

a la enfermedad; el clínico no puede faltar nunca porque, no faltando enfermo, el médico por precisión tiene que formar concepto del estado morbozo del enfermo.

6.º El diagnóstico patológico puede ser doble o múltiple; en cambio el clínico no puede serlo, aunque así se enuncie, porque se trata de uno y no de dos o más enfermos.

7.º El diagnóstico patológico comprende todos los datos conducentes a dar nombre a la enfermedad; el clínico todos los conducentes al conocimiento íntegro y total del enfermo.

8.º Al diagnóstico patológico no le perjudica un exceso de detalles; al clínico puede a veces extravíarle.

9.º El diagnóstico patológico perdura mientras dura la enfermedad; el clínico varía constantemente.

10. El enunciado del diagnóstico patológico es siempre simple; el del clínico debe ser complejo.

11. El diagnóstico patológico reconoce signos patognomónicos; el clínico, no.

12. El diagnóstico patológico puede ser resuelto en el laboratorio; el clínico, no.

Sesión del 28 de junio de 1918

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

Nuevo aparato para la práctica del pneumotórax artificial

POR EL DOCTOR DON EDUARDO XALABARDER Y SERRA

Director del Sanatorio Antituberculoso del Patronato de Cataluña.—Socio Correspondiente de la Real Academia de Barcelona

ILUSTRES SEÑORES ACADÉMICOS:

Confieso sinceramente que no vengo a presentaros ninguna invención. La práctica del pneumotórax artificial, en algunas formas clínicas de la tuberculosis pulmonar, me puso de manifiesto ciertos defectos que hacen un tanto engorrosa la práctica de dicha operación, y el natural deseo de corregirlos me sugirió la idea del aparato que tengo el honor de presentar a vuestra alta consideración.

Entre los varios aparatos contruídos al efecto, el más corriente, el que se usa hoy casi exclusivamente en la clínica, es el llamado de Forlanini, que todos vosotros conocéis, y a él me referiré especialmente en el curso de mi corta disertación.

Por una parte, el actual Forlanini sólo permite emplear presiones positivas, sin medio alguno de regular gradualmente estas presiones, pues el sistema de bolas de caucho que se emplea en este aparato, análogo al de los pulverizadores ordinarios, hace la manipulación completamente ciega, quedando sólo confiada a la prudencia del ayudante. Hay casos en que bastan presiones negativas para determinar la entrada del gas en la pleura, facilitada por los movimientos respiratorios, y con el aparato de Forlanini no se puede emplear este mecanismo.

Es ya sabido, por otra parte, que el operador ha de tener la seguridad absoluta de haber penetrado en el saco pleural, sin que la cánula se haya insinuado dentro la luz de un vaso sanguíneo, circunstancia que podría determinar una embolia gaseosa, de consecuencias, a veces, gravísimas. Para salvar esta lamentable contingencia, el actual Forlanini dispone de una jeringa de aspiraciones tan voluminosa y tan complicada, que su aplicación resulta siempre difícil, su precio elevado y expuesta a frecuentes averías que pueden inutilizarla en el acto mismo de la operación.

Por otra parte, en aquellos casos que exigen grandes cantidades de gas, y que hay, por tanto, necesidad de rellenar el depósito graduado, la disposición del Forlanini no es la más a propósito para facilitar esta manipulación.

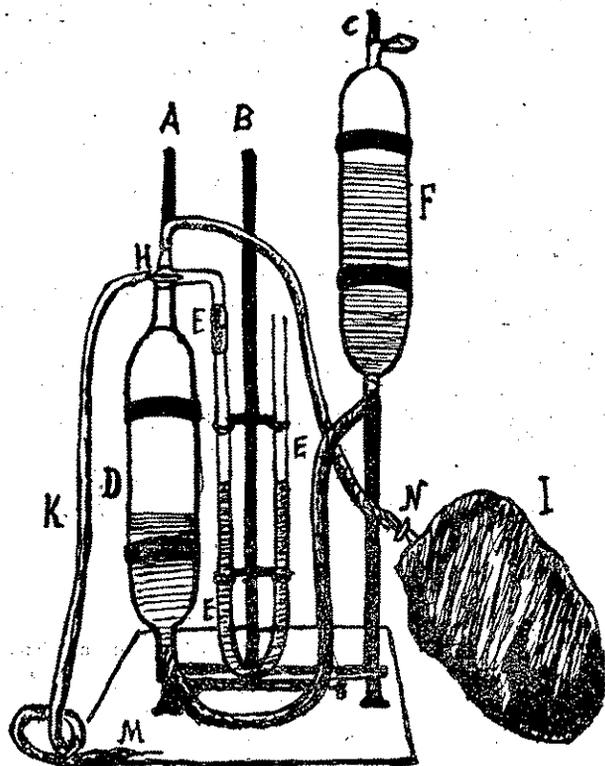
Por fin, dicho aparato está montado de tal manera que su traslación a distancia, cosa muy frecuente en la práctica particular, tropieza con dificultades que a menudo ocasionan serias averías, hasta el punto de poder inutilizarse por completo. El constructor del que voy a presentaros me ha referido muchas veces las frecuentes reparaciones que le encargan los que usan el Forlanini.

