

CAPÍTULO II

CONCEPTOS DE ORDEN GENERAL

I.—*Un Tratado* sobre el arte de hacer clientela en México no está escrito aún; aunque parezca *innecesario*, porque la propia intuición, instinto y necesidad lo dictan, conviene empero formar un *código*, con lo que la experiencia enseña, para aclarar la conducta y *acortar* el camino que conduzca a lo útil, justo y permitido.

II.—Las fuentes que brindan la *materia prima* para formar la doctrina conducente parten del *médico*, del *enfermo*, de la *familia*, de la *sociedad*, del *medio*, etc., y es de naturaleza varia: *científica*, *profesional*, *económica*, *moral*, *utilitaria*, etc., figurando en todo, predominantemente, el factor *psicológico*. Este elemento inseparable de la vida es el que da *fisionomía* y *matiz* al individuo y a la colectividad.

III.—La teoría que va a derivarse de su análisis y examen llevará *principios generales*, de norma constante en la *conducta*, y *reglas* de aplicación variable en los *actos*; formulará *máximas* y aconsejará *procederes*. Va a vincular en la acción al sujeto y objeto del fenómeno, y *figurará* los casos con sus circunstancias e

inherentes modalidades; expuesta así la doctrina se delinea y pinta mejor la *realidad*.

IV.—La columna fundamental de la Medicina es la *Ciencia*; pero, *inabarcable* por inmensa, hay que acantonarse en *sectores* y escoger con tino lo que *cada quien* necesita para su propia labor. Preferir *lo útil, lo cierto, lo frecuente, lo cognoscible, lo dominable*. Perdersc, divagarse por campos apartados e inconexos es gastar energías que amenguan la *eficiencia* profesional. Hay que *saber* estudiar.

V.—La *talla* profesional no se mide por el *cúmulo* de saber. Para ser *buen médico* hay también que observar, razonar y *hacer*. La competencia es una *resultante* del estudio y facultades; una reputación no es cosa que se alcance por sorpresa, es la cumbre de una vida, a la que se llega lenta y *trabajosamente*.

VI.—Hay cosas que *neutralizan* la erudición y talento. Una gran mentalidad *es infecunda* sin disciplina; la vasta instrucción es improductiva si *no se sabe* emplearla. El triunfo no se basa solamente en la *cantidad* de las armas, sino también en la *manera* de usarlas; un conocimiento *claro y preciso* supera al incierto y vago, aunque sea extenso y profundo.

VII.—La calidad y cantidad de la clientela no están en *razón directa*, no derivan proporcionalmente de la *potencia* intelectual del médico; intervienen, además, aptitudes *especiales*, así como la conducta y *juicio* que acompañan a su obra. La fama y la *medida* profesional son cosas diferentes: aquélla emana de la *opinión pública*, ésta del *éxito* y el *saber*.

VIII.—La conquista de clientela tiene mucho de personal y enigmático; no bastan para ello el estudio y *dedicación*, un empeño y *asidua* labor; suelen fracasar la honradez y virtudes, el *desinterés* mismo. Figuran causas extrañas *poco visibles*; pero hay que descubrirlas y ponderarlas para que no se pierda y *malogre inmerecidamente* un real y positivo valer.

IX.—Cuando el médico por su erudición y talento es cumbre, no debe quedarse allí esperando que la *montaña* vaya a él; si quiere *vivir* tiene que adornar tan preciada riqueza y don con la humildad y *modestia*, tiene que acompañarse con aquellas cualidades que *acercan* a los mundos inferiores; si se queda en su *altura* será contemplado, pero la clientela quedará lejos.

X.—Los médicos de *poco bagaje*, de poco caudal, para compensarse deben cultivar esos recursos *extra médicos* que atraen: *pulcritud* en la presentación, *esmero* en el trato y comportamiento, *parquedad* en el hablar, *discreción* en el opinar; no extremar la idea de *negocio*, hacer la caridad con *inteligencia*; en fin, obrar pensando que el *mundo* del médico, que el *centro* de su vida está en el enfermo.

XI.—Para el médico, como hombre de ciencia, el enfermo es un problema *biológico*, en lo profesional es un *trabajo*; terapéuticamente sirve a un *paciente*, en lo social a una familia; como luchador y militante el caso es un *anuncio*, en lo moral tiene enfrente a un *semejante*; su papel es polifásico. El médico trabaja en *público*; por tanto, al pensar y actuar verá a su *alrededor*.

XII.—No todo enfermo es cliente. *Enfermo* es un consultante, suelto u ocasional. *cliente* es el enfermo que *cree* en su médico, a quien busca y sigue. La médula, el cogollo de la cuestión está en *convertir* al enfermo en cliente, pues éste anuncia y *recomienda*. Hay clientela artificial y falsa, por ende *efímera*; aun la legítima y merecida es *veleidosa*.

XIII. Cuando una persona consulta a un médico es porque lo atrae su *fama*, se lo recomiendan con *encomio* o porque le consta un *éxito*, le llega en condiciones psicológicas propicias para conservarlo. Si desea hacerlo su súbdito estudiará su cuerpo y su *persona*, y como la curación o alivio es *aleatorio*, lo que mejor lo retiene es el *tinio* profesional. El ejercicio constituye un arte.

XIV.—El aspecto *económico* de la profesión es lo más difícil; para entenderlo se requiere talento *especial*. Se aproxima uno a la verdad *no extremando* la idea utilitaria, ni presumiendo de apóstol y benefactor. El aspecto financiero de la profesión debe mirarse con los *mismos ojos* con que se miran las *finanzas*, con cálculo, justicia y honestidad.

XV.—Muy delicada también es la relación *interprofesional*; el médico vive, inevitable y necesariamente, en *contacto* con su compañero; la *caballerosidad* lo resuelve todo y no expresarse de ellos con disfavor y menosprecio; cuando esto acontece, lo que el público piensa es que lo *malquiere*, pero no que no sepa o no valga.

XVI.—El *peor* calificativo para un médico es el de *cómico* o *charlatán*. La comicidad consiste en asumir *actitudes*, *dibujar* *actitudes*, rodearse de aparato, tomar *pose*, hacerse *interesante*.

etc.; charlatán es el que anuncia *imposibles*, busca las galerías, embauca, ofrece lo que *ignora*, etc. No rebajar así la dignidad, la altura y nobleza de la profesión.

XVII.—La *clasificación* vulgar del público para el médico, en general con acierto, es de inteligente, estudioso, dedicado, atinado, considerado, *carero*, *fachoso*, chambón, hablador, atrasado, etc.; epítetos unos honrosos y *favorables*, otros *deprimentes*. Para lograr clientela perjudican más los *negativos* que benefician los positivos.

XVIII.—Para ser *buen médico* y tener clientela, en el orden científico, hay que poseer doctrina y *hacer clínica*; en lo personal ser *honrado* y decente, en lo *social respetuoso* y correcto, en lo profesional *cumplido* y discreto, en lo económico considerado y *equitativo*; con la familia sincero, con el enfermo *empeñoso*; con todos atento, afable y benévolo. En toda actuación no llevar orgullo, *sí dignidad*.

XIX.—El aspecto moral de la profesión es *más visible* que el científico; el menor defecto de *carácter* invalida la competencia y saber. Una frase impertinente, un modal tosco, una impaciencia son capaces de *borrar* el mérito de un trabajo. El éxito todo lo domina y avasalla: pero *sin acoplarle* cualidades y virtudes personales se nulifica o desmerece. El triunfo científico es *distinto* del profesional.

XX.—Los capítulos que van a seguir se ocuparán de la *técnica* o del *cómo* se resuelven los distintos puntos enunciados; falta explicarlos. Agregaré *nuevos*; con cambio de intención y vestidura repetiré algunos; con ideas aun no expuestas insistiré en o-

tos; llevaré al curioso por campos interesantes y amenos; y si como fruto de la excursión le *cae* o se gana un enfermo, ello le compensará el tiempo perdido.

CAPÍTULO III

LA CIENCIA Y LA CLIENTELA

I.—La medicina es una carrera *científica*; sus bases troncales: Anatomía, Fisiología, Patología, son ciencias *biológicas*, y es aplicable y útil al hombre a través de la *Clínica* y la *Terapéutica*; estas ramas contienen ciencia y leyes, pero también empirismo y reglas como las Artes; son *artes científicas*. La teoría médica incluye las ciencias *físicas*.

II.—El médico es un biólogo que se ocupa en *particular* del hombre como ser viviente; la *biología médica* no lo estudia en abstracto, sino en concreto, y con mira utilitaria. La Medicina resulta así la carrera más difícil del *mundo* por sus grandes incógnitas, por su extensión, por su profundidad; en ella la eficiencia, la suficiencia, *son palabras*. El concepto de *gran médico* es relativo y convencional.

III.—El médico se *prepara* por años con estudios serios y jerárquicos. Guiado por *maestros* cursa desde Matemáticas hasta Filosofía; en actos y con pruebas calificadas demuestra su saber en el hombre *muerto*, en el sano, en el enfermo: la carrera médica no se *improvisa*. A la postre, sin embargo, *poco sabe* de lo que

estudió, poco recuerda de lo que aprendió; en sus vigili-
as repasa, llena huecos, refuerza puntos pero continúa siendo un
sabio ignorante.

IV.—No todo se pierde en el camino, quedan hechos, se con-
servan ideas generales, mucho de opiniones y teoría; pero se ga-
na algo más valioso, el *criterio* y el espíritu científicos. *Esto* a la
hora de pensar y obrar es un tesoro mental, una luz; con ella se
maneja mejor la inferencia y se ve clara la noción de causalidad;
ese espíritu y ese criterio nuevos distinguen mejor lo hipotético
de lo real, lo presunto de lo cierto, lo que es verdad y lo que es
opinión; sirven para no confundir lo metafísico con lo *positivo*,
lo empírico con lo científico, el fenómeno con su explicación, etc.

V.—La preparación universitaria debe formar médicos-*fábrica*-
s y no médicos-almacenes; disciplinar, educar, no sólo acumu-
lar. Cerebro que lleva cúmulo de ideas amontonadas o dispuestas
en chusma no sirve para el combate; debe llevarlas formadas en
batallón, clasificadas en grupos, ordenadas en fila.

