a la terrestre y que por consiguiente, algún papel han de jugar en el mantenimiento y en el control de los movimientos automáticos. Efectivamente, mientras que la porción interna de ambos núcleos—el palleo striatum—la más vieja, asegura el control automático de los movimientos asociados que dan estabilidad al ser en la vida marítima, la porción externa—el neostriatum—cuyo desarrollo es mayor a medida que avanzamos en la escala de los seres, aparece como un freno cuando necesidades nuevas de la vida terrestre hacen inútil tal expendio de energía. Y he ahí porqué, como bien lo han demostrado los trabajos de TILNEY y la Escuela Americana, en ciertos casos patológicos, roto un sistema, la influencia del otro se deja sentir y el parkinsonismo aparece, mientras que en otros se manifiesta la atetosis con su rico cortejo de movimientos reptiformes. Acude a la Histología Fisiológica cuando nos dice que en el estómago a nivel del cardias y de la pequeña curvadura, en el duodeno, en el ángulo duodeno-yeyunal, en la válvula ileo-cecal, en un punto medio del colon transversal aproximadamente y en otro punto del colon pélvico, existen elementos perfectamente bien diferenciados

que tienen a la vez del sistema muscular y del nervioso y que son al aparato digestivo lo que el haz de HIS es al corazón: los centros nodales estudiados por KEITH. Acude a la Anatomía Patológica cuando nos demuestra que las alteraciones de textura de esos centros explican esa paradoja de los espasmos y atonías de la enfermedad de GLENARD. Acude a la Fisiología Patológica con un criterio quirúrgico cuando nos dice que en las resecciones de las úlceras de la pequeña curvadura, las resecciones cuneiformes van a contribuir, como lo ha demostrado el fisiólogo americano ALVAREZ, a la dilatación del estómago, puesto que ya no hay sincronismo de onda, toda vez que las que pasan por la pequeña curvadura se encuentran interrumpidas. La cirugía anatómica creó una arritmia estomacal. Acude a la Microbiología en esa gama infinita de las enfermedades infecciosas. Acude a la Psiquiatría cuando nos da la clave de ciertas enfermedades aparentes que ocultan los tormentos del espíritu; a la Psicología cuando nos dice que el médico no debe separarse del lecho del enfermo sin dejar por lo menos una palabra de consuelo. Acude a la Patología General que le da sus orientaciones. Acude a la Semeiología que le da su técnica. Acude a la Fisiología en todos los casos, desde que la medicina de hoy es estrictamente fisiológica.

Por consiguiente, señores, si esto es así, el alumno al penetrar en las aulas de la Facultad de Medicina, y con mayor razón al iniciarse en el curso de Patología Interna, debe conocer la importancia de estas cosas, que parecen de cierta aridez cuando se estudian aisladamente, pero que adquieren una floración exuberante cuando se aplican al estudio de la Patología Interna, si ésta no ha de ser una mera repetición de cosas sino el taller donde se fragüe el pensamiento médico del alumno. (Aplausos.)

He aquí la doctrina de mi curso: romper con la tradición que quiere aherrojar al espíritu en la memoria; dar suelta al alma y que ésta elabore con toda su capacidad razonadora el pensamiento del alumno.

III.—Criterio con que ha de estudiarse la Patología Interna

¿Con qué criterio debe estudiarse la Patología Interna? Digo, señores, en mi programa que para que la enseñanza de una disciplina médica o de una ciencia cualquiera tenga su eficiencia máxima es absolutamente indispensable que responda a éstos dos postulados: primero, que la doctrina del curso esté acorde con el pensamiento científico del momento en que se vive; y, segundo, que la enseñanza se conduzca en armonía con los métodos de la Pedagogía Médica moderna.

Me apresuro a declarar que el criterio que va a inspirar la enseñanza del curso de Patología Interna es un criterio dinámico, funcional, fisiológico.

Señores:

Dice el profesor MACKENZIE que la enfermedad pasa por cuatro estados: un primer estado—formativo, diría yo—de predisposición en que el individuo lo único que tiene es la vulnerabilidad hereditaria o adquirida; un segundo período, de lesión anatómica mínima, en que las perturbaciones son puramente fisiológicas, puramente subjetivas; un tercer período, de lesiones anatómicas considerables, tanto que ha sido fácil correlacionarlas con el aspecto clínico del enfermo; y, por último, un cuarto período, de grandes lesiones anátomo—patológicas que se encuentran en la sala de autopsias.

