

tancialmente anuladores de funciones indispensables, pudiesen prolongarse años y años dentro del organismo sin determinar una muerte fulminante.

En el caso de las arteritis obliterantes agudas se plantea el problema con toda su amplitud, invitando a los investigadores a una revisión de esta doctrina interesantísima, cuyas posibilidades están muy lejos de haber sido apuradas. El rendimiento en soluciones prácticas que hasta ahora ha dado, el no haber cristalizado aún en reglas dogmáticas, prometen nuevos y más interesantes frutos a cuya sazón aplaudiremos con verdadero entusiasmo.

RESUMÉ

L'arterio-block ou endoartérite oblitérante généralisée a été décrite presque dans les mêmes termes que l'Auteur par l'Allemand Bürger, qui la croyait spéciale à la race juive. Des observateurs de plusieurs nations en ont enregistré des cas un peu partout et lui ont conservé le nom de Bürger. Depuis peu, les médecins français Vaquez et Yacöel l'ont traitée par l'insuline et dans plusieurs cas en ont arrêté le développement, même lorsqu'un commencement de gangrène était apparu aux doigts des pieds. Par contre, d'autres cas ont résisté à l'action de l'insuline.

L'Auteur rappelle le cas le plus caractéristique observé par lui, fait remarquer une fois de plus les différences essentielles d'avec les autres syndromes et propose une explication du phénomène.

D'après lui, les glandes endocrines ne sont pas aussi spécialisées qu'on le croit généralement, on devrait les grouper plutôt par la capacité que certaines d'entre elles doivent avoir de suppléer à l'action de celles que la maladie, l'atrophie, l'infection condamnent à l'impuissance, ou dont elles limitent la puissance normale.

Dans le cas de l'arterio-block, il faudrait croire que plusieurs sécrétions contribuent à maintenir dans les limites normales la croissance des tissus artériels; si l'une de ces sécrétions manque, plusieurs d'autres peuvent la remplacer en partie et cela expliquerait la résistance des sujets atteints d'un processus aussi grave, qui équivaut pour les parties distales des membres, à la saignée à blanc.

SUMMARY

The generalized endarteritis obliterans or arterio-block has been described almost the same as the author by the German author Bürger who thought it particularly originated in the Jewish race. Several observers from various nationalities have reported cases everywhere and have adopted Bürger's term. Vaquez and Yacöel, the French physicians, have until recently treated them with insulin; in some cases they have succeeded in arresting the development even in cases where a commencement of gangrene had appeared in the toes. On the other hand, other cases have not responded to the action of the insulin.

The author reports the most characteristic case observed by him personally and states the essential differences with regards to the other syndromes, and proposes to explain the phenomenon.

According to him, endocrine glands are not so specialized as it is generally believed. They should be grouped according to the ability some of them possess to substitute the action of those which disease, atrophy and infection condemn to impotency or limit the normal power.

In the case of arterio-block, there should be believed that several secretions contribute to keep the development of arterial tissues within normal limits. If one of these secretions is wanting, others may partially substitute it; this would account for the resistance of patients attacked by such a severe process that it amounts to bleeding in white by the distal parts of the limbs.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Arterio-Block oder verallgemeinerte verstopfende Endoarteritis ist in derselben Form, wie der Autor es tut, von dem Deutschen, Bürger, beschrieben worden, der sie aber für eine Eigenart der jüdischen Rasse hielt. Beobachter in den verschiedensten Ländern haben jedoch überall solche Fälle verzeichnet, aber den Namen Bürger beibehalten. Vor einiger Zeit haben die französischen Aerzte Vaquez und Yacöel diese Fälle mit Insulin behandelt. In verschiedenen Fällen ist die Weiterentwicklung voll und ganz aufgehalten worden, selbst als die Gangrène an den Zehen bereits eingesetzt hatte. Andererseits haben andere Fälle der Aktion des Insulins Widerstand geleistet.

Der Autor erzählt dann den von ihm beobachteten charakteristischsten Fall; er hebt wieder die wesentlichen Unterschiede zwischen den anderen Syndromen hervor und gibt eine Erklärung des Phänomens.

Seiner Meinung nach sind die endokrinen Drüsen in ihrer Arbeitsweise nicht so spezialisiert, wie man allgemein annimmt; sie sollten vielmehr nach ihrer Fähigkeit zusammengefasst werden, andere durch Krankheit daran verhinderte in Ihrer Arbeit zu ersetzen; Fälle von Atrophie und Infektion, die sie zur Untätigkeit verdammen oder ihre Wirkungsweise limitieren.

