IMPORTANCIA CLINICA Y FORENSE DE LOS ACCIDENTES TRAUMATICOS QUE «DESCOMPENSAN» LESIONES O ENFERMEDADES PREVIAS (*)

LORENZO GARCIA-TORNEL y MOISES BROGGI
(Académicos Numerarios, Ponentes del tema)

El *profesor Agustín Pedro Pons,* Presidente de la Academia, manifiesta que el tema será desarrollado, primeramente, por los Académicos Numerarios doctores Lorenzo García-Tornel Carrós y Moisés Broggi Vallés, a modo de introducción.

Luego, otros Académicos e invitados a tomar parte en la discusión del mismo, añadirán u objetarán lo que estimen conveniente.

Y si cupiera hablar de conclusiones, las redactaríamos y aprobaríamos al final, entre todos.

* * *

Presidente. — El doctor García-Tornel tiene la palabra.

Dr. L. García-Tornel.

Señores Académicos: tomo parte en este Coloquio creyendo que es de gran interés. Ustedes saben que yo he dedicado mucho de mis actividades a la traumatología, a los accidentes del trabajo, en donde estos problemas son frecuentes y a veces de dificilísima solución. Es decir, la influencia del traumatismo sobre una enfermedad. Precisamente, si repasamos los capítulos de Patología, diríamos que serían pocas aquellas que en un momento dado no hayan tenido su origen en un golpe, una molestia, o un accidente del trabajo.

A mí, si no distrajera la atención de ustedes, me gustaría hacer un estudio de la evolución de las ideas respecto a los accidentes del trabajo, porque en pocas materias ha habido una evolución tan fuerte y tan intensa como en esos accidentes. Desde ser completamente dejados de lado, sin que nadie se preocupara del traumatismo del trabajo, hasta llegar al siglo XVII con esta figura que hemos de citar siempre de Bernardo L., hom-

(*) Referencia "in extenso", obtenida del texto grabado en cinta magnetofónica del Coloquio que tuvo lugar en la Sesión del día 25-III-69.

bre que causó una gran impresión, pero momentánea. Siglo XVII por otra parte que merece ser señalado y subrayado, porque es el siglo en que aparecen grandes figuras. Es cuando tenemos la de Galileo, la de Descartes en ciencias. En la cuestión de literatura, vemos en Francia la de Fénelon; y en la nuestra, vemos a Giménez de Guevara, a Tirso de Molina. Respecto del arte, en el siglo XVII, tenemos a Velázquez, a Murillo, a Zurbarán; y en el extranjero, a Rubens y Van Dick.

Es, pues, un siglo que realmente fue rico en grandes figuras. Una de ellas, la de Bernardo L., cuya obra todavía perdura y leen todos los estudiosos, causando gran impresión, es porque la ciencia del trabajo ha pasado por una serie de fases distintas. Desde una época, en que en Inglaterra se sostenía que el individuo carecía de un oficio, el de minero o de peón de albañil, lo sabía de antemano y había aceptado previamente el riesgo, yendo todo a su cargo. Hasta llegar después al momento actual, la distancia es enorme.

Cuando pudo ir el obrero a un tribunal ordinario, valiéndose del derecho común, de poco le servía, ya que el derecho común, basado en este clásico y magnífico derecho romano que aún pesa, y digo pesa en el sentido amplio de su valor, en todas las leyes actuales del mundo, tenía que defender y demostrar la culpabilidad, porque según la ley romana, según la ley del derecho romano, no puede haber castigo sin culpa; y entonces tenía que demostrar el obrero que del patrono era la culpa. Naturalmente, en pocas ocasiones podía demostrarlo, dado que si pensamos cuáles son los orígenes de un traumatismo, echaremos de ver que será la falta del patrono, quizá la falta del obrero, tal vez una causa de fuerza mayor, incluso un hecho fortuito, o bien muchas veces una causa difícil de precisar. Y casi nunca el obrero lograba su indemnización.

Esto dio lugar a que se estudiara la forma de hacerlo, lográndose de una manera estupenda. Se trata de una verdadera revolución en el sentido constructivo de la palabra. Hoy no depende el castigo de una culpa, sino que se busca únicamente un factor nuevo, que es lo que se llama el riesgo profesional. Y ésta es la teoría subjetiva que hoy día domina en casi todo el mundo. Es decir, se ha suprimido la responsabilidad nacida de la culpa para que se origine en el riesgo. Y se entiende por riesgo todo aquel que corre un individuo en el trabajo, sea cual fuere.