Pues bien; es curioso observar—dice PATERSON, uno de los mejores educadores americanos—cómo la medicina de hoy ha acumulado una cantidad considerable de hechos respecto de estos dos últimos estados, mientras que apenas si tenemos datos sobre el segundo período, en que las perturbaciones son subjetivas, y menos todavía sobre el primer estado de predisposición. Y MACKENZIE, el insigne pensador inglés, criticando duramente la educación médica en Inglaterra, escribe estas palabras: “Tenemos magníficos institutos de Anatomía Patológica destinados al estudio de las enfermedades después que el individuo ha muerto”. Es preciso, pues, reaccionar y dirigir todas nuestras actividades del lado del segundo y primer período de la enfermedad. Pues bien, señores, MACKENZIE afirma que solo es con un criterio dinámico,

fisiopatológico, funcional, como puede llegarse a la adquisición de la verdad referente a estos dos períodos de la enfermedad.

Con él vamos a incursionar en los distintos capítulos de la Nosografía.

En efecto, si comenzamos por la vida visceral, debe recordarse que toda ella está bajo la dependencia de un sistema nervioso que la rige: el sistema nervioso vegetativo; y si bien no es verdad, como lo pretendieron los admirables creadores de la doctrina nueva EPPINGER y HESS, que de la hipertonía de uno de estos sistemas dependen determinados trastornos y que de la hipertonía del otro dependen otros tipos clínicos de sentido contrario; o en otros términos: si ya no puede admitirse que vago y simpático representan formaciones nerviosas antitéticas, en cambio debe aceptarse —como lo asegura CANNON y la clínica lo demuestra— que la vida normal visceral es función del equilibrio ordenador y regulador del sistema nervioso vegetativo, y que su desequilibrio produce cuadros que se manifiestan por fenómenos disfuncionales de toda variedad, independientes o asociados, de los dos sistemas. En efecto, hace ya al rededor de tres años que he tenido ocasión de demostrar en la tesis de bachillerato de uno de mis alumnos, el doctor GUZMÁN BARRÓN, que en ciertos casos de perturbaciones puramente funcionales del estómago me ha sido dable encontrar alteraciones del quimismo gástrico que la gráfica registró con movimientos de oscilación que traducen fenómenos de hipertonía e hipotonía del mismo sistema; y lo que es más importante, he tenido ocasión de presentar últimamente a la “Sociedad Peruana para el Progreso de la Ciencia”, una comunicación sobre dos casos con perturbaciones funcionales del estómago que presentan unas veces historia química y clínica de hiperclorhidria, y otras, años después, una historia química y clínica de hipoclorhidria. Solamente con un criterio dinámico, fisiopatológico, es como ha sido posible llegar a su razonada interpretación.

De otro lado, señores, cuando en un punto cualquiera del organismo visceral hay una lesión, se verifican allí dos clases de trastornos: uno “in situ” y otro que va a traducirse sobre órganos alejados, con la circunstancia curiosa que muchas veces estos últimos son los predominantes. He allí por qué la apendicitis como la colecistitis se enmascaran en un cuadro de hiperclorhidria, todos sabemos que los tuber-

culosos pulmonares incipientes en su período de latencia se presentan como dispépticos.

Más todavía: en este mismo orden de cosas, es posible, con un criterio fisiopatológico, explicar los trastornos a distancia, tal como ocurre cuando las colecistitis dan, por vía refleja, un cuadro de fibrilación auricular.

Como vale la pena justificar las afirmaciones con los hechos, veamos ahora si este criterio es fructífero en inducciones nosológicas.