Im Falle von Arterio-Block sollte man glauben, dass verschiedene Sekretionen dazu beitragen, die Entwicklung der arteriellen Gewebe in normalen Grenzen zu erhalten. Wenn die eine dieser Sekretionen fehlt, so können andere sie zum Teil ersetzen, und auf diese Weise würde die Widerstandskraft der von dieser so schweren Krankheit befallenen Individuen erklärt werden, dessen Vorgang einer Verblutung nach den distalen Teilen der Glieder zu gleichkommt.

INSTITUTO PRINCIPE DE ASTURIAS (MONCLOA)

Director: Dr. J. Goyanes

Servicio de Medicina Interna del Dr. Juan Noguera

TUBERCULOSIS PULMONAR DE TIPO TRAUMÁTICO ⁽¹⁾

por el doctor

JULIO NOGUERA Y TOLEDO

Del Servicio de Medicina Interna

En el presente trabajo me propongo presentar dos casos de tuberculosis pulmonar desarrollada muy activamente por la acción de un traumatismo. Ellos son, de por sí, bastante interesantes, sobre todo si se tiene en cuenta lo raro que es encontrar en la bibliografía citas concretas sobre este punto.

No queremos sin embargo, conceder con ello, una importancia absoluta al traumatismo como causa etiológica del proceso, aun cuando tampoco podemos negarle, como hacen ciertos autores, un valor positivo que, en realidad, existe en estos casos.

Entrando en el estudio clínico de estos enfermos y dejando para después las consideraciones que a este respecto sean necesarias, como así también los aspectos médico-legales relacionados con el trauma, expondremos las correspondientes historias clínicas:

PRIMER CASO

Mariano Plaza, de 53 años de edad, casado y de pro-

(1) Trabajo discutido en el Servicio de Patología Médica, del Profesor G. MARAÑÓN, Madrid.

fesión panadero, natural de Guadalajara, reside en Madrid.

Anamnesis hereditaria. — El enfermo se encontró siempre en buenas condiciones de salud, habiendo padecido las enfermedades propias de la infancia y algunos catarras sin importancia.

Anamnesis actual. — El día 20 de mayo de 1927, estando en la tahona donde trabajaba, padeció un traumatismo producido por un fuerte varetazo que le ocasionó un hematoma subcutáneo en la región izquierda del epigastrio; dicho hematoma alcanzó gran tamaño, produciéndole al cabo de algunos días, crisis de disnea por probables fenómenos de comprensión del diafragma. El incremento adquirido por el tumor obligó a practicarle varias punciones para dar salida a la gran cantidad de sangre coleccionada. Por esta época y en vista de algunos otros síntomas que procedían del aparato respiratorio, se investigó la existencia de bacilos de KOCH que dió por resultado la negatividad.

En nuestro examen hallamos los siguientes datos:

Interrogatorio. — Al poco tiempo de haber padecido

disminución exagerada de la función respiratoria acompañada de gran cantidad de frotos pleurales, estertores de gruesas, medianas y pequeñas burbujas, soplo espiratorio, sibilancias y crujidos. En el lado derecho se aprecia ligera disminución de la función alveolar y una mediana condensación del parenquima pulmonar; son apreciables también algunos estertores de burbuja fina.

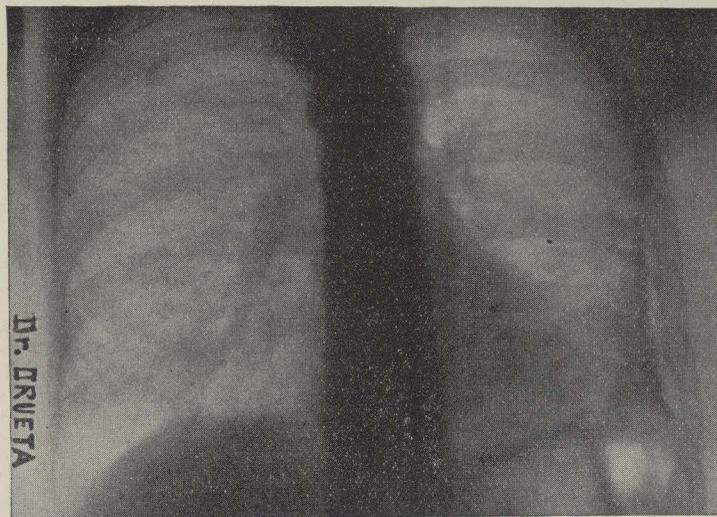
CORAZÓN

Se aprecia percutiendo y, después, auscultando, una hipertrofia bien compensada del corazón izquierdo con fenómenos de pericarditis adhesiva sin soplos patológicos y sí con una ligera taquicardia.

