

## VIGENCIA DOMINANTE DE LA ANAMNESIS EN CLINICA NEUROLOGICA

Dr. B. RODRIGUEZ ARIAS

Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Va a comunicar sus impresiones clínicas del todo subjetivas un viejo neurólogo que, obsesionado antes por la etiología gigantesca de la lúes, según teoría real de la época, más especialmente en la praxis que en los dominios de la ciencia pura, formula en la actualidad diagnósticos causales variadísimos y multidimensionales.

Los síndromes neurológicos de libro (una hemiplejía, una amiotrofia, una parálisis neurítica, etc.) se delimitaban bastante bien, de llegar a explorar al enfermo con minuciosidad y aire de geómetra o topográfico.

Pero hablar de lesiones —o sea del daño estructural histológico e histológico, orgánico, además quizá de la calidad marcadamente funcional del trastorno en juego— representaba ya un gran esfuerzo exploratorio y, después, curativo.

En lo anatómico, en lo anatomofisiológico o fisiopatológico y en lo genuinamente patológico, contadas veces acertábamos.

Muchos de nosotros —sin excepción alguna— hemos pensado ulteriormente, transcurridos los años y al tiempo

de repasar “in mente” pretéritos diagnósticos, en flagrantes equivocaciones. Tanto por carencia de la documentación clínica necesaria, a la sazón, como de la ignorancia parcial reinante en las mismas circunstancias.

Un ejercicio adocenado de la profesión —forzoso o pasivamente mantenido a lo descuidado o rutinario— en la visita hospitalaria y en la intimidad del gabinete privado, solía complicar muy a menudo la situación: diagnóstica o terapéutica.

No queríamos o no lográbamos vencer siempre los obstáculos de una organización facultativa deficiente o de una auténtica escasez de medios de información anatómica y fisiopatológica. Y al referirme a la escasez de medios, busco comprender tanto los materiales (los de las instalaciones) como los personales (los de la falta de colaboradores o auxiliares suficientemente idóneos y disciplinados).

Por lo que se mantenía perpetuamente en entredicho, sobre todos, el tercer aspecto diagnóstico: el etiológico.

La herencia, el vicio o la malforma-

ción congénitos, la distrofia de tejidos y la metabólica, el traumatismo, la infección, un percance tóxico, un crecimiento tumoral, la lógica involución senil, un desarreglo vascular, un paroxismo nervioso genérico, un estigma neurovegetativo y los frecuentes agentes de predisposición o sustancialmente exógenos, se tenían en cuenta sin garantías, por erudición doctrinal, tal vez a lo intuitivo y sin verificación posible en seguida, más bien regularmente tardía durante la evolución fatal o benigna del morbo cuidado.

Hoy nos avasalla al pronto la técnica y el llamado examen complementario o suplementario e instrumental, neuroquirúrgico, para tratar de demostrar gráficamente anomalías patológicas (radiología), dar con las modificaciones esenciales de los líquidos orgánicos o humores (análisis clínicos), obtener trazados de representación bioeléctrica, justipreciar el estado psíquico y el potencial de inteligencia del individuo o descubrir microbios (bacterias, parásitos, etc.).

Y olvidamos cabalmente, entonces, la anamnesis, sin razón, ni pretexto, legítimos.

Es más, los modernos "equipos" asistenciales no gozan, todavía, de la homogeneidad, de la unión y de la validez que precisamos. Por lo que echamos de ver, así, una falla en la actitud del neurólogo clínico, tan consciente de su poder teórico como de sus limitaciones prácticas o bien en los métodos arbitrados para los exámenes de rigor. Origen, todo, de sinsabores y de descrédito interprofesional.

Antaño, el paciente neurólogo del martillo de reflejos, del estesiómetro y del rancio aparatito de corriente galvánica, con o sin ilustrativos diagramas anatómicos a la vista, muy benedictinamente, llegaba a señalar bien una realidad clínica aparente, una verdadera figura anatomofisiológica, que interpretaba más adelante en su génesis y en su significado complejo.

