

guno de ellos, como el señor Daurella, de Villanueva, le he visto casualmente hace pocos días en un perfecto estado de salud: en él y en algunos otros nos limitamos, en la intervención, a la escisión de placas de meningitis y de esclerosis de la substancia cortical de la región rolándica, pero sin profundizar mucho; en algún otro, en quien hubimos de profundizar algo más, aparecieron posteriormente fenómenos parésicos y hasta paralíticos, correspondientes a los centros vulnerados. Es, pues, un hecho demostrado que el éxito es posible por la intervención quirúrgica en el tratamiento de la epilepsia jaksoniana; pero es un campo, el de esa terapéutica, erizado de escollos, que sólo una vasta experiencia puede avalorar, y, por desgracia, en nuestro país esos casos no se acumulan por especialización, se operan sólo de tiempo en tiempo, lo que hace poco menos que imposible deducir de ellos enseñanzas suficientes para constituir un cuerpo de doctrina. Sólo la frecuente repetición de casos análogos *por un mismo observador* es capaz de conducir a esos resultados.

De re diagnóstica

POR EL DOCTOR BASSOLS Y PRIM

Académico de número

La preocupación más legítima del clínico frente a un enfermo consiste en clasificar su enfermedad, en formular un diagnóstico; sin esta base, la terapéutica anda incierta y la vacilación del juicio médico trasciende muchas veces al enfermo y a sus allegados minando la confianza en el facultativo que le asiste. Hoy que los medios de investigación se han ido multiplicando en número y precisión, parece que debiera haberse hecho más segura la búsqueda diagnóstica; pero ello no ha sido así. A medida que progresamos en detalles, más detalles aparecen y más hondo y difícil se presenta a veces el problema, con más la necesidad del ímprobo y costoso trabajo que requiere la aplicación de aquéllos. La preocupación que de ello resulta es natural y afecta de un modo más sensible al médico recién salido de las aulas, que procura torturar los hechos para formular un nombre que los englobe. A medida que va transcurriendo tiempo, cosechándose experiencia y desengaños, va notando el clínico que el concepto de la palabra diagnóstico es menos rígido de lo que aprendió en los libros por necesidades didácticas. Y malo es si no lo aprende, porque entonces queda convertido en uno de esos prácticos que, ateniéndose a la letra, buscan en cada caso la correspondencia exacta entre lo que ven y lo que oyeron o leyeron, olvidando que la letra mata y el espíritu vivifica. Ahora bien, cierto que no existe más que un diagnóstico: el diagnóstico. Pero si es verdad que en el terreno especulativo no existe más que el diagnóstico, también cabe comprender que, en realidad, existe una distinción positiva según que el diagnóstico sea formulado y estudiado desde el punto de vista patológico o desde el punto de vista clínico. Mira la patología a la enfermedad; mira la clínica al enfermo, y en esta diversidad de objetivo estriba distinción tan honda que, por no percatarse de ella, ocurre no pocas veces que la noción de enfermedad (noción patológica) se sobrepone a la noción de enfermo (noción clínica). Y que esto es frecuente compruébalo la repetición tan sobada y machacona de aquel concepto que dice que el médico recuerde que debe tratar enfermos, no enfermedades, cuyo olvido dimana de que, por resabios persistentes de hechos didácticos necesarios para la adquisición de los conocimientos médicos, perdura y domina más la idea de enfermedad que la idea de enfermo.

Esto resulta palpable en los casos más sencillos, en los cuales el diagnóstico, digamos patológico, puede resumirse en una palabra: pulmonía, pleuresía, fractura, por ejemplo, al paso que el diagnóstico clínico no queda resuelto con esto, ya que la enfermedad no consiste en el hecho anotado sino en el modo como responde el organismo a la alteración que aquél aporta. Y tal puede ser esta respuesta, que el diagnóstico clínico resulte tan complicado como sencillo el diagnóstico patológico.

En otros casos que ocurren más a menudo de lo que quisiéramos, no hay diagnóstico patológico posible porque los datos no engloban dentro de un conjunto definido. Pero como se trata de enfermos no hay que considerarlos exentos de un diagnóstico de orden clínico. Este consiste precisamente en la

propia falta de diagnóstico patológico, en la duda, en la vacilación; en toda la serie de fenómenos anormales que podemos apreciar en su relación con las leyes generales de la biología. Y este concepto, con parecer un juego de palabras, tiene la ventaja de no obligarnos a atormentar los hechos para que de un modo u otro digan lo que en realidad no dicen, y a veces la de no limitar nuestra acción a proceder de finalidad puramente sintomática.

En otros casos, al contrario, hay diagnósticos dobles correspondientes a las enfermedades denominadas mixtas por Remlinger, o enfermedades proporcionadas de Torti. Estos diagnósticos dobles y a veces triples o más, corresponden a enfermedades imbricadas que se padecen en conjunto, a veces con cierto carácter de clasicismo, como la dotinenteria y el paludismo según Vincent, la disenteria y la fiebre tifoidea en Túnez según Kelsch, etc.