La punta late por fuera de la línea mamilar izquierda. El ventrículo derecho sobrepasa un poco (por percusión) la línea esternal derecha.

ABDOMEN

Por inspección se aprecia un repliegue cutáneo en el



(Radiografía n.º 1)

el traumatismo tuvo repetidas melenas y esputos hemoptóicos acompañados de tos y de gran fatiga que se hizo constante desde entonces.

EXPLORACIÓN

RESPIRATORIO

Inspección. — Tórax bien conformado. Expansiones respiratorias poco profundas, sobre todo en lado izquierdo. Se aprecia una disnea de esfuerzo aumentada en los cambios de posición del enfermo.

Palpación. — Vibraciones vocales aumentadas extraordinariamente en el hemitórax izquierdo (fosas infraclaviculares, infraespinosas y bases).

Auscultación. — (Por delante) Vértices: Se aprecia palpablemente una profunda infiltración en ambos lados pero más intensa en el lado izquierdo. La existencia de estertores de burbujas pequeñas y crepitantes en el lado izquierdo, es notable. Existe disminución de la función alveolar con respiración entrecortada muy ligera y, al mismo tiempo, algo ruda.

Fosas infraclaviculares: Disminución del murmullo vesicular, algunos estertores de burbujas pequeñas y ligeros frotos pleuríticos, sobre todo en lado izquierdo. En el hilio del pulmón izquierdo se aprecian algunos estertores crepitantes y de burbujas medianas.

Bases: La auscultación de las bases da una gran cantidad de síntomas estetoscópicos, sobre todo en el lado izquierdo se aprecia lo siguiente: en primer lugar, una

epigastrio, producido por la distensión que le produjo el hematoma. Por palpación se aprecian ligeros fenómenos de gastritis sin puntos dolorosos fijos. El resto de abdomen no ofrece nada de particular.

APARATO URINARIO

No ofrece absolutamente nada anormal; se hicieron repetidos análisis de orina.

ANÁLISIS DE ESPUTOS

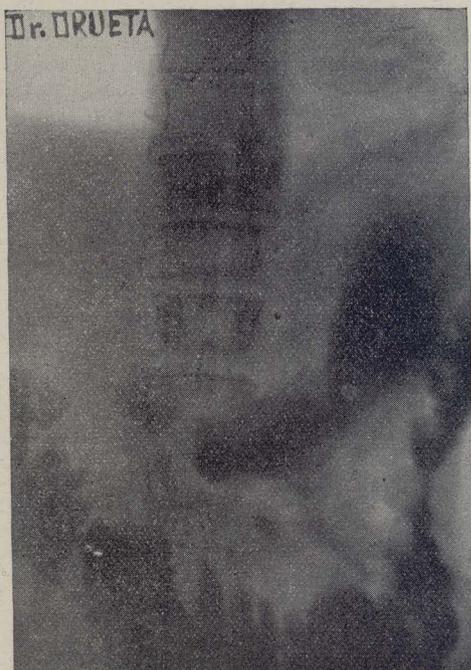
Investigada la existencia de bacilos de KOCH por el DR. ILLERAS, se encuentra positivo, en número de 3 en toda la preparación; hay algunas fibras elásticas.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Muestra lo siguiente: Tórax: Retracción de vértices pulmonares, con un apreciable velo en los dos lados (Comprobación por percusión). Ligeras sombras infiltrantes de todo el parenquima pulmonar, gran cantidad de adenopatías y sombras de probables ganglios caseificados. La base del pulmón izquierdo muestra, radiográficamente, una formidable condensación del pulmón y una infiltración extensa de la pleura, gran cantidad de ganglios infartados. (De acuerdo todo ello con el examen clínico.) (Radiografía núm. 1.)

ESTÓMAGO

La radiografía gástrica, demuestra fuertes adherencias perigástricas a cúpula diafragmática y desaparición de la cámara de gases, estómago algo ptósico, con píloro al nivel del ombligo, e hipertónico. La papilla pasa normalmente. (Radiografía núm. 2.)