VI.—El médico tiene que estudiar en la naturaleza y en el
libro; estudiar no es leer; de la lectura tomar el jugo, la sustan-
cia, y envolver en crítica la teoría. El estudio debe hacerse en as-
censo, de modo gradual y metódico; el conocimiento de ideas
sueltas, de hecho *aislados* es infecundo; las nociones poseídas
deben encadenarse formando *cuerpo* de doctrina. Hay que saber
estudiar.

VII.—Marea la bibliografía médica; desalienta, mejor que a-
nima, lo inmenso de la teoría en Medicina; entristece ver lo poco
que *prácticamente* se hace, frente a los miles de volúmenes que

enseñan. Preferir los textos didácticos a las obras *extensas* de pa-
ja o incomprensibles por lo *profundas*. Seleccionar el conoci-
miento, apoderarse del *cogollo*, irse derecho al *fruto*.

VIII.—No preocuparse por *leer mucho*, por devorar libros: no
indigestarse, no cubrirse con *barniz* de ciencia, no almacenar lo
inútil. No todo lo que se lee se *aprende*, no todo lo que se apren-
de se *aprovecha*; lo que no se repite y aplica se hunde en el ol-
vido; las *lecturas* dan vigor *mental* cuando se meditan; enseñan
cuando el lector se impregna de lo que *no se evapora*.

IX.—En las lecturas *preferir* la calidad a la cantidad; leer con
calma y haciendo pausas; en esta tarea *ordenar* la labor cotidia-
na; horas de trabajo, de descanso, recreativas y de *estudio*; para
el médico el estudio debe ser *ocupación* diaria y *obligatoria*. La
pereza y el abandono lo *atrasan*, porque olvida lo *viejo* e ignora
lo *nuevo*; nivelarse haciendo periódicamente breves cursos de re-
paso en compendios *modernos*.

X.—Hay libros con poca *sustancia* y mucha *declamación*, au-
tores *sin sello* personal, obras muy *diluidas* y tratados sin ideas
nuevas; escoger por informes y *cuidarse*, porque no *todo* lo que
está en letra de *impresión* es cierto. Mientras el médico no tiene
opinión y criterio propio es peligroso incorporarse las *noveda-*
des; no apresurarse, esperar que las autoridades o el tiempo las
sancionen; entretanto conformarse con lo conocido y probado.

XI.—El *activo* del médico lo forman el caudal de su *memoria*,
la *creación* de su inteligencia y lo que *guarda* en su biblioteca.
En consecuencia, hay *cosas* que debe saber en *todo momento*,
cosas que debe preguntar al libro y cosas que a *él* *toca* inferir. No

trocar las funciones. no exigir a la memoria lo que es accesorio o detalle, que es de *consulta*, no cargarla con lo que es *fabricable*; las inducciones y las deducciones no se aprenden, *se hacen*.

XII.—Ahora bien, es verdad que la lectura instruye, que el estudio teórico hace la *erudición*; pero ese material no basta ni forma al médico *militante*, éste tiene además que *aplicar* el conocimiento y convertirlo en *acción*. Tampoco *sin doctrina* hay médico, la práctica empírica produce al *curandero*. Ambas cosas se hermanan, se completan; el principio inspira el hecho, el hecho deriva de la idea; en conjunción forman la *unidad*.

XIII.—A la hora de ejercer, que es la hora de *curar*, proceder, pensar *científicamente*; pero en los conflictos anteponer los *hechos* a lo teórico y especulativo. Como la ciencia es aplicable por *intermedio* del arte, perfeccionar las reglas de éste, cumplir sus recomendaciones para que *no falle* el principio por aplicación defectuosa: el médico en acción funciona de *obrero*. Hay que bajar del cielo a la tierra para *humanizar* el saber.

XIV.—La Medicina nació en el *empirismo*; cada vez se hace más científica, pero conserva *aún mucho* de empírico, o sea, que acepta lo que *sólo* funda la *experiencia*, siempre que esté exenta y limpia de *falacias*. Desecha cuanto le parece absurdo, excluye cuanto mira anti-ideológico e irracional.

XV.—El médico científico será siempre buen médico, tenga o no tenga clientela. Para prosperar, a priori, el saber lo resolvería todo, pero el ejercicio es muy *complejo*, no basta el conocimiento. Para el éxito parece el camino más *lógico* y *racional*; pero no es ni el más *seguro*, ni el más eficaz.

XVI.—Por la índole de su carrera, por el carácter de sus estudios, el médico es un hombre *superior*; su inteligencia está educada para *pensar*, su sensorio para observar. Habitado a razonar penetra mejor que los demás la *ligazón* de los fenómenos, maneja el análisis y la síntesis, procede con lógica, piensa a *fondo*. El médico es un intelectual de *fuerza*.

XVII.—El campo de la medicina es ilimitado, *sin fin*; no hay que fatigar, no distraer la inteligencia, no gastar las energías bogando *sin puerto* en su inmenso mar. Quien *sin preparación* ni facultades se aventura a explorar los rumbos del *misterio* se pierde. Unos siembran, los escogidos; otros recogen, los obreros; hay que irse recto a la *cosecha* y no por los campos sembrados de *hipótesis* y *controversias*. —

XVIII.—El mundo de las lucubraciones y de lo abstracto es hermoso y *atractivo*; pero es para hombres *especiales*, para el orador, para el escritor, para el autor, para el profesor; la *teórica*, la especulación es para el sabio, el investigador o filósofo; en general para el que goza, vive o *se mantiene de eso*; pero el que vive de las aplicaciones y de lo *práctico*, función modesta, tiene que tomar no la verdad *informe*, sino ya cuajada, cristalizada, en *sazón*.

XIX.—Para emprender estudios y experimentos con la mira de *hacer progresar* la ciencia se requieren aptitudes, elementos y dedicación; esto es propio para los institutos de *investigación*, para las clínicas bien dotadas, para los laboratorios y salas de hospital, en general para centros con gente especializada y casos en *numerosa serie*. Quien pretende descubrir, inventar, innovar, reformar *sin recursos*, pierde su tiempo; si logra un hallazgo es por excepción. La Ciencia es difícil y *exigente*.

XX.—Todas las intenciones y descubrimientos tienen su *historia gloriosa*; las conflagraciones comienzan en chispa y acaban en incendio. Está bien que las obras *monumentales* o de especialidad mencionen, narren la lenta y fatigosa labor de los investigadores; que los libros *escolares* con fin educativo hagan la crónica *científica* de una conquista; pero el *médico de brega* debe quedar ajeno a esos escarceos de erudicción, a riesgo de recargarse, y por *mucho* abarcar *no apretar*.

XXI.—Es *obligación* de un médico ser instruido: en él es pecado la *ignorancia*. Ahora bien, *como es imposible* saber todo lo que la medicina enseña, ¿cuándo el médico es ignorante o sabio? El límite máximo de sabiduría no existe, el mínimo lo marca el *consenso*, es cosa de relatividad. Alguien puede ser consumado neurólogo, *aunque ignore* a qué fenómeno se llama signo de Rosenbach; para un otólogo es *primordial* conocer el sitio y curso de la arteria timpánica o del nervio facial; para un *ginecólogo* ello es *indiferente*.

XXII.—El práctico general que *todo lo* tiene que curar, que todo lo tiene que entender y juzgar es un héroe, un benemérito. *Como es* el tipo común de médico, pues el especialista es una excepción en un país sin población, sin riqueza y sin cultura como el nuestro, debe formarse *eligiendo su* conocimiento. No empeñarse en saber *mucho*; adquirir instrucción *maciza*; sobre lo *lofo* e inconsistente nada se edifica.

XXIII.—En la práctica es posible llegar a ser buen médico, un *figura*, sin descollar en ciencia. Hay especialistas prestidigitadores, artistas, *virtuosos* que destacan, prosperan y *lucen* sin instrucción mayor en medicina general; esas respetables per-

sonas cuando se *acantonan*, aunque de utilidad indiscutible, *no son médicos* en la acepción genuina del término, son técnicos, artífices. Realmente se puede vivir con gloria y esplendor sabiendo poco, pero *bien*.

XXIV.—El médico general, por lo mucho que tiene que *saber y hacer*, es un tipo *superior*: es quien más debe cuidar de no cargarse de *palabrería* superflua, de no rellenarse de aquello que aún *no es aplicable* al arte de curar. Cuando se concede lugar amplio a lo *secundario* se quita campo a lo *primordial*.

XXV.—Hay discusiones científicas que están *en pie*, controversias aún *indecisas* y pendientes; *no detenerse* mucho en ellas. Si se recomiendan innúmeros procedimientos, *no agotarlos*; si figuran muchas teorías o explicaciones no conservar *ninguna*, son falsas; retenerlas es *adorno*. Aun procediendo así no alcanza la vida para saber *de veras* lo esencial de la carrera médica.

XXVI.—Si el médico no tuviera que ejercer su profesión para *vivir*, si no necesitara *actuar* en el mundo, y sólo cultivara la ciencia pura, podría seguir un programa *distinto*, hacerse erudito, sapiente; pero tiene que obrar, y ello lo obliga a escoger del acervo lo que le sirve y *aprovecha*.

XXVII.—Una instrucción sólida, amplia, profunda es *excepcional*, solo los privilegiados; no es común en los *que viven* de su profesión; es bien difícil ser sabio y vivir del *trabajo*. A los estudiosos debe sostenerlos el *Gobierno*; así sucede donde se quiere *hacer ciencia*.

XXVIII.—Los músicos tocan piezas *con papel* y piezas *sin papel*; así debe ser el médico. Hay asuntos que tiene que resolver *luego*, sin ver papel, y cosas que hacer consultando las *notas*; lo agudo, lo urgente *no* es de *libro*; la rareza, el detalle, lo que puede *esperar* sí es de biblioteca. No llevar lastre en la cabeza: con armas y parque *inservibles* no se gana ninguna batalla.