Hay una enfermedad que se presenta en el 90% de los casos no tratados apropiadamente, enfermedad silenciosa que solamente—como dice BARKER—se anuncia al clínico por sus complicaciones, es decir, cuando es casi irreparable; me refiero a la “aortitis sífilítica”. Efectivamente, la Patología de hoy conoce la aortitis cuando el espiroquete se ha infiltrado en las paredes del vaso, ha comprometido los plexos y producido el drama de la angina de pecho, o cuando, en su afán por los vasos, ha producido la destrucción de su capa media y constituido un aneurisma; y bien sabemos cuán poco podemos hacer en contra de los aneurismas; o, en otros casos, cuando el espiroquete se fragua camino en el nacimiento de la aorta, hace perder a los vasos su elasticidad propia y crea una insuficiencia aórtica. Pero hay un primer período silencioso que no se revela por signos físicos, pero que puede anunciarse en ciertos casos por signos fisiopatológicos. Pues bien, en algunos de esos casos me ha sido posible encontrar una historia de dolor epigástrico tardío calmado por los alimentos y por los alcalinos; dolor a veces transfixante, sobreviniendo por períodos o crisis, con constipación, demostrando la hipertonia del vago gástrico, y en los cuales el examen radioscópico me ha permitido encontrar, con la mayor sorpresa, casos auténticos de aortitis en los cuales ha sido posible emplear una terapéutica específica. He aquí, pues, como es posible con un criterio fisiopatológico ir al encuentro de esos períodos silenciosos de aortitis que yo he descrito con el nombre de *Aortitis enmascarada*.

Sigamos, señores, con este criterio incursionando en otros campos de la Patología. Dice HEAD que toda vez que en el organismo visceral hay una lesión, ésta es el punto de partida de un bombardeo de reflejos que llegan a determinados segmentos de la médula espinal cuya excitabilidad aumenta; y entonces, como consecuencia de ese aumento de ex-

citabilidad, todas aquellas impresiones que llegan al mismo segmento procedentes de los órganos de relación en virtud de un principio de metamería que yo no voy a recordar aquí van a ser sentidas en una forma desusada: generalmente van a acusarse por fenómenos hiperestésicos. Así se explica perfectamente bien porqué en los casos de úlcera del estómago puede encontrarse una zona hiperestésica correspondiente a la porción más anterior de inervación del X nervio intercostal derecho, y en los casos de úlcera del duodeno en igual zona del lado izquierdo; en los caso de colecistitis, una zona hiperestésica a nivel de la porción más anterior del IX nervio torácico derecho. En los casos de apendicitis se sabe perfectamente que la zona hiperestésica, corresponde a la porción más anterior de inervación del XII torácico derecho. He allí, pues, como con un criterio fisiopatológico podemos llegar al entendimiento de síntomas tan alejados de lesión.

Pero hay más todavía. Voy a referirme a los trabajos de PORRENGER. Y particularmente a la interpretación—que en el fondo es el objeto de la Patología Interna—de lo que es el tórax alado del tuberculoso. El pulmón recibe inervación simpática de los ganglios correspondientes al 1º, 2º, 3º, 4º y 5º pares torácicos. No está demostrado, pero hay una tendencia grande a aceptar que esta inervación puede ser también conductora de los estímulos que parten del órgano enfermo. En estas condiciones, pues, si suponemos que existe una lesión tuberculosa, va a ser ésta el origen de un bombardeo de reflejos que llegarán a la médula por estas mismas vías. Luego, por medio de neuronas conectoras, van a ponerse en relación con los nervios cervicales que van a los músculos y piel del cuello. Esta inervación hecha por los nervios cervicales y particularmente por los pares 3º y 4º, corresponde a a los músculos: esterno—cleido—mastoideo, escalenos, pectorales, diafragma, trapecio, elevador del ángulo del omóplato y romboides. De otro lado, esta misma inervación va a la piel correspondientes a la misma zona metamérica. Ahora bien, se explican así perfectamente los hechos siguientes: Toda vez que haya una lesión del pulmón que tienda a la cronicidad, será el punto de partida de reflejos víscero—sensitivos, víscero—tróficos y víscero—motores: víscero—sensitivos que se van a manifestar en zonas dolorosas de la fosa supra—espinal; víscero—motores, que se van a revelar por la fijeza del diafragma del lado afectado o por el compromiso de los

otros músculos que corresponden a la misma inervación, por último, reflejos vísceros-tróficos, cuando la lesión en los músculos citados tiende a una mayor cronicidad, que a la larga producirán lo que es el tórax alado del tuberculoso. Pensando con un criterio fisiopatológico es como ha sido posible llegar a la demostración de esta verdad: que el tórax alado del tuberculoso es función de reflejos, cuyo punto de partida se encuentra en el pulmón y que se expresan a través del sistema nervioso de la vida de relación.