Y entonces, en esta situación, llegamos al problema de estado previo. Admítase que estrictamente no se tiene para nada en cuenta lo del estado anterior. Ha habido disensiones y todavía las hay en algunos momentos. ¿Parece lógico, también justo, que se atribuya toda la responsabilidad de un daño al traumatismo, cuando el individuo tenía tal o cual lesión previa? Unos dicen que sí y los otros que si hemos de disminuir la culpa del traumatismo, interesaría tener en cuenta además las circunstancias que acaso influyan en un buen resultado o en

un mal resultado. El momento en que se hubiera podido acudir a socorrer al traumático, el momento y la manera de actuar del cirujano, v. gr. Todo esto son cosas que influyen en los traumatismos.

Después de muchas discusiones y exámenes, generalmente los médicos nos acomodamos mucho a las ideas que significan en realidad, para resumir lo de los dos tipos o dos grupos distintos. De un lado el individuo que aqueja una enfermedad, incluso ignorada por él, y si la ignora la tolera perfectamente, y rinde así como los demás. Un traumatismo agrava sus lesiones, o hasta puede producirle la muerte. La responsabilidad imputable al accidente es indiscutible. En cambio, se dan otra clase de lesiones y enfermedades cuya evolución nos consta positivamente que fue y ocasiona complicaciones graves o la muerte. Y en esta coyuntura únicamente la ciencia demuestra que el accidente ha sido una casualidad. Porque es... pero no quiero extenderme demasiado.

No es mi intención abusar de la paciencia de ustedes, ya que definiciones de accidentes de trabajo las hay a montones. Y tanto en América como en otros países. Cada país dispone de la suya. Pero definiciones médicas buenas, corresponden a los nombres de media docena de grandes autores. Limitémonos, empero, a la definición española que señala es toda lesión corporal que un individuo sufre en ocasión de trabajar por cuenta ajena. Y marca lo de la consecuencia y "en ocasión". Yo reclamo la atención de ustedes sobre la palabra OCASION, que ha sido muy objetada dado que no es lo mismo causa que ocasión. La ocasión nunca produce el accidente, mas en cambio sí que lo favorece. Por esto les advierto que el legislador español no ha suprimido esta palabra. Dice en ocasión, y no hay que confundir, y esto es muy importante, la ocasión con la coincidencia. Es decir, la ocasión favorece, y para que un accidente tenga visos de fuerza legal, no ha de ocurrir precisamente mientras se trabaja, sino porque se trabaja. Puede haber una coincidencia, y ésta es una de las circunstancias que fijan las clasificaciones, buscando la de un aneurisma de la aorta, de un diabético, de un paciente que tiene una fractura espontánea o una fractura patológica, por ejemplo. Y nosotros sabemos que en dichos enfermos el accidente de la fractura o la muerte podrán sobrevenir en cualquier momento. Por lo tanto, éstos son los casos en que se dice que ocurren mientras se trabaja, y no porque se trabaja. Entonces, no se tiene derecho a la indemnización.

La legislación española se funda teóricamente en indemnizar las incapacidades. No es más que un principio teórico. Después y además de las incapacidades que afectan como definitivas, acepta una incapacidad parcial frente a una lesión o incapacidad total para otra lesión. De manera que por el hecho de haber perdido un ojo cabe hablar de una lesión parcial. El amputamiento de un miembro inferior sería una incapacidad total. Allí se ve

que existe una contradicción porque nunca habrá un individuo cuyo oficio resulte completamente sedentario, y en el cual la incapacidad no suponga absolutamente ninguna posibilidad laboral. Sin embargo así se considera.

A pesar de las discusiones respecto a las influencias ajenas, hoy día esto está ya completamente dilucidado. Son muy difíciles algunos casos. Por ejemplo, para el médico el de un individuo que ha caído. Se practica la autopsia: hemorragia cerebral. Y surge la discusión: si ha caído porque tenía una hemorragia cerebral o si la hemorragia cerebral fue consecuencia de la caída. Es un caso oscuro y es forzoso estudiar a fondo los cargos para comprenderlos bien, y dar un consejo lo más aproximado a la verdad.

Nosotros no siempre podemos acertar. Pero siempre hemos de tener la seguridad de que damos al Juez un consejo legítimo. Precisamente cuando se publicó la ley francesa, que es de un año anterior, que fue en el año 1899, y la nuestra el 1900. En esas leyes ya se dice y afirma la obligación del médico de auxiliar. Y el Ministro de Justicia en Francia, afortunadamente, cada vez se aproxima más la ciencia a la ley. Yo diría que nosotros, el médico y el cirujano, somos unos colaboradores magníficos. Claro que siempre el Magistrado conserva la iniciativa y nosotros, así, no juzgamos, nosotros aconsejamos, pero el señor Juez puede resolver lo que quiera.