Es cierto que tales inconvenientes han motivado la construcción de otros aparatos; pero en realidad sólo se han conseguido soluciones parciales, y la prueba está en que ninguno ha llegado a substituir por completo el actual Forlanini.

Pues bien: sin que esto pueda achacarse a pretensión pedantesca, tengo la convicción de haber solucionado todos estos defectos con el aparato que os presento, y que aparte de reunir todas las ventajas de los demás, tiene la particularidad, halagüeña para nosotros, de haber sido construido en esta misma capital, bajo mis indicaciones, por la casa Jesús Feliu, que se dedica a la construcción de instrumentos y aparatos de vidrio soplado con destino a clínicas y laboratorios.

Como veis, el aparato que os presento está montado sobre un triple soporte metálico articulado en su base y sujeto por un resorte, disposición que permite colocarlo horizontalmente, disminuyendo su volumen de modo que se puede llevar en un estuche de poca capacidad. El primer soporte sostiene el depósito graduado que ha de contener el gas; el segundo es para el manómetro y el tercero está destinado para el depósito de presión. Estas tres piezas de vidrio, que constituyen la esencia del aparato, son móviles independientemente en sus correspondientes soportes, por medio de charnelas que pueden sujetarse a la altura que convenga mediante tornillos. El tercer soporte lleva una pieza adicional, de modo que se puede elevar el depósito de presión a mayor altura que los demás, y esta elevación es la que permite regular la presión del gas con mayor seguridad que con el sistema de bolas del Forlanini. Los dos depósitos están en comunicación por su parte inferior por medio de un tubo de caucho.

Como veis, el aparato que os presento está montado sobre un triple soporte metálico articulado en su base y sujeto por un resorte, disposición que permite colocarlo horizontalmente, disminuyendo su volumen de modo que se puede llevar en un estuche de poca capacidad. El primer soporte sostiene el depósito graduado que ha de contener el gas; el segundo es para el manómetro y el tercero está destinado para el depósito de presión. Estas tres piezas de vidrio, que constituyen la esencia del aparato, son móviles independientemente en sus correspondientes soportes, por medio de charnelas que pueden sujetarse a la altura que convenga mediante tornillos. El tercer soporte lleva una pieza adicional, de modo que se puede elevar el depósito de presión a mayor altura que los demás, y esta elevación es la que permite regular la presión del gas con mayor seguridad que con el sistema de bolas del Forlanini. Los dos depósitos están en comunicación por su parte inferior por medio de un tubo de caucho.



La espita de la parte superior del depósito graduado, o sea el que ha de contener el gas, puede establecer a voluntad las siguientes comunicaciones: 1.º el depósito graduado con el saco proveedor, cuando se necesite llenar aquél. 2.º este mismo depósito con el saco pleural, por medio del tubo largo en cuyo extremo está la cánula de punción de la pleura; y 3.º la cavidad pleural con el manómetro, para asegurarse de la entrada de la cánula en la pleura al empezar la operación, y para medir las presiones pleurales durante el curso de la misma. Para cada una de estas comunicaciones hay que fijarse en la situación del punto esmaltado que tiene la espita y que sirve de guía al operador. Cuando este punto está en la parte superior, se cierra la espita del saco proveedor y queda establecida la comunicación entre el manómetro y la cánula pleural. Esta comunicación es la que sirve para indicarnos la penetración de la cánula en el saco pleural, pues como en esta cavidad hay una presión negativa, la presión atmosférica actuando sobre la columna líquida del manómetro determina movimientos oscilatorios bien manifiestos a compás de los movimientos respiratorios. Si entonces se mueve la espita del depósito graduado, colocando el punto-guía a la izquierda, o sea en la dirección de tubo pleural, continuando cerrada la espita de saco proveedor, queda entonces establecida la comunicación del depósito graduado con la pleura. Es la comunicación que sirve para la introducción del gas en la cavidad respiratoria. Por fin, cuando se necesite rellenar el depósito graduado se deja la espita de este depósito en esta misma situación, se cierra la de la pleura, apretando el tubo correspondiente con una pinza de presión, o simplemente moviendo la pequeña espita de la cánula pleural se abre la del saco proveedor y se llena el depósito, bajando el de la derecha y ejerciendo presión sobre el saco.

A medida que el gas va entrando en la pleura, si se necesitan presiones positivas para facilitar su

entrada, se va elevando poco a poco el depósito de presión, para que la columna líquida la transmita al gas.