XXIX.—Surtir el bagaje con hechos *fundamentales*, vigorizar la mente con ideas *directrices*. El foco de luz está en la *potencia* intelectual; la dosis la da el Creador, pero la *educación* convierte en eficaz una inteligencia escasa; el talento *sin disciplina* es estéril.

XXX.—En el texto de los párrafos precedentes no se ha dicho de modo *explícito*, se subentiende, que todo ello es para alcanzar el *máximo* de saber con el *mínimo* de esfuerzo, y que todo ese saber *selecto* es para ser *buen médico* y tener clientela. Cierto que ésta no deriva, precisa y necesariamente, de la *instrucción*; pero *si* sabiendo no se tienen enfermos, *menos* se tendrán ignorando.

CAPÍTULO IV

LA CLÍNICA EN EL ARTE DE HACER CLIENTELA

I.—Estos párrafos no van a referirse a la doctrina *sistemática* de la clínica, asunto del que se ocupan los Tratados; aquí solo haré alusiones a ciertas prácticas y principios que tienen relación con la idea de *acientelarse*. La *técnica* profesional, para examinar *al cliente*, difiere en sus modalidades de la clásica y científica que se usa para estudiar al *enfermo*.

II.—Para tener clientela hay que ser *buen médico*, y para ser buen médico hay que ser *buen clínico*. Unos *clínicos nacen*, otros *se hacen*. El clínico se forma siguiendo una buena escuela que lo *eduque*, para ser un buen *observador* y un buen *razonador*. Esto no se improvisa.

III.—Sin clínica no hay medicina. La buena clínica pide *instrucción maciza*, sin lastre de teoría superflua materia prima de *calidad*, la que da una exploración correcta; y *disciplina mental* para aplicar buena lógica a la inferencia.

IV.—El médico en acción, el clínico, tiene que *recoger* y *en-cadenar* fenómenos, fundirlos, y con el acervo formar *entidades*.

El diagnóstico es como un *edificio*; resulta tanto más elegante y sólido cuanto mejor es el *material* y el arte que lo *acomoda*. La clínica exige *instrucción y educación*.

V.—Se dice química industrial, farmacéutica, biológica, etc.; esto es didáctico, convencional, porque no hay químicas, la Química es *una*; se dice también clínica interna, urinaria, de niños, etc., pero ello es *artificial* porque no hay clínicas. La clínica, ideológica y científicamente hablando, es *única*; cambia la modalidad, los procedimientos; pero las bases, el *método*, los principios son comunes y constantes.

VI.—Hay una clínica de instituto, por decirlo así, cuyo objeto único o principal es *investigar* o elaborar ciencia, y otra que es *asalariada* o profesional. La primera, alta y muy rigurosa, sigue un tema, una idea *desinteresada*; la otra persigue un diagnóstico para *recetar y ganar*; aquí otra es la táctica y el pensamiento; ambas a la postre llevan la misma finalidad: *curar*.

VII.—En este momento pienso en la segunda, en la profesional, en la clínica aplicada a la práctica *mundana*, en la que al *ejercer* la medicina puede conducir al éxito en la conquista de clientela. La clínica superior, la que crea y descubre, por su rigidez y objeto tiene otros cánones y otra *técnica*.

VIII.—La clínica, la rama más difícil de la Medicina, es el *umbrel* del éxito, El arte le brinda sus reglas, la ciencia sus leyes, la Filosofía *completa* la obra; todo vivificado por el criterio y el juicio que forma la educación *facultativa*. Por añadidura el clínico *tiene que ser hombre de mundo*.

IX.—La clínica toma su *orientación* en las aulas y se aprende en la *vida*. Cualquier modesta inteligencia la alcanza si se enseña a *observar*. Mal *observador* es el que ve lo que *no hay* o el que *no ve* lo que hay; el observador fino y sutil toca lo impalpable, ve lo recóndito; es neutral, frío, sin prejuicios; cuando el clínico *parece* que adivina es que hace análisis y síntesis *fulgurantes*, o que infiere por inconsciente *analogía*.

X.—El *secreto* para atinar es trabajar con *método*, avanzar con calma o tomar buen rumbo *antes* de correr, educar el espíritu y el sensorio para que se forme el *instinto clínico*. Por otro lado nivelarse con *el día médico* en lo que sea útil y pertinente.

XI.—La clínica de hoy es humilde, modesta; la del porvenir será *certera y elegante*; sometida por siempre a los sentidos, tendrá falacias. Si dentro de sus dominios se hacen hondas incursiones en el campo de la *teoría*, resulta *literaria*. En clínica la "muchaluz deslumbra" (Gea González); en clínica el profundismo lleva a la obscuridad (Castañeda).

XII.—A la clínica no pedirle *demasiado*; cuando se le exige y apremia contesta en Patología o en *verso*; para no ir más allá de *dónde* llega hay que conocer bien sus límites. Precepto fundamental para no extraviarse es no perder el *contacto* del enfermo, discurrir viéndolo a *él* no al horizonte, tratar de explicarse las cosas, pero sin olvidar que *no todo es explicable*; pues suelen quedar puntos *oscuros*.

XIII.—El proceso lógico e ideológico que resuelve los problemas clínicos es *ascendente* y gradual; es mala táctica pretender abarcar de golpe los conjuntos; las cuestiones se acometen *en de-*

tal, se avanza de la superficie *al fondo*, de la parte *al todo*, de lo sencillo a lo *complicado*, de lo probable a lo cierto, etc.

XIV.—*Profesionalmente*, para que lo lento y dilatado de un trabajo no infunda *dudas e impaciencias* en el público, explicárase el proceder de *modo* que se vea en ello prudencia y saber y no cosa distinta, como *ignorancia, incompetencia y pocos alcances*.

XV.—Se hace clínica buscando *estados patológicos* y no enfermedades. De los síntomas físicos y funcionales se va al *síndrome*, calificado éste como un *efecto*, se dirige uno a su causa, *Etiología*; averiguase después el mecanismo entrambas, *Patogenia*; conocida ésta se pasa a la localización *anatómica* del padecimiento, *Topografía*, y se le da nombre si lo tiene, *Nosología*, etc.

XVI.—Hay varios sistemas o maneras de *hacer* clínica; uno es éste: se toma el síntoma *predominante*, el más significativo y evidente, se trabaja *semióticamente* con él, y en su alrededor se *agrupan* los fenómenos secundarios. Cuando no se destaca alguno, cuando no hay *columna mayor* que sostenga el diagnóstico se reúnen lo que haya y se juntan para que *entre todos* lo sostengan.

XVII.—En clínica es muy fácil perderse, embrollarse, *enredarse* con el enfermo. Para evitarlo hay que avanzar dando *pasos firmes*, aunque sea despacio; no *pasar* a un consiguiente antes de *afirmar* el antecedente; v.g., no pensar en *riñón* sin antes resolver que una hematuria es renal. Al investigar hay que trabajar con *programa mental*; sin programa no hay clínica.

XVIII.—Hay diagnósticos *clínicamente* ciertos, pero *patológicamente* equivocados; aquí el culpable el error es la ciencia o el arte: hay diagnósticos falsos de origen por exploración *defectuosa* o errores de *juicio*; aquí la causa del equívoco es el médico. A veces no hay diagnóstico dentro de un *buen estudio* clínico: no diagnosticar no equivale *precisamente* a no saber.

XIX.—El diagnóstico es *imposible* en el periodo *preclínico* o ultraclínico de los padecimientos, es decir, cuando no hay todavía datos *fehacientes*, o cuando ya el cuadro fenomenal es un *maremagnum*; por igual cuando el mal es *desconocido*; antes de que *existiera* la apendicitis no se diagnosticaba. A las gentes que cuentan con medios de comprobación no darles diagnósticos *falsos*, a los ignorantes no darles diagnóstico *finos*.

XX.—El médico *fuerte* puede decir *no sé* lo que tiene el enfermo; en el mismo caso el médico *débil*, sin convicción diagnóstica, se comportará diversamente, ya sea con reticencias, ya empleando términos de *extensión* y no de *comprensión*; no comprometerse espetando diagnósticos que no están en la *conciencia*. Expresarse por grados, del género a la especie, de la especie a la unidad, v. g., riñón enfermo, *género*, riñón tuberculoso, especie, riñón cavernoso quirúrgico, *unidad*.

XXI.—El interrogatorio clínico tiene su *técnica*; es capítulo de Propedéutica y no asunto de estos párrafos. Hay que dedicarle atención y manejarlo bien porque incontables errores de diagnóstico provienen de que se hace *con descuido*. Será breve o detallado; eso lo determina la *calidad* del enfermo o el tipo de enfermedad.

XXII.—Los datos anamnésicos que rinda no aceptarlos *teratales*, aprovecharlos, traducirlos después que han sido depurados por la *crítica*; no tomarlos en bruto, *limpiarlos* antes para quitarles lo que tengan de error, duda o mentira.

XXIII.—Al emprender el estudio de un enfermo, antes de interrogarlo *técnicamente* conviene dejarlo, por razones profesionales, que a su *gusto y modo* exponga sus males, permitirle *tribuna libre*. Así queda contento porque se ha *desahogado*, satisfecho porque el médico lo *oyó* y dejó que le *explicara* su enfermedad.

XXIV.—Al interrogar a los pacientes evitar las preguntas que escudriñan la *intimidad*, las que causan mortificación, o *bochorno*; al explorar, cuidar el *dudar*, ahorrar el *dolor*; al hacer curaciones no olvidar que los enfermos son *gentes*. Aunque no protesten o den muestras de disgusto, todo eso les molesta y desagrada, y no *valen*.

XXV.—Eliminar del interrogatorio toda pregunta *extra-clínica*, si el enfermo no entiende el *objeto* de alguna y parece que la toma por *curiosidad* explicarle el por qué de ella. Cuando se sospecha algún contagio *venéreo* en dama no infundir la malicia.

XXVI.—El laboratorio se usará como auxiliar y no como *diagnosticador*; su abuso convierte al clínico en *parásito*, y por ende lo atrofia. Cuando se busca una etiología *escondida*, cuando un hecho es *dudoso* o se quiere *precisar* una perturbación *funcional*, cuando se quiere hacer visible lo *invisible*, cierto lo *correcto*, ratificar presunciones, etc., entonces sí el gabinete entra *como personaje en la escena*.