Esto es lo que yo les quería comentar sobre los accidentes del trabajo. Habrá casos en los cuales nos será muy difícil decir dónde está exactamente la verdad. Para estos casos afirmé y repito ahora el que si los abogados tienen un axioma, nosotros, como médicos, en los casos de accidentes del trabajo, debemos ir en la duda a favor del enfermo.

Presidente. — Puede disertar, seguidamente, el doctor M. Broggi.

Dr. Moisés Broggi. — Los efectos de los traumatismos, como el de todos los factores patógenos, no dependen exclusiva y únicamente de la acción agresiva del agente productor, sino que hay que contar también con el terreno, con el substrato orgánico en el que se produce la lesión. Y este segundo factor a veces puede ser el decisivo, lo cual, además de una importancia clínica considerable, tiene también un gran interés forense, ya que si la lesión o invalidez consecutiva debe atribuirse íntegramente al traumatismo, toda la responsabilidad recae sobre éste, con todos los efectos jurídicos: reclamación, penalidades, adjudicación de primas, etc.

Pero si los efectos antedichos son en todo o en parte el resultado de enfermedades, alteraciones, o anomalías pre-existentes, entonces la responsabilidad del trauma no es total, sino que puede verse muy disminuida, o completamente abolida, con las consecuencias legales.

A primera vista, parece que en traumatología, es donde la relación de causa a efecto entre el mecanismo produc-

tor y sus consecuencias, es más clara e incontrovertible. Y ello es verdad en la mayor parte de casos. Y en ciertas ocasiones, en cuanto profundizamos en su estudio, vemos que las cosas se complican y que no se presentan tan claras como al principio parecía. En efecto, consideremos por ejemplo el caso más sencillo: una fractura producida por un golpe o caída, en el que aparentemente no hay posibilidad de discusión. Pero no es así si pensamos que puede existir una descalcificación o lesión previa localizada en el esqueleto, que ha podido desempeñar un importante papel en los resultados. Esto, como decimos, es el caso más simple y aparentemente menos discutible. Pero es que hay casos de lesiones traumáticas que de entrada, sin interferencias de ninguna clase, se prestan a confusión.

Esto ocurre cuando existe una gran desproporción entre la magnitud de la lesión y el cuadro clínico manifestado. En efecto, hay casos de lesiones importantes que apenas producen síntomas y pueden pasar desapercibidas en el momento del accidente. Tal ocurre, por ejemplo, con algunas hernias traumáticas del diafragma que pueden escapar al diagnóstico, para aparecer luego clínicamente, a veces, después de un largo tiempo, cuando las vísceras abdominales por otras razones, se estrangulan o adquieren una mala posición.

Recordamos un caso en el que después de años de haber sufrido un trauma, en completo silencio clínico, apareció un cuadro de ictericia por retención e intensa reacción pleural derecha, con malestar general, y presencia de sangre en el pubis obtenida por sondaje. Este cuadro fue atribuido lógicamente por los más eminentes digestólogos, a una hemorragia en las vías biliares. Pero la intervención reveló una gran brecha del diafragma con prolapso y torsión de todo el lóbulo derecho del hígado, siendo que sin la intervención era casi imposible diagnosticar la lesión no relacionable con el traumatismo.

No obstante, lo más frecuente es el caso inverso: el del trauma poco importante que determina un trastorno grande y aparatoso. Esto ocurre en los denominados trastornos fisiopáticos post-traumáticos, capaces de producir graves invalideces, con dolores, con fracturas y otros trastornos, consecutivos muchas veces a traumatismos insignificantes, completamente desproporcionados al cuadro que han provocado.

Lo mismo ocurre en los traumas de la región cervical, en los que en ocasiones, una pequeña lesión, prácticamente indemostrable, origina grandes y sostenidas algias cérvico-braquiales, a veces con fenómenos neuríticos y simpáticos superpuestos, progresivos, y sumamente perturbadores.

En todos estos casos, la valoración exacta del factor traumático en la génesis de los traumatismos se presta a confusión, por la falta de proporción lógica entre uno y otros. Como es natural, la existencia de enfermedades o de anomalías preexistentes puede tener un efecto decisivo sobre las con-

secuencias del traumatismo. Hace tiempo, se había considerado con frecuencia a la hernia como accidente del trabajo. Hoy sabemos que en los casos con persistencia del conducto peritoneo-vaginal o de amplitud excesiva de los orificios herniarios, o de falta de resistencia de las capas aponeuróticas, la hernia ya existe pre-formada, y basta un pequeño esfuerzo para que aparezca clínicamente con todas sus características.