Otra modificación importante es la de la cánula perforadora de la pleura. Esta cánula tiene dos enchufes: uno, que se pone en comunicación con el depósito del gas mediante el tubo largo de goma, y otro libre. Una pequeña espita establece la comunicación con cualquiera de estos dos enchufes. De esta manera se puede introducir la cánula en la pleura, sin quitar la comunicación con el aparato, y para asegurarse que no se ha penetrado en un vaso sanguíneo, bastará colocar una simple jeringuilla de inyecciones hipodérmicas en el enchufe libre, establecer la comunicación por medio de la pequeña espita y aspirar suavemente: la salida de sangre nos indicaría que habíamos penetrado en un vaso sanguíneo, en cuyo caso habría que rectificar la situación de la cánula.

Hay más aún: si existiera un derrame pleurítico, que convendría, naturalmente, extraer antes de la penetración del gas, bastaría colocar el tubo de un aspirador (Potain, Dieulafoy) en el enchufe libre y practicar la extracción del líquido, seguida inmediatamente de la penetración del gas, sin quitar el aparato ni practicar nuevas punciones, siempre molestas, con sólo cambiar la dirección de la pequeña espita de la cánula.

Esto tiene aplicación especial en caso de pleuritis sero-fibrinosas con gran derrame, cuya extracción sea necesaria, pues substituyendo el volumen del líquido extraído por otro igual de gas, se evitan los inconvenientes y hasta peligros que a veces sobrevienen a consecuencia de rápidas toraxetesis. Este método (o sea la substitución del derrame por un gas inofensivo), practicado hace ya muchos años por Potain, repetido poco después por los clínicos japoneses Kawai y Kawahara, y que personalmente he tenido ocasión de practicar también hace ya algunos años, tiene además, clínicamente, grandísimas ventajas para las consecuencias ulteriores de las pleuresas sero-fibrinosas, pero no es este el momento oportuno de exponer aquí, y se puede realizar con el aparato que os presento, practicando una sola punción y poniendo en comunicación el enchufe libre de la cánula con un aspirador del líquido pleural, seguida de la introducción del gas con un simple cambio de dirección de la espita de la cánula.

La situación horizontal del aparato: dentro de su estuche, determinaría el derrame del líquido de los depósitos y del manómetro. Pero esto puede corregirse de dos maneras: o bien construyendo un estuche vertical, es decir, con el asa en la parte superior, o bien tapando las extremidades libres del manómetro y del depósito de presión con capuchones de caucho, bien ajustadas, que se quitan en el acto de la operación.

Por lo demás, el funcionamiento, en general, de este aparato, tiene los mismos fundamentos científicos, que todos los demás contruédos al efecto. Nada he de decir de las indicaciones y contraindicaciones de esta operación, pues mi propósito, al venir a molestar vuestra atención, se limita sencillamente a daros cuenta de las reformas introducidas en los aparatos hoy en uso, para ver si consigo llevar a vuestro ánimo la convicción mía de que el que tengo el honor de presentaros resulta lo más sencillo y práctico que reclaman las necesidades del pneumotórax artificial.

Únicamente diré (y permitirme que aproveche la ocasión presente), que en mi modesto criterio se abusa demasiado de esta operación; que es un error fundamental el haber querido elevar el pneumotórax a la categoría de *método de tratamiento*, cuando en rigor de verdad no es más que un simple *medio*, un colaborador de la curación de la tuberculosis pulmonar, pues no tiene efecto curativo *directo* sobre el proceso fímico, y sólo es aplicable a ciertos y determinados casos, y aun así dentro de formas especiales del mal. En tales circunstancias, que no he de analizar aquí, se obtienen, sin duda alguna, resultados altamente favorables, Pero no se debe pedir al pneumotórax artificial más de lo que puede dar de sí, ni es suficiente este *medio* de tratamiento para dejar abandonados muchos otros cuya eficacia es innegable, ni mucho menos deben echarse en olvido los serios inconvenientes que origina su práctica sistemática y excesivamente repetida. En el ejercicio de nuestra profesión, todos los exclusivismos sistemáticos (perdóneseme el pleonasma) resultan siempre contraproducentes,

En resúmen, el aparato que tengo el honor de someter a vuestro ilustrado criterio tiene, entre otras, los siguientes ventajas.

Es sencillo y de manejo fácil.

Permite rellenar el depósito de gas, cuantas veces sea necesario, sin otra manipulación que la dirección de la espita superior.

Pueden aprovecharse presiones negativas, en casos determinados.

Permite regular metódicamente la presión positiva, con sólo elevar gradualmente el depósito de presión.

Para asegurarse de si la aguja ha penetrado o no en un vaso sanguíneo, basta una simple jeringuilla de inyecciones hipodérmicas.