Entre esto —que pocos osarían negar— y los cortos recursos terapéuticos de aquellos heroicos tiempos, se explica bastante el nihilismo que les distinguía y la ineficacia curativa auténtica del neurólogo ochocentista y de los principios del siglo.

Hogaño, de la mano del potente y brillante neurocirujano, más que nada, se lanza ya a escudriñarlo —de forma cruenta— todo y arriba a prescindir fielmente de la insoslayable y cardinal relación médico-enfermo en su estuenda autenticidad.

Un signo clínico fehaciente —igual para unos u otros de los que sepan y acierten a explorarlo— y un perfil gráfico o un esquema de constantes biológicas, de diferentes módulos fisiológicos y patológicos, etc (positivos o negativos), no tendrían que convencernos jamás de arriba abajo, por lo que son o sean. Habrían de obligarnos "ab initio" y siempre a disquisiciones doctas y al planteamiento de un enorme juego de indicaciones y contraindicaciones, lo mismo en la perquisición de los dichos módulos vitales como de fortuitos tratamientos.

Una compresión medular, un insulto vascular encefálico y una epilepsia,

v. gr., no suelen autorizarnos todavía juicios clínicos rotundos —en lo diferencial de unas lesiones o de unos mecanismos patogénicos— si infravaloramos la enjundia de los más tradicionales interrogatorios.

No pongo en solfa así un hecho nuevo, ni descubro mejores horizontes, cuando aspiro —fervientemente— subrayar y vincularme a un gesto, a una orientación, doctrinales, resultado de la experiencia —muy mía— de 55 años, que tal vez confirmen o discutan juntas del máximo influjo en el terreno de lo médico-cultural, las Reales Academias de Medicina.

Inferido de este modo el porqué de haber escogido un sujeto tan manido, bien que no finiquitado y aún objetable, en nuestro artículo quiero proceder a su dogmatización.

\* \* \*

Las historias clínicas de los enfermos de sistema nervioso han adolecido y continúan adoleciendo, por desgracia, al presente, de lagunas o errores rectificables.

No intento ocuparme —dado lo que me guía en este análisis— de mencionar los procedimientos exploratorios y de hacer constar la evolución de los males o achaques. Sí, en cambio, de la anamnesis, polo obligado de las referencias nosológicas que se leen agradable y fructíferamente.

Yo me atrevo a recalcar y matizar tres errores de norma o de misión en el quehacer inagotable y ubicuo de la anamnesis.

A) Que en numerosos hospitales y en las reducidas consultas áreas —desde luego— el especialista de mayor responsabilidad, el maestro, oficial o libre, pero maestro al fin y al cabo, huye de interrogar por sí mismo.

B) Que las pautas o formularios que se aconsejan para la elaboración de la mejor anamnesis, llevan a tergiversar u oscurecen por ventura los hechos de más trascendente, leal o positivo significado.

C) Que una actuación de tipo inveterado, el cansancio eventual, la prisa angustiosa y la desgana firme del momento, en ciertos oficiantes, no permiten jamás un interrogatorio verdad, el exhaustivo, siempre variable, aleccionador y aplicativo en todos y cada uno de los pacientes.

La muy cacareada y recomendada exploración neurológico-clínica llamada de rutina —subsiguiente a la anamnesis, de exceptuar los casos de urgencia— y los medios complementarios de diagnóstico, es lo único que yo confiaría en líneas generales a los auxiliares óptimos de turno.

Puesto que el profesor sabría recurrir —en frecuentes o especiales momentos de duda accidental o hipotética— a su verificación directa.

A tales auxiliares nunca les encargaría la anamnesis, si deseamos vanagloriarnos de escrupulosos en la asistencia hospitalaria y domiciliaria y si intentamos rendir un sincero fruto a la ciencia y al aprendizaje de los posgraduados.