XXVII.—Hay médicos que por *pereza mental* o educación clínica *viciosa* todo lo preguntan al laboratorista. Si acuden a él, como resultado o muestra de mucho saber, *bueno*; si por ignorancia, *malo*. Pedirle lo que *sólo él* puede dar; pero lo que la clínica puede averiguar, investigarlo para progresar y acostumbrarse a sacarle todo su *jugo y sustancia*.

XXVIII.—La clínica moderna sin laboratorio resulta *trunca e inferior*, pero recurrir a él con *discernimiento*. No descansar ni atenerse a que el gabinete todo lo resuelva, hay cosas que no son de su *incumbencia*; por otra parte, sus respuestas son secas, frías, el clínico tiene que *animarlas* y darles su puesto y valor en el *concierto biológico*. Las investigaciones innecesarias o de *lujo*, ahuyentan, porque el lujo es costoso.

XXIX.—Hay gentes que creen que los rayos *equis* son para *ver* las enfermedades. Persona que *sugiere* o habla de radiografía, examen de orina, de sangre, etc., si la sugestión *envuelve* un deseo y hay dinero *darle gusto*, ello es indiferente; no complacerla ni atender su *consejo* si ello es superfluo, disparate o implica *sacrificio*.

XXX.—En enfermo pobre pensar en los *gastos*, conformarse con hacer clínica a lo antiguo; en rico de ciudad *lucirse*. Con enfermo *exigente y de fortuna*, para impresionarlo puede preguntarse al laboratorio lo que *ya se sabe* y se tiene por seguro, para que se vea y conste que *él* ya lo había *dicho y pensado*.

XXXI.—Resumiendo este punto. Como el médico mexicano ejercerá en su país y nuestra República es de extenso territorio, con población escasa, dispersa, inculta y pobre, se educará y preparará para trabajar con el mínimo de laboratorio y el máximo de clínica.

CAPÍTULO V

CONTINUACIÓN DEL MISMO TEMA

I.—En el *modo* de preguntar, en la manera de *conducir* un interrogatorio se *conoce* al clínico. No hay cartabón; el interrogatorio se hace *a la medida* de cada quien, *como* el vestido; en cada caso lo guía mejor el enfermo con sus *respuestas* que el médico con sus preguntas. La historia anamnésica se divide en tres partes: principio, evolución, presente. *No revolver.*

II.—Todo examen clínico debe ser *completo*: dentro de ese precepto cada caso exige extensión y profundidad variable en el estudio, de acuerdo con el *criterio* y *saber* del médico; el ignorante termina pronto, el sabio *nunca* acaba. En principio todo estudio es interminable; en un caso particular el *sentido clínico* dirá cuándo el estudio ha concluido.

III.—Las regiones *púdicas*, o aquellas que habitualmente no son *visibles*, se descubrirán sólo cuando la *clínica* lo *autorice* y ello sea útil e indispensable. A unas personas les es *indiferente*, pero a otras, señoritas y señoras pulcras y maliciosas, les causa *molestia* y rubor; las hay que creen que el médico se *extralimita* y que lo hace con *mala intención*.

IV.—No practicar exámenes de *comedia*, exploraciones falsas de apariencia como lo hacen los *charlatanes*. El vulgo no distingue lo científico de lo charlatanesco; pero hay personas para el médico *desconocidas*, que por inteligentes y cultas o por intuición e instinto *califican* con acierto; estas gentes salen pensando o diciendo: este médico es un *farsante*.

V.—No emplear para el público palabras *sabias*; tampoco rubricar los diagnósticos con denominaciones nosológicas raras e incomprensibles, todo eso *cae mal*; usar para el objeto expresiones que traduzcan la idea, con sencillez, sin facha ni presunción. A: ignorante le *antipatiza* la sabiduría; no gusta al vulgo que le hablen *con sabiduría*; prefiere adivinarla, verla, *sentir* sus efectos.

VI.—Es obligación profesional formular *algún* diagnóstico para la familia o interesado, pero en términos generales, empleando por ejemplo las palabras *insuficiencia, infección, tumor*; a veces no lo preguntan; sin embargo conviene *dar una idea* de lo que se trata, al alcance de su inteligencia. No aventurar *finuras*, ni detalles que puedan *comprometer*. No inventar; *lucirse* con los que saben y entienden y no con las *galerías indoctas*.

VII.—Hay la preocupación y natural deseo de hacer diagnóstico en la primera visita o consulta; si no ha sido posible, *callar*; si hay apremio o exigencia hacer *sólo* presunciones, dar opiniones de *primera lectura*, porque afirmar por ligereza algo inundado y prematuro es anticlínico, profesionalmente peligroso; una rectificación propia o extraña ulterior sería fuente de comentarios *desfavorables*.

VIII.—Es muy bueno para *progresar*, conquistar la opinión, y con ello multiplicar los clientes; pensar en el enfermo, sin pensar al *mismo* tiempo en el honorario; la razón es *psicológica*. Apartado uno por lo *pronto* del mundo, lejos de la finanza, se hace mejor clínica, pues con la cabeza *limpia* el trabajo se expedita, resulta mejor; después se le pone *precio*.

IX.—La clínica científica, la clínica moral, la clínica profesional no debe ser *proporcional* al precio; es ridículo y absurdo hacer exámenes de *a peso* y de *a dos pesos*. Quien hace estudios buenos y estudios malos a *voluntad* según el honorario y la persona, pierde el equilibrio y la eficiencia mental, vuelve loca e inestable su capacidad *médica*.

X.—En clínica, *como* en la milicia, hay *estrategia y táctica*; la primera lleva el *pensamiento*, la segunda su *realización*. Los casos agudos piden clínica rápida, de *urgencia*; lo estratégico aquí es conocer *cuál* es, *dónde* está y de *qué* viene el peligro amenazante del *momento* y; si es prontamente *atacable*; la táctica sería el *cómo* se ataca. En estas situaciones no *distraerse* con lo que es secundario y de *aplazamiento*.

XI.—Los casos crónicos son de *espera*; no apresurarse a *re- cetar*, pues hay tiempo disponible para *redondear* un diagnóstico y formular en *firme*. En los *casos* difíciles *repartir* el trabajo en sesiones, *repasar* los exámenes, reunir *todo* el material antes de sentar conclusiones. Explicar a las gentes esta conducta; lo reciben mejor que cuando notan *ligereza y precipitación*.

XII.—La clínica de urgencia apunta a distintos *blancos*; ya es al *síntoma* hipertermia, ya a la *etiología*, difteria, ya a la *patoge-*

nia, piloroespasmo; a veces se clava en el *síndrome*, asistolia, en lo *anatómico*, pus, en la *enfermedad*, apendicitis, etc. El busillis está en saber *quién* es el enemigo oculto; identificado, cogerlo por el *cuello*.

XIII.—Si el enfermo señala *foco*, fija *rumbo* a su enfermedad o el médico lo descubre, por allí se comienza el estudio clínico. De la región se pasa al *órgano*; por ejemplo, de la fosa ilíaca al apéndice; del *órgano* al *aparato* a que pertenece; v. g., del hígado al *digestivo*; de un aparato se pasa a *otro*, al que le sea más solidario, por ejemplo, del respiratorio al circulatorio; se examinan también, aunque ajenos, *órganos* o regiones *vecinas*; del oído se pasa a la *faringe*, de la matriz a las paredes *pelvianas*. Cuando no hay punto de partida se procede de *cabeza* a *pies*.

XIV.—El pensamiento es recorrer en orden, *clínicamente lógico*, cuanto el caso particular pide, sin pretender *agotar* el organismo; por esta senda nada se escapa; se cierra la historia con una síntesis final, sumando *biológicamente* los hallazgos patológicos para formarse *una idea* del estado general. Es *superior* un estudio redondo y completo, aunque *elemental*, a uno profundo, pero acantonado o parcial.

XV.—Es más *peligroso* obrar con diagnóstico erróneo que sin diagnóstico; con lo primero el ataque es *en falso* y muy perturbador, con lo segundo manejarse expectante, *no agresivo*. Enseñanza: sin diagnóstico en la *conciencia* dirigirse a las ramas con *suavidad*; en la afirmativa darle al tronco y *fuerte*.

XVI.—No dar diagnósticos falsos; una opinión *equivocada* tiene disculpa; la mentira es imperdonable. Es inútil y contrapro-

ducente engañar; el público *malicia* cuándo el médico no sabe lo que tiene el enfermo, por sus palabras reticentes y contradictorias; en su semblante adivina que está *ciego*. En verdad nadie puede convencer de lo que *no está* convencido.

VII.—Si falta diagnóstico o es incierto, incompleto y la duda *se prolonga* viene el conflicto entre *confesar* ignorancia o incompetencia, lo cual es anti-profesional, o *engañar* al enfermo, lo cual es indebido; la solución en estas situaciones no puede ser *unilateral*, sino conciliatoria.

XVIII.—Es raro, excepcional, que la ignorancia sea *total*; es siempre posible afirmar algo que sea verdadero o *se aproxime* a la verdad; a un clínico *pueden* quedarle huecos, vacíos, pero regularmente *aprecia lo* fundamental; sólo le faltan detalles recónditos, explicaciones abstrusas. Entretanto *completa su* conocimiento con exploraciones extraordinarias y consultas, expondrá *lo visible* hablando así: tumor del vientre, enfermedad del cerebro, corazón descompensado, etc., sin más *detalles*.

XIX.—Las operaciones se *resuelven* en virtud de la indicación que deriva del diagnóstico clínico; pero se *consuman* conforme al diagnóstico operatorio, que es el que se hace durante la *vivisección* quirúrgica. Cuando ambos no *coinciden*, o sea que hubo equivocación, si ésta no fue trascendente, capital, y el problema se *resolvió* técnica y terapéuticamente, la conducta profesional será de *silencio* y *reserva*.