(Radiografía n.º 2)

DIAGNÓSTICO

Al parecer se trata de una tuberculosis pulmonar extendida a los dos pulmones, principalmente a base del izquierdo con pleuritis adhesiva y de probable origen traumático.

Actualmente tenemos este enfermo en tratamiento y en él empleamos un sistema terapéutico a base de quimioterapia.

SEGUNDO CASO

Se refiere a otro hombre que se presentó en la consulta el día 5 del mes corriente (1927) y cuyos antecedentes clínicos son los siguientes:

S. S., de 43 años de edad, natural de Madrid, de profesión carretero y casado; tiene dos hijos que viven.

Anamnesis hereditaria.—No se encuentran datos interesantes.

Anamnesis remota.—El enfermo no ha padecido afecciones de ninguna clase; bien desarrollado, presentó rarisimamente catarros bronquiales de corta duración.

Anamnesis actual.—Refiere el enfermo que, a consecuencia de una caída sufrida durante su trabajo hace 6 años, padeció un golpe con una vara de un carro, en el costado izquierdo; no le dió importancia, pues ni le molestó ni mucho menos dejó de trabajar por ello. Pero al cabo de algún tiempo, se acatarró fuertemente con tos, fatiga y una gran coriza que le molestó en muchos días; le duró 3 semanas y durante todo este tiempo perdió apetito y fuerzas con adelgazamiento bien manifiesto. Al cabo del mes de haber padecido este catarro, padeció otro aún más fuerte, con tos, expectoración abundantísima y ligeros edemas maleolares.

En vista de que tosía mucho y no mejoraba con el tratamiento que le impusieron, vino a nuestro Servicio.

EXPLORACIÓN

RESPIRATORIO

Inspección: Tórax bien conformado, aunque con gran adelgazamiento; los espacios intercostales son muy manifiestos. Expansiones respiratorias poco profundas en ambos lados; hay disnea con respiración algo superficial.

Palpación: Vibraciones vocales aumentadas, más en el lado derecho y principalmente en fosa infra-clavicular.

Auscultación: Disminución del murmullo vesicular en todo el pulmón pero más acentuada la disminución en vértices y región hiliar. Hay estertores de burbujas pequeñas y ríotes en toda la extensión de las dos fosas infraclaviculares y muy especialmente en vértices. En bases se aprecian algunos estertores gruesos acompañados de respiración algo pueril. Por lo demás no se aprecian signos estetoscópicos en gran abundancia, pues estos se perciben mejor haciendo respirar fuertemente al enfermo.

Percusión: Es notable la existencia de ligeras submatideces, con tonos algo altos en todo el tórax. Esta se hace más apreciable en la zona de alarma de SERGENT.

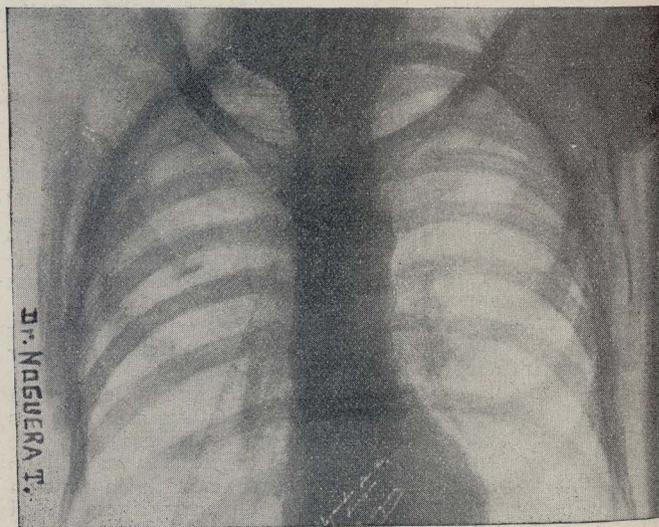
CORAZÓN

Erético y, al parecer, sin soplos; el tono aórtico es un poco sospechoso, pues no es típico de nada y tampoco se puede afirmar que sea patológico; parece más bien que existe un refuerzo del segundo tono (?).

Pulso: Con ligera taquicardia, no emotiva, de 88 a 100 pulsaciones: presión arterial, 16 mx. y 6 mn.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Muestra, en primer lugar, una peribronquitis en zona superior de ambos pulmones y ligeras dilataciones bronquiales en región hiliar y bases, más en el lado derecho. Los vértices, especialmente el derecho, demuestran una pérdida del brillo normal y una condensación del parénquima. Se notan una gran cantidad de ganglios infartados y zonas sospechosas de signos cavitarios. (Radiografía núm. 3.)