Malísimo hábito, generalmente demasiado cómodo para los jefes de

servicio y los consultores de rango. A pesar de que cuando nos fascina mucho la ventaja táctica, lleguemos a delegar en nuestros ayudantes la exploración inicial o primera, la calificada de rutina, origen o fuente de pequeñas contingencias, por demás zanjables.

Las exploraciones —sin ningún embrollo, ni tan sólo albur— pueden repetirse una y más veces, modificarse e incluso corregirse. Es hasta una medida lógica y sugerible. Y los pacientes explorados acostumbran a demostrar su gratitud y su fe.

En clínica neurológica —y en la de muchísimas y entrelazadas afecciones viscerales o del todo sistémicas— puede fallarnos la más rápida y personal impresión de los hombres de larga experiencia, ya que un aspecto, la creencia o una sospecha y pista diagnósticos tendrían que ser conjeturados mientras escuchamos y preguntamos al doliente y a sus familiares o a quienes garanticen la narración de datos.

Grandísimo número de dolientes —válidamente interrogados por otros— no obtienen el beneficio a que aspiran siempre, de mi madura experiencia, generosa y recta cual la de tantos; y por el contrario, un buen porcentaje de los que yo atiendo “d’emblée” y a mi utilidad más especial, no merecen una orientación paralela al fiarse de nuevos neurólogos. Aunque deje de haber, quizá, vaivenes o fluctuaciones diagnósticas.

He aquí una de las poderosas razones que nos conmina a soslayar en todos los puntos u ocurrencias de una

anamnesis, la idea prejuugada. Por ejemplo, entre algunas más, la de observaciones de valor raro y sobresaliente y de fuerza ilustrativa para la colectividad o, también, de hecho muy trillado propio de una “serie” que no reclama en el acto el discernimiento de la muestra científica figurativa, de la curiosidad, de la especie o de lo anómalo en patología mutua.

Ir en pos —sempiternamente— de un espécimen bibliográfico o de un ruidoso triunfo en la praxis, ofuscaría hasta los mejores; y dormirse en los laureles de la fama y compararlo todo, igualmente.

Parece tener la culpa de ese “modus faciendi” censurable —en el que se suele incurrir a diario— la estampa de una lección o de un caso notable y útil en las publicaciones y, asimismo, el tesoro que determinen reunir en los ficheros cuantos intervienen eternamente en las polémicas académicas. De la misma manera, la obcecación fatigosa de lo uniforme o de lo visto, ya, en tandas.

El alucinante señuelo de las historias clínicas perfectas o casi inobjetales y de una vulgaridad más en los archivos y en los protocolos médicos, lo dificulta todo.

Seamos humildes, jamás infatuados al tiempo de consultarnos un enfermo y de discutir entre galenos, para que no nos arrastre querellosamente la gana de tomar sin calor a los que sufren o de participar en las réplicas con espíritu artificioso de tener por fragmentaria, nimia o mala una historia clínica cualquiera.

En las fichas de archivo y en las hojas de la documentación nosográfica, la anamnesis debería traducir —de buenas a primeras— la sensación de un fenómeno común, sin la inquietud o la monomanía de que luego simbolice una enseñanza cardinal. El que un hallazgo clínico demuestre o no demuestre la realidad de un suceso, de un hito o de una anécdota firme, nadie puede justipreciarlo originalmente. Aparte de que la monomanía confunde de veras y disloca el insustituible “ojo clínico” y el razonamiento normal.

Deberíamos buscar calmosamente lo espontáneo, lo más natural y fundado o de rigor. Tendamos a alcanzar, pues, la expresión de un semblante, de una forma y el camino libre y voluntario de un pensamiento.

En España, la futilidad de algunos, lo pueril de otros, el magno atractivo crematístico de los que rehúyen el sacerdocio de nuestro arte, la mediocridad pretenciosa de bastantes, la haraganería de muchos y el temor vanidoso de equivocarse de los poco sencillos, desbaratan a placer la elaboración, el análisis crítico o la lectura, el trasiego y el cómputo de numerosos historiales clínicos. Se ofrecen al refrendo público, entonces, los más perfectos —que son así los menos— o tal vez los de equiparación más superflua e ineficaz.