Pero estos diagnósticos que en patología son dobles, triples o múltiples, no son exactos en clínica, y su acostumbrada aplicación integral a ella induce a error y confusión terapéutica. No pretendo decir con ello que debe rechazarse su enunciado sino que ello debe ser con la reserva mental, pero práctica, de que no usamos estos modismos mas que para abreviar el lenguaje y la comprensión de los hechos. De no habérselo penetrado de esto han resultado errores como la afirmación de la incompatibilidad entre determinadas enfermedades, y en terapéutica la confusión que resulta cuando, a la vez, se establecen dos enfermedades de supuesta índole antagónica. El plan a seguir se hace difícil ateniéndose a la rigidez del doble diagnóstico; no sería así cuando pudiésemos estar al tanto de lo que ocurre en el organismo, o mejor en un organismo determinado, cuando se presenta esta dualidad, lo que, en esencia, significa el diagnóstico clínico que, por serlo, es el diagnóstico individual.

Ni hay que pensar que esto sucede tan sólo en casos de esta índole patológica: es un hecho general. Cuando una bronconeumonía hace presa en un palúdico, en un diabético, en un tuberculoso, etc., las indicaciones terapéuticas toman determinados rumbos que los autores consignan en sus obras. Y esto no es más que un resultado de un concepto diagnóstico, de un verdadero diagnóstico clínico que será tanto más valedero y aceptable cuanto se circunscriba más al enfermo y sepa poner más en la penumbra el rigorismo del diagnóstico patológico. El doble que se formula es un eufemismo que envuelve en esencia un sentido clínico falso, puesto que no expresa la compenetración íntima entre ambos factores, compenetración distinta para cada individuo. Y ello en tanto es así que pueden darse, y se dan, los casos siguientes:

Que un proceso sea el saliente quedando en segundo término el otro, como epifenómeno; que ambos procesos se auxilien mutuamente en su obra nefasta; que dentro de ciertos límites se resten sus efectos; todo lo cual arguye conceptos diagnósticos distintos tan reales y positivos como que acarrear a la vez pronósticos y terapéuticas diversas.

Y cabe también afirmar que esto ocurre siempre en todos los casos aunque no sean portadores de dos o más diagnósticos, porque la respuesta a la alteración morbosa varía siempre según el modo de ser de cada sujeto.

Este modo de ver el asunto explica por qué una medicación que da resultado en un neumónico, en otro resulta ineficaz y acaso en otro perjudicial. Todos ellos tienen un diagnóstico común; la enfermedad es idéntica; pero las modificaciones aportadas por ella a cada uno de los tres organismos imprimen carácter distinto en cada caso particular y precisamente en la comprensión integral de este vivir anormal estriba lo que significa el diagnóstico clínico.

Si nos fuésemos dable llegar a tiempos en que el hecho patológico fuese patente a nuestros ojos en todas sus reconditeces, claro es que no existiría mas que un diagnóstico, el cual llevaría consigo con meridiana claridad el pronóstico, el tratamiento y cuanto se relacionase con el mismo. Y este diagnóstico, que sería el verdaderamente clínico, no lo constituiría una palabra sino la marcha de los fenómenos anormales que integran la enfermedad. Y por añadidura este concepto diagnóstico sería completamente individual, llenándose con ello el desiderátum de nuestro insigne Letamendi.

De lo cual se deduce que como no hemos de llegar nunca a esa plenitud de los tiempos no podremos tener nunca un diagnóstico clínico perfecto, pero cabe tomarlo en sentido de orientación a estilo de esas funciones algebraicas que pueden acercarse cada vez más a su límite sin alcanzarle jamás.

Conviene para esto no perder nunca de vista que el diagnóstico que en patología representa un hecho, en clínica no significa mas que una ficción. Es un modo de entendernos, un elemento figurado del lenguaje que nos ahorra explicaciones y hace posible la expresión de las ideas. Esto es una perogrullada, pero por no recordarla se siguen en clínica y en terapéutica falsas vías y se originan errores y confusiones en mayor número de lo que parece.

En rigor el diagnóstico que en patología se resume en una palabra, nunca es el diagnóstico clínico. Necesitado de una explicación más o menos extensa y siempre incompleta. El signo o síntoma patognomónico que en patología nos da el diagnóstico, en clínica no es más que un síntoma y a veces no el de mayor valía. Y es que en ella no se dan diagnósticos sino estados morbosos influidos por la tota-

lidad del organismo que siendo múltiple es a la vez uno. En este sentido no hay modificación morbosa, por liviana que sea, que no influya y repercuta entoda la república orgánica, respondiendo cada órgano y cada función al hecho morboso, no sólo con sus propias particularidades, sino también con las derivadas de todos los demás órganos y funciones de la economía. De poder abarcar este complejo de hechos constituiría el diagnóstico clínico.