(Radiografía n.º 3)

LABORATORIO

Hay una ligera aortitis, por lo que se hacen reacciones de WASSERMANN y floculación que dan resultados negativos por dos veces (Dr. Enrique NOGUERA).

La expectoración es abundante, 45 c. c. por término medio en las 24 horas; los esputos son de tipo nummular y el examen demuestra gran cantidad de bacilos de KOCH y fibras elásticas (Dr. Enrique NOGUERA).

La temperatura es ligeramente subfebril, oscilando entre 37'5 y 38°, especialmente a las 6 de la tarde.

DIAGNÓSTICO

Se trata, pues, de una tuberculosis pulmonar de tipo caseoso en período evolutivo.

CONSIDERACIONES

Por las historias clínicas anteriormente expuestas, se puede apreciar: 1.º: la evolución del proceso tuberculoso a partir de los traumatismos, y 2.º: la aceleración de la marcha progresiva de este mal.

Notamos que en el primer caso, se hicieron sentir más claramente los efectos del trauma, por ir este acompañado de lesiones anatómicas de grande extensión. ¿Deberíamos creer que este hecho, por sí, era suficiente para producir una tuberculosis, ya que alteró las condiciones de vida de los tejidos, traumatizados y expuestos, por tanto, a ofrecer más fácil campo al bacilo de KOCH? Hay un dato importante; las lesiones observadas en vértices y, sobre todo en el izquierdo, en el que se aprecian fenómenos de infiltración de evolución lenta, seguramente deberían existir mucho tiempo antes de que ocurriese el traumatismo. Este es mi criterio, al menos, y lo fundo precisamente en esto, en la marcha tan rápida que siguieron las lesiones de base y pleura, expuestas más directamente al trauma que los vértices, y como no hay tuberculosis sin infección, tendremos que admitir que ésta existía ya en el organismo mucho tiempo antes de ocurrido el accidente y que, aprovechando, por tanto, el déficit defensivo orgánico, pudo desarrollarse la tuberculosis activamente.

En el segundo caso es aún más difícil saber cómo actuó el trauma y si éste fué productor de lesiones internas que por su carácter anatomopatológico, produjeran un cambio nutritivo favorable para el desarrollo del bacilo de KOCH. Lo esencial aquí es hacer observar que se trataba de un hombre al parecer sano y que su tuberculosis empezó a sentirse después del traumatismo. En el segundo enfermo, en fin, las lesiones son de un carácter tan generalizado, que no podemos ni aún sospechar si todas ellas datan del mismo tiempo o si hubo ya lesiones con anterioridad al trauma, las cuales nos permitirían suponer o una marcha corriente de esta enfermedad o un desencadenamiento de ella por la acción traumática.

Lo único que nos atrevemos a asegurar, es que la marcha rápida del proceso, sólo pudo ser influenciada por el trauma, mejor dicho por las lesiones traumáticas, despertando quizá una tuberculosis latente no diagnosticada pero con asiento anterior al traumatismo.

* * *

SERGEANT en su moderno y ya clásico tratado sobre «La tuberculosis y las enfermedades del aparato respiratorio» (París 1926), dice que las grandes contusiones pueden localizar un brote de tuberculosis, pero, añade, que la acción es insignificante e indirecta. Concede, sin embargo, más importancia a los traumatismos del tórax, en su comunicación a la Sociedad de los Hospitales de París (1916).

Entre los autores que se muestran francamente partidarios de la acción etiológica del trauma en la tuberculosis pulmonar se encuentran LEURET y LAMOTHE, de Burdeos, pues en el trabajo en que colaboran sobre traumatismo y lesiones pulmonares (1925), le conceden una importancia esencial, hasta el punto de decir que «toda tuberculosis pleuro-pulmonar y toda lesión pulmonar grave sobrevenida con motivo de un traumatismo de tórax en un individuo anteriormente sin signos aparentes, deben considerarse como causadas por el accidente».

MONTGOMERY y LUTZ, refieren un caso de hernia de pulmón de origen traumático, dando una gran importancia al factor traumatismo en las génesis de las afecciones, incluso tuberculosas, de este órgano.