XX.—Si el error fue *rotundo* y el caso quedó irresoluto, *como* hay que cuidar y preocuparse del enfermo, además de la reputación, *no callarse*; disculparse con inteligencia, aclarar, explicar

las cosas, en fin, ingeniarse para *salir ileso*. El silencio sería *doloso*, de *serias* consecuencias para el enfermo y de *graves* responsabilidades para el médico.

XXI.—En el periodo de *formación*, cuando aún se guarda posición *inestable*, médico *nuevo* en una familia *cuidese* mucho de asumir *solo* la responsabilidad en los casos serios, peligrosos y en las *grandes* intervenciones. Para acreditarse un médico necesita *mil éxitos*; para nulificarse y hundirse en el desprestigio le *basta* un fracaso de ruido y resonancia.

XXII.—Al pronosticar fijar bien, y *así exponerlo*, lo que corresponde al órgano y al *organismo*, a la lesión y a la función, a la vida y a la enfermedad, a la duración, complicaciones, etc. No predecir para *muy lejos*, el papel de profeta es comprometido. Para ser entendido no calificar el pronóstico con adjetivos *literarios*, sino con las palabras clásicas: benigno, grave, muy grave, mortal.

XXIII.—Con el diagnóstico se puede mentir o engañar al público y al enfermo, porque no es dable siempre tener la *prueba* o confirmación de lo dicho; no así con el pronóstico: temprano o tarde aparece la *verdad*, con el pronóstico no jugar *al azar*, como con las cartas; jugar a *la gloria* podrá por un momento *enriquecer*; a la postre *deja* en la *miseria*.

XXIV.—El diagnóstico se forma *sumando* datos del pasado con datos del presente; en la edificación del pronóstico interviene el *futuro*, factor aleatorio y contingente; por ende la inferencia *hacia* de ser incierta, inestable. Comúnmente el pronóstico se *mante* con *descuido* y *harta* suficiencia, sobre todo cuando se for-

mula *favorable*. No arriesgar demasiado, no olvidar que un mal pronóstico *echa a perder* un buen diagnóstico.

XXV.—No *exagerar* los pronósticos para aparecer después salvador; es inhumano producir un dolor *innecesario* sólo por hacerse interesante y presumir. Hay personas que comprenden o resienten la exageración, y cuando pasa el tiempo los adoloridos *recapacitan* y se convencen de la *mentira*, comentan con palabras duras y no olvidan ni perdonan el *susto*.

XXVI.—Los pronósticos benignos comunicarlos *luego*, los graves hasta estar *seguro* de ellos. Los pronósticos graves, aun ciertos y fundados, producen una tristeza y mala impresión que *carga* el médico; los augurios *ingratos* hay que envolverlos en una *literatura* que consuele y anime. A veces cabe exagerar, pero con intención *benéfica*, cuando el enfermo es abandonado y apático.

XXVII.—Los enfermos se hacen *incrédulos* cuando conocen tantas opiniones *distintas* como médicos consultan; esto es causa de *des crédito* para la medicina y la razón de tantas *caricaturas* alusivas. Las discrepancias son a veces aparentes o de detalle, pero no de *esencia*. Para atenuar, para moderar esta *anarquía*, que en buena parte el *mismo* médico ha creado, no prometer demasiado, no hablar mucho, no explicar *tanto*, no viciarse en *dar* lecciones, que después la gente altera porque no entiende. Enfermos hay que causan *hilaridad* por su terminología patológica, fruto de las muchas *clases* que han recibido.

XXVIII.—El *alma* de la vida profesional está en la *competencia*; pero presentada desnuda *falla*; hay que revestirla con un *ropaje* de *presentación*, cuidando que ese ropaje no sea de *comedia*,

sino decente y discreto. La clínica corporal hay que acoplarla con la clínica *espiritual*, con la clínica humana. Pensar que el animal lleva ánima y que no se labora en un campo *zoológico*, sino de hombres.

CAPÍTULO VI

TÁCTICA PROFESIONAL PARA MANEJAR LA TERAPÉUTICA

I.—La terapéutica, *como remate y coronamiento* del arte científico de curar, es la fase *mas visible* de la profesión, lo que aprecia, ve y *siente* mejor el enfermo; siendo el punto de *convergencia* de la actividad médica merece fijarse un momento en su *aspecto profesional*.

II.—Hay elementos que la terapéutica toma *in natura* del ambiente: sol, aire, agua; otros que transforma y aplica a través de *aparatos*: electricidad, luz, calor. Estos últimos recursos son impresionantes y llamativos; sus virtudes reales las refuerza la sugestión, *aprovecharla*. Su aplicación es limitada, las usa *sólo* quien posee las *máquinas*. Éstas se emplean a veces *porque se tienen* y es mejor tenerlas porque *se necesitan*.

III.—Los grandes preceptos de la higiene, unos por *gratos* y *placenteros*, otros por su *real* utilidad, algunos por su *baratura* o por ser de *obvia* aplicación se hacen *simpáticos* y se aceptan con beneplácito; en su prescripción y cumplimiento va siempre unido el *recuerdo* del médico, situación favorable porque al obedecer

cerlo se cree en él, síntoma de que lo seguirá. Hay que usar, hay que abusar de la higiene.

IV.—Los remedios químicos y su farmacodinamia es lo más usado; los hay soberbios, inútiles, anodinos; naturalmente que el beneficio no depende solo de la sustancia, sino de su sabia aplicación. El médico vive importunado por el empuje comercial de las drogas, camina atarantado; hay que aligerarse reduciendo el arsenal. No hacer pruebas por rutina y novedad; cabe experimentar, pero en regla.

V.—La invasión de medicinas de patente está cambiando la base económica y profesional del arte de curar; el médico que las usa a larga mano se ha convertido en su agente, y con ellas los enfermos se están enseñando a curarse por sí mismos; hay que reflexionar en esto y rectificar. Hay que documentarse con prudencia en los folletos que son interesados; ser parcos y no convertirse en veleta que empuja el viento.

VI.—La medicación biológica es la más científica; en el otro extremo queda la popular o vulgar; ésta, aunque inútil e ineficaz, cierto público la acepta y recibe bien: consentirla, cuando su uso sea inofensivo, junto a algo que sea serio y fundamental.

VII.—La acción del médico no se limita a recetar; va más allá, habla al espíritu, penetra en la vida privada y recóndita para escudriñar el yo; anima, consuela, infunde esperanza. Después de una buena receta psicoterápica el paciente sale confortado, atraído por el influjo del médico; así se siente ya aliviado antes de comenzar la curación.

VIII.—Los remedios que duelen, los sucios, los malolientes, los que desagradan al sabor son rechazados o tomados con protesta y repugnancia; los comunes y triviales, los muy vulgarizados, que la gente usa de motu proprio, como ya perdieron por ello su carácter científico y su misterio son mal recibidos, sin fe. Sustituirlos o disfrazar su nombre.

IX.—Las fábricas vomitan sin cesar nuevos e infalibles preparados, con nombres tan fantásticos y caprichosos que es imposible retenerlos; por igual conocerlos, emplearlos, probarlos; además es inútil aprenderse de memoria ese diccionario; limitarse a un grupo, no cambiar constantemente; solo así es dable fijarse en la eficacia y bondad de unos, en la inutilidad de otros.

X.—El nombre de las medicinas tiene influencia sugestiva en los enfermos, cual sucede con las vacunas; éstas son bien recibidas en virtud de la reputación legítima de la anti-variolosa, así como los remedios cuyo título anuncia su acción, por ejemplo, elixir digestivo, supositorios antihemorroidarios, etc.; estos imprimen más fe y confianza que los que nada dicen. Aprovecharse de esta circunstancia para preferirlos; por supuesto siempre que no se perjudique el pensamiento terapéutico.

XI.—Consulta sin receta no es consulta, dicen; aunque lo capital sea una prescripción higiénica, fisioterápica o algún buen consejo, completar con una fórmula, aunque sea adorno. Disfrazar los nombres vulgares con su equivalente científico; escribir con letra legible, y a los enfermos pobres, crónicos, recetarles cosas baratas y en gran cantidad.

XII.—Al recomendar cierta botica o farmacia puede creerse que es por *connivencia* comercial; como esto perjudica profesionalmente, comportarse *imparcial* o hacer insinuaciones inteligentes y *disimuladas*. No hacer contra-recomendaciones por pasión; ello es de consecuencias serias, y con razón.

XIII.—Terapéuticamente hablando hay medicación radical, causal, paliativa, sintomática, específica, fisiológica, anatómica; en otro orden la hay exploradora, ciega, complaciente, de urgencia, etc. Unos remedios son de *auto-aplicación*, otros requieren persona extraña, aparatos, *técnica* especial; su administración es bucal, rectal, subcutánea, venosa, etc., pudiendo ser riesgosa, doliente, molesta, cara, etc. Al obrar tener presente estos pormenores para la *elección*, que no es indiferente en la práctica.

XIV.—Si la elección del remedio no es indiferente, tampoco su *modo* de aplicación; el fracaso terapéutico o profesional depender puede de una *minucia*. Guían la conducta y el procedimiento de apremio, las necesidades del *momento*, la *reserva* del caso, los tratamientos *precedentes*, la condición económica y social, la cultura; el sexo, edad, ocupación, distancia, etc.

Discernir todo eso, tomarlo en consideración, porque sería una lástima que por falta de *tacto* fuera discutida o rechazada una tirada indicación, y con ello *perder* al enfermo.

XV.—Un tratamiento que según el *decir* del enfermo no lo mejora, no le aprovecha o le atribuye consecuencias que son de enfermedad, *cambiarlo*, figurar que se cambia, tenga o no razón. Cuando una persona le toma *aversión* a un remedio no hay influencia que lo *convenza* para aceptarlo.

XVI.—Hay enfermos que se *sienten mejores* cuando les dicen que van de *alivio*; también los hay que se sienten *mas malos* cuando les dicen que *van peor*; advertir esto a quienes los rodean, mentirles *caritativamente* si la *sugestión* los beneficia, prevenir las imprudencias. Hablar con *optimismo* a los acobardados, aconsejar la paciencia, recomendar la constancia.