Señores:

Yo no creo que aquí, dada la cultura de las personas que me escuchan, pudiera encontrarse un espíritu exigente que dijera este criterio está muy bueno, corresponde evidentemente a estos casos; pero cómo aplicarlo a las enfermedades infecciosas?; cómo aplicarlo a perturbaciones puramente funcionales como la neurosis? A tal persona yo le aconsejaría que leyese los capítulos pertinentes de la parte razonada de mi programa. Pero de todas maneras, quiero acceder a esta invitación que yo mismo me hago. Todos los vasos del abdomen inclusive los vasos porta reciben inervación de los espláncnicos. El abdomen—dice LANGRISH BROWN—es un gran lecho sanguíneo que, en virtud de un reflejo fisiológico, juega papel importante en la circulación, manteniendo normal la tensión arterial. Por eso se explica que toda vez que hay fenómenos de vaso-dilatación de la piel, aparecen inmediatamente fenómenos vaso-constrictivos del abdomen. Asegura ROST, en su reciente trabajo sobre fisiopatología quirúrgica, que cuando hay una lesión infecciosa del peritoneo, lo primero que ocurre es una vaso-dilatación, y conforme la peritonitis avanza, la vaso-dilatación abdominal avanza igualmente; con esta circunstancia, que no hay relación directa entre la extensión de la infección peritoneal y los fenómenos vasodilatadores, sino que, en un gran número de veces, basta una lesión mínima para que se opere una parálisis vasomotora formidable. Entonces se explica porqué en los casos de abdomen agudo hay frecuencia y pequeñez del pulso, caída enorme de la tensión arterial, cianosis, colapso, etc., puesto que el individuo—pensando con un criterio fisiopatológico—se ha sangrado dentro de su propio abdomen.

Y en lo que se refiere, ahora, a las neurosis viscerales, ¿cómo aplicar este criterio? Asegura DARWIN, en su "Trata-

do sobre las emociones del hombre y de los animales", que "En la agonía del dolor casi todos los músculos entran en acción..... porque ha sido el dolor a través de incontables generaciones el acicate de los esfuerzos más variados y diversos para escapar de las causas de sufrimiento..... Un hombre o un animal que quiere huir por el terror de la desesperación es enormemente peligroso". "El hombre a través del tiempo ha aprendido a escapar del peligro corriendo aceleradamente o por medio de una violenta lucha, y tales esfuerzos obligan a latir más rápidamente el corazón, a acelerar los movimientos respiratorios, a acrecentar el pecho, a dilatar las narinas". Y CRILE describe los mismos hechos en un moderno simil. Dice así: "El mismo hombre, hoy, desde su escritorio, bajo cuyo comando se moviliza la complicada máquina de la civilización, frente al terror de una catástrofe económica manifiesta su miedo en los mismos términos que en la lucha física ancestral. No puede tener sólo un miedo intelectual; no puede temer desapasionadamente; sufre con sus mismos órganos, los que están estimulados o inhibidos como en las luchas de la edad de piedra..... La naturaleza sólo tiene una clase de medios para responder a la emoción y cualquiera que sea la causa, se produce en términos idénticos". Y en efecto, como lo ha demostrado CANNON y su Escuela, la representación orgánica de la emoción está dada por fenómenos de hipertonía del simpático, a saber: taquicardia, respiración frecuente, dilatación de la pupila, sequedad de la piel y de las mucosas, angustia precordial, movilización del glucógeno para subvenir a las necesidades de la lucha, etc. He aquí, pues, como hasta en el mecanismo de la emoción es posible encontrar la huella fisiológica. Y se comprende entonces—para no hablar más sobre el particular—cómo las desviaciones de ese dinamismo nervioso pueden ocasionar perturbaciones funcionales toda vez que lleguen a la conciencia actos que normalmente se esconden en la actividad del sistema vegetativo. Por eso durante la última guerra europea, después de los raids aéreos, aumentaron los casos de diabetes y de mal de BASEDOW; y por eso, también, toda vez que por motivos de inquietud espiritual los actos que andan normalmente ocultos en el sistema vegetativo, suben a la conciencia, se originan neurosis viscerales.