El vivir del organismo puede ser comparado al rodar de un círculo sin solución de continuidad; todas las funciones, todos los órganos están enlazados entre sí en tal forma que cuando un punto del círculo, un órgano, una función, experimentan alguna modificación, ésta trasciende a toda la economía en el acto. Podremos nosotros ignorar estas modificaciones por ineludible escasez de conocimientos, pero el concepto que tenemos del vivir no permite dudar de ello.

Así como vamos viendo más claro cada día que la materia es una, sin que podamos acertar en lo que ella sea, así también el hecho biológico debe ser uno, sin que ni remotamente podamos imaginar el cuál y cómo sea.

Hay, además, otro lado importante de la cuestión. La voz diagnóstico, por su raíz etimológica griega significa afirmación de una cosa y exclusión de la que le sea contraria. Ahora, pues, como el hecho de enfermedad no es ni puede ser un concepto inmóvil porque atañe al vivir, y el vivir (sano o enfermo, que lo mismo da para el caso) es un movimiento y variación constante, de aquí que sea una verdad, por cierto poco meditada, la de que, como decía Nieto y Serrano, «el diagnóstico se está formando siempre mientras dura la enfermedad».

Este principio, con ser tan claro y evidente, no ha encarnado en la ciencia, y mucho menos ha penetrado en la conciencia popular. Y no obstante es fecundo en consecuencias en uno y otro orden.

En primer término destruye la estabilidad del concepto taxonómico durante el curso de una enfermedad, aportando por lo tanto la necesidad de la rectificación diagnóstica no sólo en cantidad y extensión sino también, en muchos casos, en la misma calidad. Generalmente esta rectificación se admite sólo bajo el primer concepto que atañe a la prognosis, y en este sentido el médico se esfuerza en procurar la integración de los hechos que van ocurriendo al diagnóstico inicial. Y esto en términos que si no llega a la posibilidad de esta integración se da por descontada la existencia de un error de diagnóstico. No hay que anotar los perjuicios de este modo de proceder. Para el médico, en su fuero interno, la desorientación nacida de una nueva apreciación de la enfermedad con el consiguiente trasiego terapéutico. Para el público, si se percata de ello, la desconfianza con respecto al saber del médico. Y hoy rara vez deja de percatarse, porque la medicina se ejerce *coram populo* esforzándose el médico en rebajar el nivel de aquélla hasta la comprensión vulgar, lo que en último término redundará en perjuicio de los mismos enfermos.

El olvido del mentado principio lleva consigo el envaramiento terapéutico y con él el defecto de no abarcar constantemente el variable problema morboso individual que somos llamados a combatir. Sugiere además la idea de enfermedad en vez de la idea enfermo, pudiendo a su amparo nacer y crecer ese sinnúmero de *antis* que infectan el campo de la terapéutica actual.

Para terminar he de decir dos palabras aún sobre el valor y carácter de las investigaciones de laboratorio; ellas vendrán a corroborar esta especie de dualidad diagnóstica de que hablo. Los trabajos de laboratorio, cuya valía es indiscutible, deben ser incorporados al diagnóstico clínico como elementos del mismo, pero es un error pensar y creer que son bastantes a integrarlo. De este error nacen dos consecuencias muy deplorables. En el terreno práctico desvirtuar el valor del examen clínico de los enfermos. ¿Cómo esmerarse en procurar datos sobre el funcionamiento pulmonar cuando el análisis de los esputos nos da hecho un diagnóstico? En el terreno terapéutico, simplificar los términos y echar por atajos anticientíficos: falta hemoglobina, administrar hierro; se eliminan fosfatos, pues dar fosfatos; aparecen microbios, pues matar microbios. Todo por no percatarse de que el laboratorio puede dar un nombre, pero no el diagnóstico clínico.

En resumen:

- 1.º Aunque no existe más que un diagnóstico, cabe distinguir en él su aspecto clínico o patológico, por lo cual, si bien con impropiedad técnica, puede decirse que hay un diagnóstico patológico y un diagnóstico clínico.
- 2.º Como por necesidades didácticas el estudio de la patología precede al de la clínica, el diagnóstico patológico se sobrepone y a veces obscurece el diagnóstico clínico.
- 3.º El diagnóstico patológico es el que debe privar y tenerse en cuenta desde el punto de vista de la antropología; pero desde el punto de vista médico, lo que interesa es el diagnóstico clínico.
- 4.º Distinguen al diagnóstico, considerado desde uno u otro aspecto, una porción de detalles de entre los cuales apuntamos los siguientes:
- 5.º El diagnóstico patológico puede fallar por no tener elementos suficientes para dar nombre

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 construídos 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 belgas 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.