XVII.—Una medicación ciega, aventurera, problemática o de exploración, que *según* el enfermo y las apariencias ha *surtido* (por de contado cuando también según el médico y la realidad), o sea que la marcha es *bonancible*, aunque el resultado cause extrañeza por inesperado, no *alterarla*. En medicina no es fácil *atinar* seguido, el *éxito* podrá ser aparente; el tiempo lo dirá.

XVIII.— Como por otra parte agrada a los enfermos *cambio de medicina*, les parece que pagan de balde una consulta que acaba en *repita usted la receta*; para conciliar la antítesis renovar el *formato* de la prescripción, pero conservando el fondo.

XIX.—En enfermos con males inveterados, que no mejoran y *cambian* de médico con nuevas esperanzas, informarse con *especial* interés de los tratamientos previos, adoptar, de verdad o en apariencia, nueva estrategia y nueva táctica, y *no repetir* métodos y tratamientos al parecer fracasados. Aunque la culpa estribe en la enfermedad y no en la medicación, ellos no se conforman, no lo admiten, no lo comprenden; si notan el *mismo plan* se desalientan, se retiran sin ilusión y *no vuelven*.

XX.—La terapéutica quirúrgica, *profesionalmente* considerada, tiene tanta amplitud que no cabe en estos párrafos. Todo médico *general* debe ser cirujano en las operaciones que le competen:

hay intervenciones *exclusivas* del especialista e intervenciones propias del cirujano de *carrera*. La habilidad de *manos* no es todo; hay que tener también habilidad de *cabeza*.

XXI.—Toda operación debe *meditarse mucho*, no es recurso indiferente y suave, sino peligroso y cruento; hay operaciones que matan *per se*; por lo menos producen espanto, inquietud, aflicción y congoja del ánimo. Practicar operaciones *a sabiendas* innecesarias es criminal, *monstruoso*.

XXII.—Al *asomarse* una operación, o sea, cuando todavía no es clara y evidente, mientras se discute *consigo mismo solo insinuarla*, proponerla hasta que su indicación o necesidad sea palmaria e indiscutible. Hay intervenciones *cuyo* objeto y razón aparecen *notorias* para el enfermo, otras cuya indicación y fin están *escondidas* para éste; estas últimas, cuando se proponen *ex-abrupto*, nadie las acepta, resultan *como* inmotivadas, viene la duda y la natural vacilación, extrañas y nuevas consultas, etc. Hay que *trabajarlas*.

XXIII.—La cirugía de *urgencia* tiene su doctrina. En clínica lo urgente es de minutos, de horas, de días o semanas; la necesidad de hacer pronto una operación puede estar *equivocada*, o ser *exagerada* y falsa. Pensar *antes* de pronunciar la palabra urgente; cuidarse de no mentir y alarmar, porque aparte de *otros inconvenientes*, la ironía y el descrédito vienen cuando fracasa aquella sentencia, cuando no se cumple aquella como amenaza de: si no se opera *inmediatamente* se muere.

XXIV.—Es ya una vulgaridad decir que al *enfermo* hay que atenuarle el peligro, simplificarle el problema y animarlo con el

beneficio. Es humanitario, científico y profesional aliviar el *choque psíquico*. En cirugía es precepto hacer el *máximo de bien con el mínimo de agresión*.

XXV.—Toda intervención tiene cuatro *fases*: la *técnica*, la quirúrgica, la clínica y la terapéutica. Lo que da clientela quirúrgica no es la habilidad *manual*; ésta no satisface ni convence al público; lo que lo atrae y domina es el *éxito curativo*. Ciertamente a nadie entusiasma una operación *correcta*, pero *improcedente*; a nadie consuela que el operado no haya muerto si es que no ha sido *curado*.

XXVI.—Antes de ejecutar una operación explicar sustancialmente en *qué* consiste, *qué* se propone y cual será su resultado. Se dirá si es segura o incierta, benigna o grave, mutilante o conservadora, de efecto inmediato o tardío, de convalecencia larga o corta, etc.; detenerse especialmente en lo tocante a peligro, *midiéndolo* lo mejor posible. Exponer todo con *claridad*; así podrán evitarse *reconvenciones* ulteriores.

XXVII.—Las operaciones *exploradoras* no se proponen a los enfermos, sino a las familias. Persona a quien se le habla de una operación *para ver* lo que tiene no la acepta. Hay que *cubrirse* y no omitir hablar de lo imprevisto y falible de las obras humanas. Las operaciones *in extremis* plantearlas sin grandes promesas; las de complacencia y de imposición dejar el riesgo *a cargo* de los interesados.

XXVIII.—No insistir *mucho*, no rogar con las operaciones, es contraproducente; rendir al enfermo por otro mecanismo y ponerlo en condiciones que *él la pida*; así, el médico se coloca en

mejor posición para lo que viene *después*: los honorarios. No proponer una operación sin antes *ganarse* la confianza; sin esta condición se da *golpe en falso*; borrar todo lo que sea vacilación, miedo o desconfianza. Si el médico se propone como operador, ello será una *auto-recomendación* u ofrecimiento: hacerlo con *tacto y mesura*.

XXIX.—No es criticable, al contrario, legítimo y elegante, mostrar el *cuerpo del delito* o trofeo quirúrgico terminada una operación. Según las peripecias de la *acometida* ya prevé el cirujano cual será el *futuro* inmediato de la intervención: así exponerlo: peligroso, favorable, incierto; no sembrar ilusiones *infundadas*; comunicar, con todo *valor y verdad*, las vicisitudes y accidentes que sobrevengan; los familiares suelen disculpar una *muerte*, pero no las ofertas y esperanzas *engañosas*.

XXX.—En terapéutica profesional conviene *no ofrecer mucho*; se tiene al *tiempo* de enemigo; la lucha para *vender* es otra. ¿Por qué hay malos cirujanos que operan *mucho* y buenos cirujanos que *poco* operan? (cirujano es un clínico operador). Por su *técnica* profesional Es mas difícil llevar un enfermo a la *mesa*, que operarlo. Quien comienza operando poco, *pero bien*, acaba operando *mucho y mejor*; la inversa es igualmente cierta.

XXXI.—Los hospitales son fábricas de buenos médicos, científicamente hablando; en lo profesional son centros que desvían o equivocan: la causa es efecto del *medio* y no personal. Su actuación allí, frente al enfermo, tiene mucho de *anónima*; su responsabilidad *allí no pesa* lo mismo que en la policlínica: la clientela civil forma *un mundo*; si no contrarresta la influencia nosocomial, y *aplica* *cerca* la práctica hospitalaria, está expuesto a fracasar.

XXXII.—*Todo lo malo* que sobreviene en los partos se lo *caragan* al médico asistente; prevenirse. Como es ya *vulgar* el conocimiento de la asepsia, exagerarla para evitar reproches de *falta de aseo*. Y ya que en obstetricia hay datos para esperar parto distócico, fiebre, accidentes postpuerperales, *anticiparlo*.

XXXIII.—La gente cree que hay medicinas para las enfermedades; ignora que lo que existe son *tratamientos*; para entenderse con los pacientes hay que *instruirlos* sobre el particular. La clínica *psicológica*, en la que tanto insisto, descubre lo que el enfermo *quiere*, lo que *rechaza*, lo que prefiere; obrar en lo extra-médico *conforme* a su pensamiento; hacer lo que en la *tauramaquia*—perdón por el símil—: fijar al toro, dominarlo, y luego *jugar con él*.

XXXIV.—Este tema que vengo *parrafeando* es inagotable, interminable; concluiré ya, resumiendo. A los enfermos pobres recetarles medicinas *baratas*, aunque sean *antiguas*, con tal que sean *buenas*; los ricos tontos o incultos, que creen que los remedios caros son los *mejores*, que gasten; si ello es indiferente e inocuo prescribir medicinas de nombre *llamativo*; no olvidar que el verbo *cura* tanto como la sustancia; la *complacencia* no es incompatible con la autoridad; no empeñarse en curar mucho, pues contra la enfermedad el *interesado* hace lo principal; ante las objeciones del enfermo no *encastillarse* en la suficiencia; trabajar sin la pretensión de ser médico ultramoderno: no esperar siempre la victoria; ante la derrota palpable *darse por vencido*; cuando se estudia y se cumple no *avergonzarse* por el error, no buscar la *riqueza* con el *sacrificio* y dolor del desválido; no derramar sangre cuando *no lo pide* la salud o la vida; aplicar al bisturí esa frase de valiente que el sable envainado grabo en su acero: *ni me saques sin razón, ni me guardes sin honor*.

CAPÍTULO VII

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y EL PÚBLICO

I.—Este capítulo va a referirse a la *fase profesional* de la medicina; esta fase no tiene relación mayor con el aspecto *científico* del ejercicio; considera al médico como *profesante* de un encargo público y social en conexión con los enfermos. Así mirado el punto, tiene *semejanza* y contacto con otro género de profesiones.

II.—El médico, cirujano y partero, tipo de médico en general, es de existencia *necesaria* y de utilidad *notoria* la *amplitud* de su actividad le excluye y veda la pretensión o esperanza de descolgar *como gran* médico, *gran cirujano* y *gran partero*; pero es el médico *completo* el que conoce, con extensión *nivelada*, lo fundamental de la medicina y su aplicación. Este modelo es profesionalmente hermoso, aunque el más difícil de desempeñar con suficiencia.

III.—Para hacerse *respetable*, el médico general no traspasará los límites de su alcance, no invadirá lo que es de *rigurosa* especialidad; fracasaría en su campo y en el ajeno. Su *posición* profesional, que lo obliga a recorrer todos los sectores, lo incapacita para *profundizar* los problemas. Si pretende resolver lo que *des-*

conoce, el mal resultado *perjudica* a lo que conoce y que hace mas o menos bien. Preferir ser buen médico *general* a ser mal médico y mal especialista.

IV.—El tipo que esculpe nuestra Universidad es el de *Médico-Cirujano*. El maestro que prepara, el discípulo que se forma deben laborar de consuno con este pensamiento; apartándose de él, *lanzarán al mercado* médicos deformes, es decir, con unos miembros hermosamente pulidos y otros toscamente tallados: en otros términos, con conocimientos amplios en una rama e ignorantes en otras. Es el médico *deforme*, por ende inepto, incapaz.