En el caso de que exista un derrame pleurítico que deb extraerse previamente, puede hacerse sin quitar la aguja, ni practicar nuevas punciones, ni mover el aparato.

Es fácilmente transportable dentro de su estuche, sin temor de averías que lo inutilicen.

Así como en el Forlanini actual la inutilización de una sola pieza fundamental implica también la de todo el aparato; exigiendo la adquisición de otro nuevo, en el nuestro se pueden cambiar aisladamente cada una de sus piezas componentes, conservando el aparato.

Por último, es relativamente económico, y su construcción total, así como cualquiera reparación, pueden realizarse aquí mismo, sin necesidad de apelar a' extranjero.

Los anormales en la historia.-El Príncipe Don Carlos (1545-1578)

POR EL DOCTOR W. COROLEU

«La historia—ha dicho el gran erudito inglés Freeman—es la política del pasado.» Esta frase, que encierra en el fondo una gran verdad, se ha tomado quizá excesivamente al pie de la letra. Sobrado tiempo, en efecto, se ha guardado sólo en la cronología de los pueblos el recuerdo de sus guerras y el de sus reyes. Las artes, las letras y las ciencias, que forman sin embargo el patrimonio espiritual de la humanidad, dejábanse en lugar secundario. A corregir tan injusta preterición han tendido los esfuerzos de la escuela histórica contemporánea. No han sido escasas, en efecto, ni de poco valor, las investigaciones que a la luz del criterio moderno han examinado los hechos interesantes para la ciencia en edades pretéritas. Limitándonos únicamente a la Medicina, es respetable ya el material que de los archivos se ha aportado y se aporta cada día para su estudio. Pero sin duda que de todas las ciencias médicas ninguna como la Psiquiatría tiene relaciones tan íntimas con la historia. Al fin y al cabo los hechos humanos arrancan y son producto de la organización anátomo-fisiológica. Muchas veces lo que semeja heroísmo, santidad, crimen o perversión, no es más que locura. De aquí que el alienista digno de este nombre deba extender sus averiguaciones al pasado, no sólo para completar sus estudios en el presente sino para dar la verdadera norma y explicación de problemas históricos de magna importancia. Las ciencias decaerían, en efecto, en su dignidad, si no se prestasen mutuo apoyo iluminando cada una de ellas lo que sus hermanas dejan en la penumbra. Jamás el *damus petimus que vicissim* fué de tanta actualidad como en este terreno de noble cooperación intelectual.

Pero si la historia de la locura no es, por decirlo así, cosa nueva, si las biografías de la vesania abundan desde luenga fecha, no ocurre así con los anormales. Estos son tan advenedizos en la ciencia médica como en la histórica y no han sido objeto de estudios retrospectivos mas que un modo muy somero. De aquí que creamos pertinente comenzar por un caso célebre a la vez y español, que ha hecho ya correr mares de tinta a poetas y literatos, que lo han convertido en un tipo legendario. Nos referimos al célebre Infante don Carlos, el hijo mayor de Felipe II, cuya corta y azarosa existencia ha sido popularizada por el drama de Schiller y la ópera de Verdi.

El Infante don Carlos había nacido en 1545, de la unión de Felipe II con María de Portugal, hija de Catalina, cuarta hermana de Carlos V. Los reales cónyuges eran, pues, primos hermanos, y de una casa donde no faltaban estigmas de degeneración mental. Célebre es, en efecto, la locura de Juana de Castilla, madre del Emperador, y el extravío de espíritu de la princesa Juana de Portugal, hermana de Felipe II. Sea como quiera, el Infante don Carlos costó la vida a su madre, que falleció verosimilmente de una infección puerperal. El joven príncipe fué educado primeramente por la piadosa dama portuguesa Leonor de Mascareñas y luego por eminentes eclesiásticos, entre las cuales descuella Onorato Juan, discípulo de Vives y que más adelante fué elevado a la sede episcopal de Osma. Durante los primeros años nada dejó que desear el Infante. «No rehusa el estudio—decía Antonio de Rojas, su mayordomo, al Emperador—y está bien corregido y disciplinado.» Es sabido, en efecto, que la primera infancia de los anormales se desliza muchas veces sin incidente alguno. Sea que a falta de una exploración científica bien dirigida se ignoren sus defectos intelectivos y éticos, sea que éstos no aparezcan con la sujeción y mínimas necesidades mentales de los niños, lo cierto es que pasan aquéllos por alto. Desde 1558 y por tanto cuando ya el Infante contaba trece años cambia el tono de las cartas de sus preceptores: «No va tan adelante como yo querría», dice García de Toledo, otro de sus ayos; «no hacen mis palabras, ni la disciplina aunque le escuece mucho, el efecto que debían». Y añade después, como para esquivar