No creemos conveniente considerar como LEURET y LAMOTHE que debe tenerse como producida por el accidente toda lesión tuberculosa pleuro-pulmonar desarrollada después del traumatismo, pues podríamos aducir en contra, que son muchos los casos citados de grandes y graves traumas del tórax y, concretamente, de pulmón, sin que los autores hicieran ver la existencia de algún proceso evolutivo de tipo tuberculoso acaecido después del accidente; pero tampoco debemos incurrir en lo contrario; es más, creo que se debe conceder mucha importancia al accidente, cuando este exista en la historia de algún enfermo tuberculoso de pulmón. Ahora bien. ¿Cómo debemos interpretar el efecto producido por él en el sentido rigurosamente patogénico? Dos son las teorías que se sustentan a este respecto: para unos, el trauma actuaría produciendo un déficit de defensas orgánicas por trastornos mecánicos respiratorios (compresión, formación de adherencias, etcétera), que pondrían al organismo en condiciones de mejor *receptividad* para el bacilo de KOCH. Para otros, el traumatismo actuaría, concediendo a dicho bacilo, respirado constantemente, aquellas condiciones previas del *terreno* necesarias para poder actuar *patógenamente*.

Hay una observación que no por simple deja de ser interesante en este punto: De todos es conocida la evolución lenta de las tuberculosis pulmonares llamadas fibrosas; en ellas los síntomas quedan estacionados, por meses enteros incluso por años, sin que el enfermo ni el médico noten la más pequeña evolución progresiva del proceso, como así tampoco fenómenos de regresión de la enfermedad. Son los casos «desesperantes» de la tuberculosis: personas que viven como sanas y no pueden hacer creer que están enfermas...

Evolucionan casi siempre rápidamente, después de muchos años y en un momento determinado cualquiera, y siempre atendiendo a los factores más di-

versos, como, por ejemplo, cambio de clima o de medio en general: la evolución, comunmente, es desfavorable y en la mayoría de los casos adquieren formas caseosas. Presente esto, deducimos: puesto que existen formas fibrosas puras de tuberculosis pulmonar que pasan completamente desapercibidas y ofrecen sus fenómenos de pronta evolución bajo la acción de cualquier agente, *con mayor razón evolucionarán bajo la acción de un traumatismo* que, actuando como alterador de las funciones metabólicas de un organismo *antes compensado* de las acciones tóxicas bacilares, favorece una mayor virulencia del germen, un aumento de la función lísica de los tejidos donde asienta, porque el terreno ha disminuido sus propiedades defensivas y se ha dejado ganar por el ímpetu antes «dormido» del bacilo y ahora «despertado» al ceder las causas que contra él luchaban, o sea cuando halló invertidas sus condiciones vitales.

Y lo que decimos con referencia a tuberculosis fibrosas de evolución silenciosa, es aplicable a tuberculosis iniciales, de marcha insidiosa o latente, sin síntomas manifiestos, desconocidas o indiagnosticadas.

Así, pues, a nuestro modo de ver, el traumatismo actuará *despertando lesiones fímicas adquiridas con anterioridad, es decir desencadenando la evolución progresiva de una tuberculosis*.

Hemos intentado comprobar experimentalmente algunos extremos de este aserto, por medio del siguiente experimento:

En un cristal plano, previamente esterilizado, extendimos una mediana capa de esputos muy bacilíferos y la desecamos a la sombra. Obtuvimos de este modo un esputo pulverizado conteniendo, como se comprobó por análisis repetidos una gran cantidad de bacilos de KOCH. Este polvo se introdujo en una gran campana de cristal, suficiente para que un cobaya de 350 gramos pudiese respirar durante media hora sin notar fenómenos de asfixia. Puestos ya en la campana los polvos bacilíferos y el animal, se procedió a levantar fuertes corrientes del aire contenido en el interior del recipiente, por medio de un dispositivo ingenioso ideado por el doctor CAMPUZANO (Mi colaborador en este punto), Jefe de la Sección de Medicina Experimental del Instituto, y consistente, en hacer comunicar por medio de un tubo de goma enchufado por intermedio de una cánula a la espita metálica que previamente se había soldado al agujero de la platina donde descansaba la campana, con una pera de goma, por medio de la cual se podía hacer entrar y salir el aire contenido en el interior del recipiente, mediante las diferencias de presión producidas al comprimir y soltar la bola.