V.—En medicina hay *nobleza*, hay príncipes de la inteligencia y del saber, hay una *aristocracia* de especialistas, cirujanos e internistas; pero el título más preciado, más alto es el de médico general *legítimo*. En efecto, quien entiende y resuelve *toda cuestión*, aunque sea *sin profundizar*, quien ejecuta mucho, aunque sea *sin prestidigitación*, es superior, es el tipo mas importante y útil en *nuestro* país; en él debe clavarse la aspiración.

VI.—El ejercicio *unitario* del especialista presta grandes servicios; en *ciertas* cosas es insustituible; como asesor a veces es una necesidad, debe existir; pero es un técnico, no *médico* en la acepción genuina de la denominación; hablo del especialista de cartel, no del *diletante*. El especialista es oficial, o se prepara para ello, y se titula a si *propio*; para serlo de verdad se requiere que el protomedicato le de el *espaldarazo* y el público le *ratifique* su auto-nombramiento.

VII.—El orden o jerarquía científica y profesional es pasar de médico en general a médico en *particular* el *salto* de el aula a la

especialidad puede hacer *caer* en el fracaso. El camino natural es *irse especializando* dentro del ejercicio universal: si hay elementos, gusto y facultades, darse de alta como médico *especializado*, que es el ideal.

VIII.—El ejercicio *simultáneo* de una especialidad y la medicina general, *ideológicamente* se apartan; especialista que *por sistema* la dragonea en campos ajenos y distantes de su ramo *pierde* su personalidad. Quizá no sea *pecado* anunciarse como médico-Cirujano, y además como dermatólogo, oculista o pediatra; pero se corre el riesgo de que no se le tome *en serio*, ni como médico ni como especialista.

IX.—Las especialidades que se hermanan y completan, porque la lógica las une, pueden ejercerse juntamente; pero las disímiles *oficialmente no*. Puede un médico ser de amplia práctica y saber, y en ello trabajar, aunque sin anunciarse como *poli-especialista*; hay conceptos que se excluyen.

X.—No conviene que los *rótulos* anuncien curaciones de una serie de enfermedades *inconexas*, como tifo, tuberculosis, nervios; o blenorragia, huesos, estómago, etc.; pues además de lo incongruente, que puede perjudicar, el público entenderá que *sólo eso* se sabe curar.

XI.—El tipo ideal, el mejor, es el del médico internista completo, *especializado* en una rama y el de cirujano general *especializado* en una *técnica*. Los especialistas muy especializados, por mucho mirar un árbol no *ven el bosque*.

XII.—Como la experiencia no entra *por asalto*, ni la confianza se impone *por sorpresa*, no comenzar a ejercer con mucha pretensión y suficiencia; iniciarse con calma y *paso firme*. Para estrenarse, como el *músico*, no ejecutar grandes composiciones, que *echara a perder*; se limitará a exhibirse *como principiante bien preparado*, tocando piezas sencillas que lo muestren buen ejecutante y artista.

XIII.—No anunciarse con ruido; cuando se *grita* mucho la mercancía *es por mala*; el anuncio profesional será siempre *indirecto*; rechazar los reclamos; la clientela que acude por *carteles* es transitoria; la que se gana por engaño *es malhabida*. No es deprimente en el médico que consigne en impresos sus títulos y honores; es satisfacción *legítima*; le es permitido hacer constar sus cargos honoríficos, y no debe causarle *mortificación* comunicar, participar lo que le favorece si *ello* es verdad, honroso y serio.

XIV.—*Como la mujer*, el médico debe esperar que lo soliciten y hacerse *algo del rogar*; no ofrecerse, cuidarse de que se le *conozca la necesidad*; *se hará el difícil* y disimulará el deseo de funcionar. Hay que mostrar *frialdad*, *indiferencia* ante las ajenas preferencias y ante los *desaires* profesionales.

XV.—Ya en pleno ejercicio tener al enfermo siempre *dominado*, viendo de *abajo para arriba*, porque el médico es su superior. Tratarlo con benevolencia y compasión, pero *exigiendo* respeto y cortesía; *no tolerar caras*, ni reproches; imponerse o retirarse.

XVI.—Es justo exigir y esperar reciprocidad entre el enfermo y el médico; que *remunere* su trabajo, que *estime* su esfuerzo, que *comprenda* su sacrificio, que *corresponda* su bondad. Cuando

do en esto hay desnivel, porque el enfermo queda *abajo*, portarse *severo*, sin consideración y con dureza.

XVII.—El médico malicia o comprende cuando va ya perdiendo la *fe* y la *confianza*; se siente cuando su posición *vacila* y *su persona* ya no *es grata*; en esta situación inestable trabaja molesto y descontento, o provoca entonces un *voto de confianza*, o dimite con política y pretextos; continuar así es exponerse a un *cese* indigno y desatento.

XVIII.—Es muy triste verse recibido *sin entusiasmo* y por compromiso. Si las órdenes son discutidas, las prescripciones objetadas, *mal síntoma*; tolerar si las observaciones vienen con *mesura*; transigir si ello no *lastima* el decoro profesional y la cosa no es de *fondo*; pero hacerse respetar si falta *sinceridad*, imponerse si hay desorden o *herradero*; y que se advierta que el médico *es el médico*.

XIX.—A una visita social corta, breve se le llama *visita de médico*; para evitar esta censura merecida se procurará hacer exámenes largos, concienzudos y no por fórmula. Hay que ganar bien el dinero, no perder el tiempo, no distraerse hablando con el enfermo o circunstantes de sociedad o del prójimo, de política o de crisis, sino del *asunto*.

XX.—En visita social o de *amistad* a un enfermo, al conversar no hacer comentarios, ni emitir juicios sobre la *conducta médica* del compañero que lo atiende, porque, además de *ser antiprofesional*, no es científico opinar sobre lo que *clínicamente* se desconoce. Aunque la intención sea inocente o vaya dirigida al bien del amigo, *ello* puede traducir *celo* profesional, *envidia* o *presunción*.

XXI.—Al informarse de tratamientos anteriores, si *parecen* roneos o disparatados, *silencio*; si se miran acertados, callarse copiarlos; quien sea hombre al que nada rebaja, que *los aprue-*; aquí se conoce al médico que *vale de veras*. Por otro lado, *reír, hacer muecas ante fórmulas ajenas es tontería*.

XXII.—La vida profesional es de tal *modo* absorbente, exige *nto*, que pospone a la *familia*, que desaloja a otros deberes; con *scuencia* aparta de gratas divagaciones. El médico no puede *ter* vida social *intensa y extensa*: su ocupación preferente serán *s* enfermos; el tiempo libre lo repartirá entre la biblioteca y el *porte*. La profesión no es un trabajo *a secas*, tiene mucho de *niismo* y de *sacrificio*.

XXIII.—Cuando un médico *cura* a un enfermo *sin saber lo* e tiene, no cometer atrevimientos, andarse *por las orillas*; si se *reve* a entrar al *fondo*, así, a obscuras, pobre de *el*, ¡ay del pa- *pate!* En padecimientos que se ignoran, en curaciones que no *ogresan* los clientes se conservan sólo con artificios; preocu- *irse* en conservarlo naturalmente, o sea, con estudio y dedicación.

XXIV.—Las buenas noticias comunicarlas *luego* y a cualquier; *ias* malas aplazarlas hasta estar *seguro* de ellas; entonces ex- *ner* éstas al más inteligente y representativo de la familia, o al *mayor aguante*. Toda noticia buena atrae, *aquerencia*; la mala *duce* impresión desfavorable y *ahuyenta*: no por conservar y *er*, inventar y mentir: ello es de *graves* consecuencias; cuanto *comunique* que sea cierto y *fundado*. El enfermo se anima y *elve* cuando oye palabras de optimismo; eso *no es grave, eso es* *rible, eso no tiene importancia, eso pasará, eso es natural, etc.*

XXV.—Si el médico ha resuelto un diagnóstico *difícil, tras-* *cedente* y de *mérito*, sea para bien del paciente, pero en *manos* de su *autor*. No soltarlo en la vía pública; hay ignorantes que *aprovechan* sin esfuerzo y alardean con trabajo ajeno; al colega *sucesor* dárselo si *lo pide*; primero es la humanidad.

XXVI.—Cuando ya se sabe lo que se trae *entre manos*, cuando ya se vio claro y se tiene resuelto un problema *abstruso*, antes desconocido, hablar con imperio, en voz alta y *golpeando la mesa*; es el momento de poner condiciones. Hay cuestiones que puede resolver *cualquiera*; pero otras que son de clínico *consumado*; hacerse valer y respetar.

XXVII.—Cuando los *interesados* insinúan o proponen una *junta, aceptarla* sin objeción ni reticencia, *cualquiera* que sea el médico propuesto. Si obran de buena fe, el caso la necesita y se *busca* utilidad, *intervenir* en la elección del perito. La designación libre la hará el médico de cabecera, *sólo* cuando se le *faculte*.

XXVIII.—En un trabajo común, si alguno se siente superior *no hacer sentir* esa superioridad. La persona consultada debe *ingeniarse* para dejar al médico de cabecera siempre *bien parada*. Para el médico oscuro, humilde, decente, toda consideración y *miramiento*; no dejarse maltratar del *poderoso*.

XXIX.—El médico al *funcionar* se convierte en hombre *superior*; en consecuencia debe esforzarse y procurar que sus acciones y palabras, sus ideas y sentimientos, su conducta y comporta- *miento* sean paralelos y acordes *con su personalidad y alta misión*.

XXX.—De lo profesional *mucho* queda pendiente aún; en los capítulos subsiguientes sugeriré *intercalando* lo que ocurra a mi mente relativo al punto; lo merece. La *fase profesional* de la carrera es lo mas interesante de la vida médica; creo que es tan influyente en el éxito *como el mismo* saber. En esto la escuela *no repara*, suelta al neófito relleno de ciencia, pero *vacío* de dirección y advertencias. Se ven fracasar grandes inteligencias porque *o se les abren los ojos* para ver el mundo; la ciencia de vivir se aprende viviendo; *anticipar los* riesgos y estorbos es deber de maestro, de compañero, de amigo.