Huelga destacar el móvil, por tanto, de que propugnemos se encargue el consultor de redactar o abrir la historia clínica y de llevar a cabo perso-

nalmente —sin efugios tácticos— los interrogatorios.

Nunca me han gustado o servido de aliciente o de instrucción al repasarlas, las anamnesis deducidas de la aplicación —fría o exclusiva— de formularios y pautas. No es que abomine de los formularios por tozudez de engréido. Gozan de notorio prestigio y los creemos redituables, incluso buenos y también obligatorios en lo más aplicativo de los exámenes legislados: sanitarios, higioprofilácticos, forenses, etc.

En cambio, lo descriptivo —con maña, sistema y omnicompreñión variables— de tantísimos historiales clínicos de nuestros abuelos o de ciertas generaciones de hijos y nictos, atraen sobradamente, resulta didáctico y constituye un preciado material de investigación científica.

Hay que disponer, por ende, de amplísima libertad de movimientos y de rumbos al observar al enfermo y a sus familiares o acompañantes, al preguntarle cuestiones y al ir anotando lo explicado y nuestro típico raciocinio. Bien que, siempre, con circunstancias, datos, finalidad y efecto de beneficio, generales y paralelos.

“Por todos los caminos se va a Roma”, apunta un viejo proverbio, que encarna el real modo de conducirnos durante el trabajo liberal.

La informalidad de un trayecto en la pequeña disputa anamnésica nos consiente —muchas veces— el rapto de la intuición, el solaz o el júbilo ligados a una capacidad experimental y el orgullo de fijar a prisa una noción de clínica perspicaz.

Aunque esa informalidad no resulte, jamás, lucrativa o tolerable en los que han de vivir del consejo de los demás.

El que se halla en óptima situación —por su edad, por su fama de idóneo— de aprender más genuinamente de sí mismo, el profesor nato, poco importa que sea informal. Siempre y cuando dé ejemplo de competencia, de ventaja y tacto profesionales y de gravedad humana.

¡Qué gran número de diagnósticos de maestro fue entrevistado o supuesto desde el interrogatorio practicado por los más doctos!

\* \* \*

La anamnesis unívoca del neurólogo es fecundo motivo —siquiera para mí— de comentarios y de indicaciones.

Se pueden lamentar de relance, a través de los años, yerros extraños y propios, que derivan generalmente de un quehacer confuso y mediano.

La figura de una responsabilidad profesional en marcha nos obligará de seguida a desviarnos del camino que nunca —ni ayer, ni hoy— hubo de tentarnos o de consentirse.

En una era de alarde técnico e instrumental (latentemente yatrógeno), en unos momentos de "check up" a lo curva de glucemia, la anamnesis del neurólogo debería responder —idea justa y discrecional— de la gama de exámenes complementarios posteriores.

Un "equipo" sin norte fijado a partir de la anamnesis, representará una lógica carga y no el teórico y envidiado "sine qua non".

Los antecedentes de índole genealógica, los conmemorativos del todo personales y la dolencia actual de los que sufren, merecen invariablemente una profundísima reflexión.

El neurólogo tendría que abstenerse perpetuamente —más que otro especialista cualquiera— de favorecer o apuntar y sugerir respuestas. Que oiga sin pestañear las quejas y lo narrado voluntariamente, que razone luego, que formule las aclaraciones o las preguntas oportunas después y que actúe bien al terminarse el monólogo o el diálogo.

Las habituales superestructuras psicógenas de ciertos neuropatas de raíz exógena, justifican de pleno dicha línea de conducta.

El aspecto o el sentido cronológico del relato que se escucha habría de llevarnos más tarde a una neta precisión de hechos. Instruyen de veras los comas, los ictus, los paroxismos criptogenéticos, un inicio solapado y lento, una evolución progresivamente agradable, los brotes y recaídas y los muchos fenómenos patológicos de cajón.