Aquí, un traumatismo producido por el esfuerzo es de importancia secundaria y despreciable, mientras que lo primordial es el factor orgánico o de terreno. Hay enfermedades generales que influyen en gran manera sobre el efecto de los traumas, especialmente en la contrarreacción frente al estímulo traumático. Los desplazamientos de la masa sanguínea que se producen en los grandes traumatismos y se condicionan en estado de "shock", alteran la nutrición de los parénquimas y conducen a estados de hipoxia que pueden agravar o poner de manifiesto enfermedades preexistentes. Con lo que se comprende que un enfermo con cirrosis hepática o con una lesión de las suprarrenales, no se comporte en dichas circunstancias como un sujeto normal.

Asimismo, la existencia de enfermedades vasculares puede tener un efecto muy acusado en los traumatismos, hasta considerar la importancia de las lesiones arterioesclerosas sobre la clínica y el pronóstico de los traumatismos craneales. Y así como éste, son innumerables los ejemplos que pueden citarse de casos en los que existen factores orgánicos ajenos al traumatismo, pero que son capaces de influir o de condicionar sus efectos. Y esto lo tenemos que tener muy en cuenta para discriminarlo y valorarlo con la máxima precisión al aludir a los dictámenes, si queremos evitar graves e imperdonables errores.

Para ello, en los casos dudosos, nunca debemos limitarnos a un examen superficial, sino que deben ser estudiados atenta y concienzudamente, obteniendo historias detalladas sobre el estado previo de salud y capacidad, y practicar todos los exámenes y exploraciones necesarios que nos permitan hallar y valorar la auténtica responsabilidad del trauma en las lesiones e incapacidades que presente el paciente. Para lo cual, muchas veces lo más acertado será el ingreso en un centro convenientemente equipado, para poder practicar dichos estudios. A esta Real Academia se la solicita con gran frecuencia, por parte de la Justicia, para que emita dictámenes en casos difíciles de incapacidades post-traumáticas y de accidentes del trabajo, para deducir las responsabilidades pertinentes. Esto, muchas veces comporta problemas y situaciones de duda que entre todos hemos de discutir y de resolver. De aquí el especial interés de esta sesión, en la que hemos escuchado la autorizada palabra del doctor García-Tornel, con su gran experiencia y su reconocido criterio en estos asuntos, y además escucharemos la palabra de las personas más destacadas, por su reconoci-

da competencia, en los diferentes casos en que dichas dificultades suelen presentarse.

Presidente. — Terminada la exposición preliminar, uno de los Académicos interesados en el estudio de la cuestión, el profesor José Trueta Raspall, puede hablarnos.

Dr. José Trueta. — Señores Académicos: quizá rompa, por lo que he visto, una costumbre. Antes de empezar a discutir y a presentar el tema que se me ha asignado, consideraría casi una incorrección que después de 25 años de no haber ocupado esta tribuna, no me dirigiese a ustedes "como decíamos ayer", y expresar la gran satisfacción que tengo de encontrarme en casa, en esta casa en la que yo me formé como cirujano.

Y ahora voy al tema que me han pedido que desarrolle. Diez minutos para discutir o para presentar lo que para mí representa, porque yo creo que es el factor traumático en la descompensación, como dice el programa, "descompensación" o enfermedades preexistentes. Yo he pasado 45 años viendo traumatismos, y he dejado de ser consultado por voluntad propia, para vivir un problema que ahora tengo que enfocar en diez minutos.

¿Cuál es, a mi entender, el factor, o la contribución del factor traumático en la agravación, en la descompensación o en la eclosión de una enfermedad o lesión preexistente en el aparato locomotor? Y aquí conviene una aclaración profesional: en el país donde he vivido, el aparato locomotor ha creado una especialidad que allí señala la ortopedia y a la que llaman la traumatología. En Inglaterra y en América la ortopedia representa una especialidad cuyo estudio, cuya misión, es la investigación en toda la patología de las enfermedades del aparato locomotor. Como ortopeda, pues, de este tipo, me pregunto yo mismo: en un caso en que yo sea consultado, para definir, para dar mi opinión honesta, lo más científicamente que pueda, sobre la responsabilidad de un traumatismo, en la evolución de una enfermedad existente de un enfermo que no he visto nunca anteriormente, ¿porqué esta es una de las grandes dificultades con que se encuentra el llamado perito o experto que tiene que emitir su juicio sobre el presente, el pasado y el porvenir de una entidad humana que él no ha visto nunca?