De esta manera se producían fuertes corrientes de aire en el interior que difundían el esputo pulverizado. Expuesto el animal durante media hora a la acción del aire tuberculizado, que respiraba constantemente, supusimos que las partículas del esputo tenían que existir en las mucosas del árbol respiratorio. El animal no presentaba fenómeno alguno. Dispusimos, entonces, efectuar el mismo

experimento cada día durante el mismo tiempo, y aún con más dosis de bacilos.

Repetimos el experimento durante 5 días sucesivos y siempre en las mismas condiciones. Al cabo de los 20, el animal no presentaba ninguna manifestación que indicase un contagio experimental, y procedimos entonces, a efectuar una fractura de una costilla, con todas las reglas de la asepsia y al cabo de los 3 días siguientes, apreciamos una disminución de peso y un estado de alergia algo evidente; el animal empeoró, con diarreas y falta de apetito, muriendo al cabo de los 6 días. En el examen necróscico, encontramos todos los signos de una tuberculosis miliar, especialmente en pulmón, donde los tubérculos eran más grandes y en vías de caseificación; el análisis histo-patológico demostró células gigantes y abundantes bacilos. La inyección de los exudados que pudimos recoger en el tórax del animal, por vía intraperitoneal, mató a otro conejo de 487 gramos de peso en 28 horas.

Naturalmente que el valor de esta experiencia no es absoluto, puesto que puede objetarse que estando ya infestado el animal, el proceso pudo seguir su evolución progresiva sin necesidad de traumatizar quirúrgicamente. Pero, en cambio, la experiencia nos permitió ver, de modo clarísimo, cómo el traumatismo quirúrgico aceleró el desenlace fatal y nos hizo posible también la apreciación en el animal de una tuberculosis de marcha agudísima después de producido el traumatismo, a pesar de no haber complicaciones operatorias, ya que se hizo la intervención con todas las precauciones de la asepsia, manteniéndose tapada la herida después con un apósito.

COMENTARIO MÉDICO-LEGAL

Llegamos a un punto delicado. En el aspecto médico legal se ofrece una interrogante: *¿Se deben considerar estos enfermos como tuberculizados traumáticamente?*

Desde luego no puede dejar de tenerse en cuenta que tales enfermos *eran útiles para el trabajo ANTES DEL ACCIDENTE* y que será justo que las leyes de previsión les protejan estimando su inutilidad si a consecuencia de dicho accidente quedaron «curados de su traumatismo e inutilizados por su tuberculosis».

Para lo cual debería ser, ante todo, una realidad que el Estado considerase al tuberculoso, no ya como un *inútil para el trabajo* sino como un *peligro social* al que hay que aislar para curarle y para proteger las vidas de sus semejantes. Claro es que no faltará quien arguya que estos enfermos tuberculosos lo hubieran sido de todas maneras y con las mismas graves consecuencias, en un futuro más o menos próximo. Más ¡cómo leer en el porvenir, cómo afirmar en *perjuicio del pobre enfermo*, ante esta terrible afección cuyas veleidades se muestran trágicamente curándose los enfermos por sus propios recursos orgánicos y muchas veces sin que ellos mismos se sospecharan jamás tuberculosos y otras, en cambio, estallando, con traumatismo y sin trauma-

tismo, arrolladoramente y con el fracaso de mil terapéuticas!

BIBLIOGRAFÍA

SERGENT, Emile.—Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire. París, 1926.

SERGENT, Emilie.—La tuberculose chez les soldats a la suite des traumatismes du thorax. (Comunicación a la Sociedad de hospitales de París, 30 de junio de 1926.)

LEURET et LAMOTHE.—Traumatisme et lésions pulmonaires. (Journal de Medicine de Bordeaux, 25 de marzo de 1925.)

MONTGOMMERY et LUTZ.—Hernie du poumon. (Annals of Surgery, agosto, 1925, tomo LXXXII. Núm. 2, página 220 a 231).

RÉSUMÉ

L'Auteur expose deux histoires cliniques dont on déduit l'évolution d'un procès tuberculeux pulmonaire, d'un cours progressivement accéléré, à partir d'un traumatisme. Celui-ci agit, sûrement, en faisant naître une tuberculose latente, pas diagnostiquée, mais qui existait déjà avant le traumatisme. L'Auteur a réalisé quelques expériences qui lui ont permis d'observer dans le cobaye l'évolution des tuberculoses préexistantes, mais latentes, après des traumatismes expérimentaux.