De otro lado, en lo que se refiere al primer período de la enfermedad de MACKENZIE también se encuentra la huella fisiopatológica. Vamos a demostrarlo:

El profesor francés MOURIGNAUD asegura que el artrismo es una palabra en las aulas estudiantiles, porque es científico asegurarlo así, pero que luego en la práctica diaria nos tropezamos con él a cada instante. Vale, pues, la pena buscarle explicación. Vamos, con un criterio fisiopatológico, a indagar lo que esté a nuestro alcance o a teorizar sobre el concepto científico del artrismo en el momento actual. En él están comprendidos: gota, obesidad, diabetes, choques anafilácticos, asma, litiasis renal, jaquecas, litiasis biliar, etc.

La obesidad se encuentra caracterizada por una ley bio-química: la hipoglucemia; la diabetes que está en el polo opuesto y que muchas veces es el término obligado de la obesidad, lo está por otra: la hiperglucemia (no hay diabetes sin hiperglucemia; cuando ésta no existe, seguramente es de causa renal). La litiasis renal se caracteriza por una ley bio-química: la hiper-uricemia, la hiper-oxalemia o la alcalosis; fuera de estos casos no hay litiasis renal a no ser que se llame así a los cálculos que se producen por infecciones ascendentes. El reumatismo diatésico está caracterizado por una ley bio-química: la hiper-uricemia. La litiasis biliar se caracteriza por una ley bio-química: la hiper-colesterinemia. El asma, por procesos bio-químicos; el choque hemoclásico, por la caída de la tensión arterial, la inversión de la fórmula, etc. Pero ésta, señores, es una faz de la interpretación. Vamos ahora, con un criterio fisiopatológico, a incursionar dentro de la Patología para ver qué se encuentra en el fondo de estas perturbaciones. Hablo esquemáticamente. En ciertas lesiones de la hipofísis se presentan cuadros de adiposis perfectamente características con hipoglucemia. El estado de insuficiencia tiroidea se caracteriza en ocasiones por un cuadro de adiposis con hipoglucemia. En la obesidad que precede a la diabetes existe una asimilación superior de los carbohidratos a la que constituye la asimilación normal; de manera que cabe decir que algún papel debe jugar la insulina y el páncreas en la obesidad que no está filiado por el momento. De otro lado, otras lesiones de la hipofísis producen acromegálicos, hiperglucémicos y glucosúricos. En el mal de Basedow hay crisis de hiperglucemia en que aparece azúcar en la orina. Es inútil hablar de las lesiones del páncreas que producen el cuadro de diabetes.

Pero hay mas todavía. Hay ciertos casos de reumatismo diatésico de los 40 años, en sujetos obesos, mejor dicho

en enfermos obesos, con perturbaciones especiales del trofismo de la piel y de las uñas, con una frigidez especial, sensación de frío intenso, constipación inveterada, todo lo cual ha indicado que existen allí evidentemente perturbaciones de orden hipo-tiroideo. Y entonces se explica porqué ciertos de esos cuadros de reumatismo diatéxico hipo-tiroideo se benefician con la administración de glándula tiroides, combinada a la terapéutica apropiada. Por último, todos sabemos cómo en la crisis coloidoclásica y vagotónica del asma, la influencia de la adrenalina es decisiva, lo que hace suponer que algún papel desempeñan las suprarrenales en la producción de estos trastornos.

Por todo lo cual se infiere que nos hemos alejado de las constantes bio-químicas para entrar en un terreno más profundo, de orden endocrinológico que las sustente.