La influencia compleja del ambiente familiar, social, geográfico, de hábitos o costumbres políticas y legendarias, etc.) es otro de los datos sobresalientes en la búsqueda. Y es que lo geomédico tendría que estimarse con mayor unción que antes.

El síntoma propiamente dicho (dolor o parestesias, mareos o lipotimias, diplopia, oscurecimiento de la conciencia, vómitos, movimientos anormales de diferente expresión, insomnio, astec-

nia y tantos más) debe justipreciarse a ultranza, casi inquisitivamente.

El árbol genealógico de antecedentes temperamentales, de padecimientos o quizás de longevidad y estado de salud regulares —sumaria o perfiladamente trazado— lo considero obligado. De cada día más sale a flote en las argumentaciones diagnósticas, el factor endógeno, la herencia.

Pasó por suerte la moda —fugaz— de lo preponderante o tiránicamente exógeno (sífilis, alcohol, tabaco, nutrición deficiente, etc.). Las anomalías morfológicas o los fallos bioquímicos de nacimiento, cuya génesis parece confusa tan a menudo, señalan nuestro derrotero clínico en proporción superior a lo imaginado últimamente. Lo disposicional —en el terreno de la constitución y del carácter— no ha de ser menospreciado bajo ningún punto de vista.

Los grupos funcionales de las legítimas enfermedades nerviosas, es decir, lo ciertamente sintomático de lo que aún se nos escapa —por su calidad de tenue o ignorado— en el vasto panorama clínico de nuestros años —llámese idiopático, genuino o esencial— cede “de jure” sus ganancias a la lesión, ¡quién lo duda!, pero no la totalidad exacta de motivos o de causas.

Veamos de poner en solfa, así, de forma rápida y sagaz, el conjunto de antecedentes familiares e individuales. Encarna un principio muy fundamental.

Las neuropatías heredo-familiares

tienden a extinguirse sin más y por supuesto, aunque no —inversamente— determinados rasgos temperamentales. Un foco de corea de Huntington se “disolverá” a la larga. Jamás, por cierto, la predisposición endógena de un epiléptico, de un neurótico “vera efigies” y de numerosos enfermos de sistema nervioso. He afirmado —bastante ocasionalmente— que si cupiere identificar al presente los descendientes de Julio César encontraríamos en ellos, todavía, vestigios de la constelación del “*morbis sacer*” de milenios.

Procurar la homologación de la herencia y de la tradición, así como de los agentes causales que hierven en este mundo de tragín y de grandes riesgos mecánicos, químicos, biológicos o políticos, es uno más de los cometidos inexcusables de la anamnesis. Las enfermedades cambian de faz, bien que subsisten con nuevo ropaje, inaparentes del todo o más brutalmente agresivas y perturbadoras.

Una patología universal nos mostrará siempre lo común y una patología vernácula nos definirá fuera de eso la mutación local. Nunca habría de silenciarse la observancia de medios preventivos, higiénicos y sobre todo vacunales. Tal vez corrijan un hecho de notoria predisposición innata. Registremos, pues.

El condicionamiento de fenómenos ligado al progreso no es mínimo. Igualmente —acaso— el de los vehículos de transporte y el de los utensilios todos, que el de la instrucción más liberal, el socio-económico, el de los juegos y recreaciones, el cultural y el de

la felicidad o bienestar de los habitantes de la tierra.

Esas concausas determinantes —sin excepción— tendrían que pesar en el “modus faciendi” de las historias clínicas de hoy día y —muy peculiarmente— de las neurológicas.

El “status praesens” de las afecciones invita, queramos o no, a un obstinado repaso de la nosografía. Los usuales signos de déficit, de irritación, de liberación o de compensación funcional, merecen evocarse y apreciarse y al punto también graduarse.

Las parálisis, las anestias, las convulsiones, los reflejos no normales, el automatismo vesical o los desarreglos esfinterianos, la marcha, los espasmos localizados, etc., etc., testimoniarán por ventura lo que hubo. Y las secuelas definitivas o momentáneas, advertirán —justamente— sobre el comicio, naturaleza e influencia o riesgos, amenazas y peligrosidad del mal.