SUMMARY

The author describes the clinical history of two cases from which is deduced the evolution of a pulmonary tuberculose process of progressive development, starting from a traumatism. This surely acted awakening a latent tuberculosis which was not diagnosed but was seated previous to the traumatism. He has experimented with guinea pigs and after experimental traumatism has observed the evolution of pre-existing latent tuberculosis.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor gibt eine Beschreibung von zwei klinischen Fällen, aus denen die Evolution eines Lungen-Tuberkulose-Prozesses, von raschem Verlauf, verursacht durch Trauma, hervorgeht. Diese letztere Ursache hatte sicherlich eine latente Tuberkulose, die früher nicht diagnostiziert worden war, ausgelöst, die aber vor der Trauma bereits existierte. Autor hat dann verschiedene Versuche an Meerschweinchen angestellt, die ihm gestatteten, die bereits, früher im latenten Zustande existierende Tuberkulose, nach experimenteller Trauma, zu beobachten.

EL PIE PLANO Y SU TRATAMIENTO ORTOPÉDICO

por el doctor

L. RIBÓ RIUS

Médico ortopédico de Barcelona

Intentaremos en este pequeño trabajo exponer en forma suscita los conceptos actuales sobre la etiología y diagnóstico de esta deformidad, describiendo someramente, a propósito de un caso, su tratamiento ortopédico.

Recordemos, ante todo, algo sobre la arquitectu-

ra y movimientos del pie sano, lo cual ayudará a esclarecer la etiología de la afección: los huesos del pie están dispuestos de tal modo que forman un arco a lo largo del mismo cuyos extremos de apoyo durante la carga son la tuberosidad del calcáneo por detrás y la cabeza de los metatarsianos por delante; el vértice de este arco corresponde al lado interno del escafoides y lado externo de la porción ántero-inferior del calcáneo. De otra parte, las cabezas de los metatarsianos forman a su vez, una bóveda transversal bien señalada. La línea de carga del pie transcurre por detrás sobre la tuberosidad del calcáneo y por delante se reparte el peso sobre la cabeza del primero y quinto metatarsianos mientras que los restantes participan en parte según sean las alteraciones de posición y de marcha, así como las anomalías que haya en la carga (esquema 1.^o). El arco,

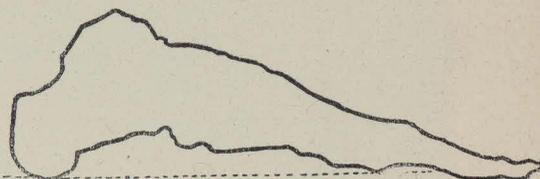


Fig. 1.^a—Esquema de la bóveda plantar normal (de un tratado de Lange)

que podríamos llamar longitudinal, se mantiene en tensión por medio de los músculos tibial anterior y posterior, flexor largo del dedo gordo y el fuerte aparato ligamentoso de la planta del pie; el arco transversal se mantiene por medio del músculo transverso de menor resistencia. En cuanto a los movimientos, distinguimos cuatro principales: flexión dorsal, flexión plantar, supinación y pronación.

La deformidad del pie en pronación es una de las más frecuentes de esta extremidad, dando lugar a la afección conocida con el nombre de pie-plano; GUÉRIN le llama pie plano valgo doloroso, denominación que resume casi toda la sintomatología; GOSSELIN le dió el nombre tarsalgia de los adolescentes. Es el síndrome que NÉLATON llamaba calambre del pie y DUCHENNE, de Bolonia, impotencia del peroneo lateral largo.

Existen diferentes formas de pie plano: el propiamente tal es una variedad rara; el factor plano se ha considerado como una particularidad del pie del recién nacido y de la raza judaica. SPITZY cree que en tales casos el desarrollo pronunciado de grasa simula un pie plano que en realidad no siempre existe; algo parecido ocurre con los individuos de raza negra, cuyo desarrollo de la musculatura plantar acentúa el factor plano de tal modo que puede tomarse el conjunto como un pie anormal.

Con frecuencia se observa que el eje del talón no tiene la dirección normal sino que está desviado hacia fuera, lo que da lugar a que el maleolo interno forme un saliente muy pronunciado. El pie únicamente valgo (Knickfuss de los alemanes) representa casi siempre el primer período del pie plano típico. En los individuos cuyo talón está en valgus, se nota el desgaste que presenta el calzado en el punto correspondiente al maléolo interno y lado interno de