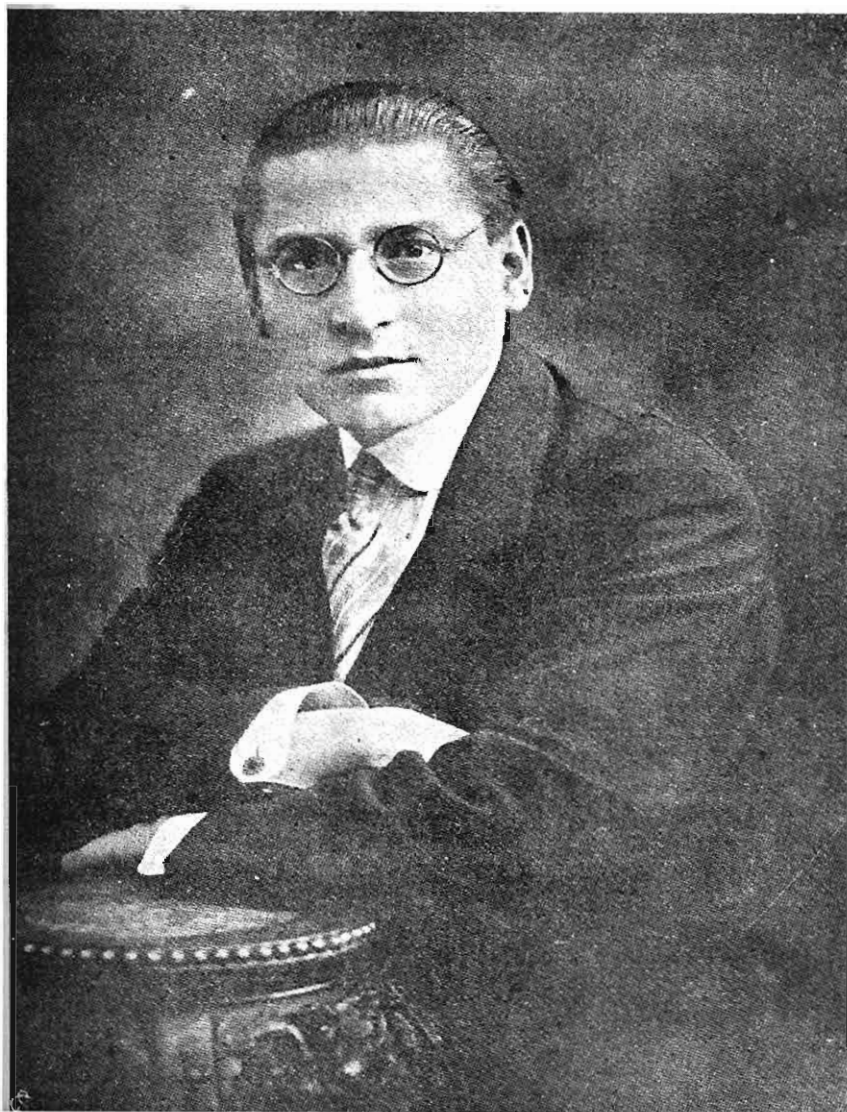
Y ahora bien, los obesos, los diabéticos, etc., etc., los artríticos en general son aquellos que nacen con estigmas característicos que el clínico está aprendiendo a conocer y buscar. En este primer período de la enfermedad de MACKENZIE: en el período constitucional. De artríticos proceden los niños hermosos, obesos, semejantes a las criaturas de los cuadros de RUBENS; son esas las criaturas predispuestas a las enteritis, al eczema, a la espasmo-filia; son los que tienen ganglios grandes, timo grande y que mueren súbitamente. Son éstos los sujetos aplásicos arteriales que más tarde van a hacer las hemorragias cerebrales de los 30 años y a presentar todas las manifestaciones del artritismo. Por consiguiente pues, ya se ve cómo en el fondo de estas perturbaciones se encuentra el estado timo-linfático de PALTAF, la diátesis exudativa de CZERNY. Y como si esto no fuera bastante, quizás si en el fondo de estas diátesis hay una herencia sifilítica o tuberculosa.

Se me dirá, señores, que estas son hipótesis; pero es que sobre hipótesis se levantan todas las ciencias; sobre hipótesis se hace la vida diaria de la humanidad, y si sobre hipótesis hemos de edificar la explicación razonada de los hechos, ¡benditas sean las hipótesis! (Aplausos.)

Después de esta incursión extensa y honda en todos los campos de la Patología, en todos los períodos de la enfermedad, me parece haber fundamentado la necesidad del criterio fisiológico en el estudio de la Medicina.