Lo fugaz o transitorio de los signos, la recurrencia de los mismos, una ondulación periódica de los desórdenes y las recaídas y las recidivas, por ejemplo, alegorizan evoluciones y daños, a menudo insospechados.

Habríamos de estar seguros —por lo demás y en última instancia— que la anamnesis no olvida datos o antecedentes. Bien que llegue a holgar —en el escrito— la retahíla de negativas. Cansaría y parecería muy inoportuna.

La lista de recomendaciones y de consideraciones doctrinales —para una mejor anamnesis— sería a mi juicio interminable. Basta, ergo, con lo declarado globalmente valorado el pro-

blema del interrogatorio clínico-neurológico.

\* \* \*

Los síntomas propiamente dichos adolecen —un día y otro— de inespecificidad y de falsía o representación. Corresponderán, pues, a dos o más enfermedades simultáneas, sea en hipótesis, sea auténticamente.

Una presunción diagnóstica no debe excluir, por ende, cualquiera más. Las lesiones y los trastornos se duplican o suman con harta frecuencia. De ahí las equivocaciones que ruedan —muchas veces— a partir del trascendente lance que supone el interrogatorio usual.

Las más leves predisposiciones maniaco-depresivas, el fondo neurótico de bastantes individuos y la real estigmatización neuro-vegetativa —pongamos por caso— nimbán o desfiguran la firmeza de lo sensitivo, de la astenia, del sueño nocturno turbado, etc. Y esto acostumbran a conjeturarlo o entreverlo muy al pronto los neurólogos duchos y los viejos neuropsiquiatras.

El negativismo, la reticencia y la fantasía de ciertos pacientes o incluso deudos obstaculizan la labor normal, hasta la de los más tolerantes y avezados. En medicina laboral y forense —hoy esplendorosa— la burla sorda del preguntado puede alcanzar grados de apoteosis. Y el médico del todo caracterizado para hacer frente a una trabazón de eventualidades y de motivaciones isócronas, es el dómine mayor de la casa u hospital o del “equipo”.

Valorar la enjundia de un trauma-



tismo demanda poseer un finísimo criterio de maestro o de perito.

Una jaqueca pura y una hemicránea sindrómica llegan a agregarse fortuitamente. Los paroxismos comiciales y los trastornos psicógenos asimismo. No ha de reputarse excepcional una depresión mixta, por su origen o por su curso. Y los ictus cerebrales dependen, al azar, de numerosos mecanismos fisiopatológicos y de variantes morfológicas.

La trayectoria que se siga o la orientación que se mantenga debería nacer, por tanto, del aire sutil de los mejores prácticos clínicos.

La tan buscada y deseada autoridad técnica y moral del neurólogo impone sobremanera a enfermos y familiares y obvia el zig-zag lastimoso y triste de los novatos o de los mediatizados. Porque hay que detestar, además, los llamados exámenes "completos" —que se formulan sin guía y sin clarividencia, vacilantemente— y lo superfluo y acaso peligroso e innecesario. Reivindico, en consecuencia y de nuevo, la anamnesis de maestro.

El significado objetivo de una alteración morbosa y las pruebas instrumentales, de laboratorio o gráficas que se estime congruente verificar, no descubrirán más vías que la anamnesis propicia y tempestiva.

Haría menester que los neurólogos echaran mano, para siempre jamás, con el fin de superarse y de erigirse en paladines de la honestidad, de tretas y de artificios. Los interrogatorios "a presión" terminan a veces la desgana o la sinrazón de los neuróticos y de los

litigantes. Y en otras circunstancias parejas, las entrevistas clínicas realizadas bajo la acción —médica— de una bebida alcohólica o de una dosis fuerte de anfetamina, quizá de un barbitúrico, solventan las pegadas necias de una conducta remisa, las derivadas de la timidez estricta, del orgullo, del balbuceo, etc., encarnando así un magnífico procedimiento informativo, cuando suscribe abiertamente su fundamento moral y humano el enfermo.