CAPÍTULO VIII

FASE ECONÓMICA DE LA PROFESIÓN

I.—La profesión de médico es la verdad convertida *en* bien, y como se abraza y ejerce *para vivir* hay que acoplar ambos fines con la necesidad de *ganar el pan*. Su esencia, índole y carácter no son para *enriquecer*; no hay que ilusionarse, es una función elevada, pero como utilitaria *apenas alcanza* para existir.

II.—Es una carrera hermosamente *compensadora*: aunque no sea fuente de riqueza eleva la *categoría social*, *refina* el espíritu y *acerca* a la persona a cargos altos y honrosos; lo incorpora a un gremio *selecto* y le proporciona los goces de la vida intelectual.

III.—La riqueza, la ciencia y la gloria profesional no ocupan el mismo *plano*; por rareza el sabio vive en la opulencia; el hombre de fortuna por regla general es ignorante; el gran médico, *virtuoso*, es pobre; el arte de ganar dinero es cosa distinta. Como es difícil circuir *todos* los lauros hay que *elegir* la posición que más cuadre: una vida superior con *pobreza*, una vida material, *infecunda*, o una vida vacua de *oropel*.

IV.—Los médicos que hacen gran fortuna *con su profesión*, de modo *legítimo, digno y merecido* son pocos; hay caminos para *enriquecerse con la medicina*: el mercantilismo, el egoísmo, el engaño; pero son sendas *desviadas*: quien las prefiera que no vaya a la *Universidad*.

V.—El médico tiene el *derecho* legítimo y natural de exigir o esperar *remuneración*, de cuidar su trabajo y defenderse; no es inhumano protegerse con exigencias y condiciones, porque el *abuso y el robo lo persiguen*: no lo desdora al cobrar. Para salir limpio *calificar bien*; no regalar; tampoco despojar.

VI.—El honorario profesional lo mide la *talla* del médico, la capacidad *económica del enfermo*, el *mérito* del trabajo, el éxito *curativo*; además el tiempo, la urgencia, la hora, el riesgo, la distancia, el esfuerzo, etc.

VII.—La cuota no es *prefijable* en abstracto, es íntima de la *calidad* del trabajo, está sujeta a la *oferta y la demanda* y en general es correlativa; la mide, la inspira el medio *económico, social*. El médico sabe pensar al *justipreciar*, al ponderar el valor intelectual y científico de su labor, que es *juez y parte*.

VIII.—Los precios muy altos *ahuyentan* a los pobres, los exorbitantes son prohibitivos para el *desgraciado*. Hay un público que los acepta y paga, los ricos, o los que creen que toda consulta *era buena*. A veces se pagan con desgano, por la *fuerza* de la necesidad, a veces con gusto porque el servido los cree *merecidos*. Muy bien.

IX.—El espíritu socialista contemporáneo los juzga *inmorales*; las ganancias fabulosas levantan protestas. Al fijar los honorarios que no intervenga la sanidad, el orgullo, la premunición; que el *sentido íntimo* diga que ha habido *beneficio* real y efectivo; si la conciencia queda tranquila y satisfecha es que fue *justo*.

X.—Los honorarios han subido, es que la medicina también subió; hoy da *más* que antes, y el médico actual gasta más para curar; esto no lo entiende el público. El alza aleja la clientela; lo que es caro y de lujo se *vende solo*. La *realidad* es que entre nosotros hay mucha *mercancía* y pocos compradores; imitar la política del *mercado*: vender a como paguen.

XI.—La *baja* de los precios debe ser *combatible* con el decoro, hay un límite; este límite lo marca también la *necesidad*. Las cuotas muy *bajas* apartan a los ricos y a todos infunde la sospecha de que el artículo es *malo*; no reducir demasiado.

XII.—El honorario debe ser *proporcionado*, elástico; conviene fijar precio *oficial*, pero bien estudiado, y aplicable *sin severidad*; hacer clínica económica del caso y procurar que el emolumento sea *racional* y no empírico.

XIII.—Los factores que determinan la remuneración son de suma difícil, pero *lógica*. El médico en general es débil, complaciente y benévolo para cobrar; *más energía*. Los llamados, las consultas se multiplican cuando son baratas o *no se pagan*; los enfermos se hacen disimulados y desatendidos y *abusan* de la bondad.

XIV.—Al enfermo pobre, cuando *sufre*, cuando *pide*, no desoirlo, servirle; curarlo con dulzura, ésta es la caridad. No es profesional la consulta gratis oficial, es bueno que se impartan consultas libres, pero *sin anunciarlas ni ofrecerlas*.

XV.—Se están *prostituyendo* las consultas gratuitas, el abuso abunda; hay *propietarios* que las buscan; esto es robo. A los insolventes que acudan porque los llama la necesidad o la fe, señalarles días para que no se entrometan a la hora del trabajo remunerado. Los servicios de *urgencia* no están sujetos a regla.

XVI.—No permitir que un desconocido se abra cuenta de *motu proprio*; con un cliente honrado o solvente cabe el crédito, siempre *con riesgo*; a quien *después* de servido dice que no tiene, *reconvenirle*. Con enfermo que se retira sin pagar, *por distracción*, obrar según sea la persona.

XVII.—Al cliente rico, antiguo y fiel, que ha *empobrecido*, aligerarle la cuota, y *viceversa*. Al poderoso y prócer no pasarle cuenta; esperar para ver *cómo se conduce*; si el silencio se prolonga, cobrarle de modo serio y decente. En general, cuenta que no es pagada a la tercera cobranza darla *por perdida*. No demandar nunca, es *inútil y ocioso*, es peor.

XVIII.—No quitar el saludo *ni la amistad* a quien no cubrió una cuenta; tratarlo con atenciones para que se dé cuenta de que tiene enfrente a *un superior*. Quien debe y *vuelve* a presentarse o llamar, atenderlo, pero ya *al contado*; perdonar lo pasado.

XIX.—Un enfermo *adicto*, que ya no puede pagar la cuota *oficial*, no desairarlo; recibir lo que pueda pagar. Quien pida ser-

vicios prometiendo corresponder cuando *tenga o pueda*, si lo que sufre es de *riesgo* y grave, atenderlo, pero pensando que fue *gratis*; si su enfermedad es indiferente o de espera, *negarse*.

XX.—Hay personas *ricas y pudientes* que recomiendan enfermos pobres para ser curados por caridad; si es persona amiga y causa pena rehusarse, hacer la *buena obra* que a ella correspondería pagar; si es desconocida contestarle que será obsequiada su petición con *cuota de sobre*; si no acepta y el paciente lo necesita de verdad, *apropiarse* el caso.

XXI.—Si trabajoso es que las gentes paguen sus *propias* cuentas, más trabajo cuesta que liquiden las *ajenas*; por eso quien pide servicios para otro ofreciendo que *él responde*, quien quiera trabajar de *balde* que lo acepte.

XXII.—Cuando una cuenta es modesta o alta, pero que el beneficiado *suele pagar*, si está bien meditada y *justipreciada* no rebajarla. Al concluir un trabajo de *mérito*, sin arreglo previo, si el cliente es pobre decir *lo que vale*, recibir lo que *puedan dar*.

XXIII.—Ante los casos urgentes en que pelagra la vida resolverlos *luego* hablando de honorarios, pero sin exigirlos *precisamente* adelantados. Las operaciones *no urgentes* sí se cobrarán con anticipación o *al contado*. Operación *a crédito* es trabajo perdido.

XXIV.—El médico que *comienza*, aunque *cofre* o le paguen *poco* debe trabajar bien, *como si fuera a ganar mucho*. Para empezar hay que dar *bueno y barato*. Es mala táctica y de efectos desastrosos lanzar altos precios para luego *irlos rebajando hasta*

una suma ridícula; para no cometer este error *calcular bien*; es preferible perder por cuentas *mal hechas* a aparecer como comerciante de *mala fe*.

XXV.—Es *indebido* tratar o contratar una curación *incierta*; cuando parece probable *cabe* un arreglo. En cirugía es posible *evaluar* cuando el caso es claro o se domina el punto: en los *casos* crónicos y abstrusos de la medicina las *previsiones* son más difíciles y atrevidas; en consecuencia los *compromisos* son *intendados*.

XXVI.—Convenir el pago para el fin de una curación es error; si el enfermo sana no se da *por curado*; si se salva, huye. Cuando acaece una muerte los familiares para *disculpase* achacan al médico el suceso, lo calumnian y lo abandonan; los deudores siempre se esconden. Es *rara avis* un enlutado agradecido y pagador.

XXVII.—Una operación fácil, segura, benigna se practicará por lo *que paguen*; lo que pierde la bolsa lo gana la reputación; una operación grave, difícil, riesgosa se cobrará *cara*, en compensación al probable fracaso y *descrédito*. En operación pagada por precio convenido, si se complica y prolonga ya *no cargar* visitas y curaciones; dirán, y con razón: fue un mal negocio para el enfermo, pero *bueno* para el médico.

XXVIII.—Dentro del utilitarismo profesional es preferible pecar de *blando*, que de *duro*; no ejercer el *judaísmo*; es más noble sembrar semilla de *bendición* que de *maldición*, y más heroico dejar recuerdos *gratos* que *ingratos*. El objeto primordial de la vida no es *hacer dinero*.

XXIX.—Estos *párrafos* llevan consejos, máximas, *aforismos*; estampo los que se me ocurren al ir escribiendo; no me detengo a razonar algunos porque *huelga la razón*; no explico otros porque se subentiende la *explicación*; las ideas que condensan *no son teóricas*, están tomadas de la realidad; llevan un margen de elasticidad.

XXX.—Así como hay médicos con facultades *clientelógenas* los hay también con facultades *financieras* y políticas; no todos tienen el ojo *económico*; el arte de ganar dinero es *distinto* del arte de curar. Moralmente los servicios médicos *no tienen precio*; hay que cotizarlos, empero, con humanitarismo, con el cerebro y con el corazón. La receta para no verse apurado y tener que *atropellar* es ser modesto en el *vivir*.