IV.—Cómo debe enseñarse la Patología Interna

Me es verdaderamente sensible molestar la atención de los señores Catedráticos, repitiendo frases que pronuncié aquí mismo hace diez años; pero como tengo que ser consecuente con mis ideas pedagógicas, es preciso que insista en ellas. Decía en ese entonces y repito ahora, que la enseñanza no puede ser ni solamente teórica ni exclusivamente práctica; que la enseñanza debe ser teórica y práctica al mismo tiempo o deja de ser enseñanza. Protestaba de la enseñanza puramente teórica, con más razón ahora, en el curso de Patología interna, en que una feliz disertación oratoria puede llevar al espíritu del alumno el conocimiento de una entidad de razón, y entonces éste se imagina que ya no habrán dificultades cuando se tropiece con la realidad de los enfermos. Sin embargo, señores, nada más erróneo. Me elevaba también contra la enseñanza práctica que no iba a sacar de la Facultad profesionales sino empíricos, y ahora, como entonces, creo que lo que consulta mejor los intereses de la docencia médica es el concepto integral de la enseñanza: que éste sea a la vez teórica y práctica. Por eso creo que debe arrancar desde el enfermo mismo; porque si el alumno objetiva su enseñanza con un "caso"; si tropieza con las dificultades de interpretación de ese caso y si a su lado el profesor enmienda errores y rectifica opiniones, llegará fácilmente a la edificación de una verdad que ya no ha de olvidar más, porque en ella han intervenido varios factores: el enfermo, el alumno desempeñando papel activo en el trabajo y el profesor como guía espiritual en todo instante. Ya TROUSSEAU decía hace muchos años, en una ambición de mejoramiento de la enseñanza médica, que el alumno cuando estudia la Patología Interna se cree genio; en cambio cuando entra en la clínica siente que la tierra se abre bajo sus pies. Y DIEULAFOY, uno de los hombres más ilustres de la medicina francesa, aseguraba que clínica y patología no son cosas distintas sino que son ciencias que en todo momento se dan la mano y se hacen mutuos préstamos y concesiones. Decía—de esto hace más de 25 años—que el profesor de clínica hace patología cuando para hacer el diagnóstico tiene que recurrir a la Nosografía y referirse a la enfermedad; y que el profesor de patología hace clínica cuando al describir la enfermedad tiene que referirse necesariamente a la historia de un enfermo. Y



PROFESOR DOCTOR
CARLOS MONGE Y M.
CATEDRÁTICO PRINCIPAL
DE NOSOGRAFÍA MÉDICA

luego agregaba: "Yo no concibo cómo puede ser alguien profesor de Patología Interna sin ser al mismo tiempo médico de hospital".

Los señores Catedráticos me excusarán que, como una prueba de que la enseñanza debe ser teórica y práctica, me refiera a dos casos que he vivido. El primero en el año de 1912, en la Escuela de Medicina Tropical de Londres. Se trataba de un enfermo que se presentó con una lesión botonosa de la cara, ulcerada, ligeramente roja en los bordes, con una exudación que se había concretado en costras y que sangraba fácilmente. El profesor MANSON presentó el caso y aseguró que era un ejemplo típico de leishmaniasis de la piel y luego le preguntó su procedencia. —"Vengo del Tambopata"—respondió el enfermo— Entonces me di cuenta de que yo había visto casos idénticos y de que la "uta", "cquepo", "tiac"—"araña", etc., no eran sino leishmaniasis de la piel, como pude comprobarlo fácilmente años después en una excursión a la zona montañosa del departamento del Cuzco.

El otro caso es éste: En el año de 1917, en un viaje que hacía del extranjero al país, aprendí que había una enfermedad nueva caracterizada por tres signos: fiebre de tipo irregular, somnolencia y parálisis de los pares craneales. El concepto se gravó en mi espíritu como un hecho puramente teórico y al llegar a Lima tuve la suerte de describir el primer caso de Encefalitis epidémica.

Como se ha discutido un poco respecto de la enseñanza práctica en esta cátedra, se me permitirá que cite referencias de autoridades médicas y docentes.

He aquí la opinión del profesor DEVOYRS, director honorario de la Escuela de Medicina de Dijon: "Es en el hospital, y casi exclusivamente allí, que el estudiante adquiere lo que será más tarde, durante toda su vida profesional. El hospital es para el estudiante de medicina, lo que el taller del pintor es para sus alumnos. No es ni escuchando al maestro discurrir sobre la pintura, ni aún viéndolo trabajar que el estudiante se forma, y sí manejando él mismo el pincel bajo la vista y dirección del maestro. Esta superioridad de la enseñanza hospitalaria sobre la enseñanza puramente teórica de la Patología dada en un anfiteatro, ha sido también reconocida. Hace 15 o 20 años que se resolvió en principio la transformación progresiva de las cátedras de Patología en cátedras de clínica, tal como ha ocurrido en la Facultad de

Medicina de Estrasburgo, en que la enseñanza de la Patología estaba confiada al Catedrático de Clínica desde antes de la guerra”.