Por último, un segundo interrogatorio —entonces fragmentario y más centrado— lo juzgamos archiconveniente e instructivo. No obstante, apenas se practica ante seres difíciles o recalcitrantes.

\* \* \*

Mencionar sin orden los antecedentes de los sujetos en las hojas clínicas —que es lo más corriente— habría de llevarnos inmediatamente a resumirlos, glosarlos y enlazarlos, para su buen manejo ulterior. Trato —por descontentado— de los historiales que se escriben en los hospitales de asistencia pública y no los de las visitas íntimas.

El escrúpulo que comporta la observancia del secreto profesional —tan vigente hogaño como antaño— debería inducirnos a una norma del todo personal. Yo silencio —eventualmente— fehacientes testimonios de carácter reservado, pero no hurto o burlo la idea que me gobierna y su explicación tajante. Alguna vez recurro a circunloquios, para que no quepa la fácil identificación de lo adverbado y para que una exploración subsiguiente y predeterminada no negligia el dato traí-

do a colación en virtud de su importancia, presente o futura, docente o científica, sanitaria o legal.

El archivo y la custodia de los históricos clínicos —en los departamentos públicos o privados de los nosocomios— reclama una grande y sostenida atención espiritual, creemos nosotros. La lectura —pícaro o tendencioso— de una información confidencial no pueden tenerla en sus manos, a ojos vistas, las personas extrañas a los "equipos".

El culto durable a la intimidad de los que sufren, quizás absurdo o paradójico, el sigilo epidemiológico, el sacramental prestigio de los Tribunales y otros aspectos más de la vida, meritan un rito con cariño y deferencia de ofiçiantes. Y si un maestro o un colega de fama se encarga directamente de la anamnesis, el rito ha de estar mucho más a salvo.

Consentir la lectura simple, el bosquejo exhaustivo de antecedentes o el trasiego para estadísticas de los históricos clínicos guardados, lo justificarían tan sólo designios útiles y un mínimo de fe recíproca.

Yo me asombro —a menudo— de las inmensas facilidades que se dan o bien de las serias dificultades que se ponen en el estudio natural de los históricos clínicos. Las razones que se aducen parecen más que subjetivas y casi no deontológicas o de disciplina administrativa. Sino fatal de estos habitantes que somos nosotros, tan propensos a las actitudes de bondad y de sacrificio o bien de egoísmo y de alta-nería.

Vuelvo a recomendar —como medida táctica— la humildad del cristiano, del que siente y cumple la doctrina y jamás del que alborota para la constancia externa de un resabio. Y éstos hormiguean —por fatalidad nuestra— a placer.

\* \* \*

La "liturgia" de la anamnesis —con su bendito fondo de dogma y el esplendor de unas manifestaciones— no es lo sistemática e incommovible que cupiere apetecer. Una anamnesis de maestro y efectuada por el propio maestro resulta, empero, más didáctica y fructífera que cualquiera otra. Suele obviar muchísimos errores y aclarar o perfilar del todo la exploratoria de los pacientes. Indica, además, organización completa y plausible tacto asistencial o de ejercitante. Favorece, también, la perspectiva terapéutica de los examinados. Y simplifica, a no dudarlo, los cometidos de aplicación, hoy inmensurables y múltiples.

Honra, así, al que se queja y a uno mismo, en lo puramente sacerdotal, en la faceta artesana y en el valor progresista de la ciencia y de la maña o del oficio virtuoso de curar.

No rompamos, pues, con modas y atribuciones en sazón. Yo quisiera defender la necesidad absoluta de que lo entendamos de esta forma y de que lo hagamos tal cual en ventaja cumplida de todos.

Y al que no le parezca justa mi actitud o censure mi gesto, le invito respetuosamente a que objete mis nociones y mis juicios o que me aconseje.