Por su parte, el profesor BRUNNON, Director de la Facultad de Medicina de Rouen, dice así: “Actualmente nuestras escuelas de medicina son ya centros de instrucción activos cuando tienen anexos grandes hospitales. Toda la cuestión está allí. La Escuela de Medicina es el hospital; la clínica es la medicina. Es en el hospital que se forma el médico clarovidente, discreto, escéptico (discretamente escéptico diría yo) es decir no peligroso”.

El profesor LABBE de París, refiriéndose a la enseñanza de la medicina en la Argentina, dice lo siguiente: “La enseñanza de la Patología Interna y de la Patología Externa se hace generalmente en el hospital. El profesor titular y los adjuntos hacen un curso regular con programa determinado que ellos ilustran, cada vez que ésto es posible, con la presentación de enfermos de su servicio. Yo he encontrado esta misma tendencia en el Brasil, donde el profesor de patología sueña con anexar a su instituto un servicio de medicina, a fin de enseñar las aplicaciones inmediatas de la patología a la práctica médica. Es ésta una feliz concepción que parece no sufrir en la Argentina ninguna dificultad práctica.”

En la universidad de John Hopkin, he aquí como describe el profesor BENOIT el sistema de enseñanza: “Supongamos que se trate de enfermos del pulmón. El profesor pregunta al estudiante si ha visto casos de neumonía y cuáles son los signos que presentaban los enfermos, cómo ha examinado los pulmones enfermos, qué signos físicos ha encontrado, cuáles son los que se encuentran generalmente, qué enseñanzas de control ha podido obtener por los exámenes de laboratorio. Y cuando ha terminado estas preguntas agrega: ¿Ha leído usted el capítulo de neumonía? Qué es la neumonía, cuáles son sus causas, y así sucesivamente. Los errores son corregidos, los puntos oscuros se aclaran y el alumno sale de esta conversación perfectamente documentado. Esta recitación tiene la ventaja de ser algo vivido que excluye por completo la monotonía y la fatiga a condición de que el alumno tenga el sentimiento de su propia responsabilidad al cual debe hacer honor. Los americanos pretenden que esta manera de comprender la enseñanza médica da resultados mucho más satisfactorios que los métodos seguidos generalmente.”

Por último, según el profesor RENÓN, actual Catedrático

tico de Patología Interna de la Facultad de Medicina de París, se debe enseñar la Patología Interna de una manera tan práctica como sea posible, pero sin descuidar las consideraciones generales capaces de desarrollar en el alumno la observación, la reflexión y el juicio indispensables a un médico; más todavía, va hasta el punto de haber hecho semanalmente una lección de semeiología técnica y crítica, que yo agregaría debe ser interpretativa.

Señores:

He llegado al término de mi discurso. Creo que el profesor ha de ser un guía espiritual para el alumno; creo que lo que hay que dar a éste es el concepto integral, la capacidad razonadora; creo que el alumno debe estar familiarizado con los hechos, pero también con las verdades científicas. Creo, como en la república de PLATÓN, que es preciso dar buenos médicos al estado, buenos médicos familiarizados con un gran número de enfermos y sobre todo con un gran número de sanos, porque no hay que olvidar que el hombre esconde los tormentos de su espíritu con el disfraz inconsciente de una enfermedad aparente, las neurosis viscerales; y de allí porqué el Quijote resulta muchas veces mejor que los libros de medicina, porqué la cultura general vale tanto o más que la cultura médica.

Creo que enseñar es antes que nada, como dice el profesor WIDAL, elegir y simplificar; y que a esta elección, a esta simplificación solo se llega cuando se siente la sana vocación de la enseñanza, cuando se está profundamente penetrado de los límites de una ciencia, cuando se experimenta el placer de transmitir el pensamiento de uno al alma del que se inicia.

Enseñar, señores, es en realidad hacer pensar a los alumnos. (Aplausos.)