Por lo tanto, el estudio de la preexistencia es una dificultad enorme; pero sin ella no tiene valor científico ninguno lo que uno dirima o quiera dirimir sobre el papel del traumatismo. Sí, como ortopeda, individuo interesado en el estudio de las afecciones del aparato locomotor, como saben, incluyo no solamente las extremidades sino los cinturones pélvico y escapular, y la columna vertebral.

Me pregunto: ¿qué participación ha tenido en el ejemplo que el doctor Broggi ha puesto aquí de importante? ¿La caída en esta fractura del cuello del fémur en una anciana de 70 años, que cayó tres escalones y se lo

rompió? ¿O bien, le dio un empujón un señor y se lo rompió? ¿Qué responsabilidad tiene el traumatismo? Me veo obligado en seguida a hacer un estudio de la situación previa, con la prueba de qué resistencia debía tener este cuello de fémur, qué residuo de trabéculas soportadoras del peso y de la contracción que se haga, qué probabilidad tenía de que lo que ha sucedido sea simplemente una fractura patológica espontánea por el peso, por el andar, con lo cual se ha caído.

Para enfocar el problema de una manera rápida, porque estoy gastando los segundos sin que llegue donde quiero llegar, tengo que pensar en cuáles son los tipos de afecciones y de enfermos que nos consultan. Por ejemplo, el padre que nos trae una chica de trece años con una disyunción femoral. Jugaba al tenis, se dio un golpe, se quejó, se le hizo una radiografía y se vio una disyunción. ¿Esto es debido al golpe, al traumatismo, al mal gesto, o es debido simplemente a esta descalcificación que ocurre en la parte que debería estar calcificada a los trece años en las mujeres? Es un punto importantísimo. En un niño más pequeño, la dislocación congénita de la cadera. Se le cayó... ¿Qué participación puede tener una subluxación en convertirse en luxación debida a un traumatismo?

En el adulto, infecciones, tumores, enfermedades degenerativas. En cada una de ellas, un traumatismo puede hacer una diseminación, pero, como vemos, ¡qué responsabilidad más enorme la del hombre que científica y honestamente debe decir: esta es mi verdad! Si no ha visto nunca al paciente anteriormente y si la Real Academia se encuentra en la obligación de dictaminar sobre pacientes constantemente o corrientemente, que no ha visto nunca y por el hecho de ser la Real Academia, su juicio es casi inapelable, porque es la autoridad moral superior, yo les digo sinceramente que considero que es uno de los mayores problemas de la Medicina, porque basándose en la ciencia, se apoya única y exclusivamente en un factor moral y nuestra responsabilidad como hombres de la confianza que, por nuestra jerarquía científica nos depositan, nuestra incapacidad básica es grande dado que estamos discutiendo sobre un individuo, sobre una afección que no hemos visto nunca y que no volveremos a ver.

Esto naturalmente es una contribución muy pobre y muy negativa. Pero tiene que haber alguien y somos nosotros. No, no es negativo, y espero que no sea pobre. Unicamente es para ensalzar la gran responsabilidad que nos cae cuando debemos emitir un juicio basado en esta tenue contribución. Yo soy consultado, por ejemplo, en Inglaterra, por el caso siguiente: un accidente de automóvil, un hombre de 45 años que viaja en automóvil, junto con otro, y entonces se le desarrolla una formidable, no tiene fractura, osteomielitis del fémur. Este hombre había tenido una osteomielitis en la infancia, a los catorce o quince años, sabemos que acaba cuando la curan y afirma que nunca había tenido una

osteomielitis. Ha hecho un hematoma y una contracción, y ha tenido una supuración grave. Y entonces viene lo difícil: hacer ver que tenía la osteomielitis, pero que él estaba muy descompensado, es decir que tenía enquistadas las bacterias rodeadas de este proceso defensivo que es la esclerosis. Sabemos muy bien, que a los sesenta años cabe que se reactive una osteomielitis que había permanecido silenciosa toda la vida, porque viene la ruptura que se lleva la cáscara que la protege. Este traumatismo lo hizo. Entonces yo o ustedes tenemos que dictaminar sobre la parte que este accidente la provocó. Porque sin esto, ¿cómo los otros, desde los 17 ó 16 años, hasta los 45 quizás hasta los 60, que probablemente hubiera pasado, porque tenía algunos quistes que no eran quistes, que eran como abscesos de pus, resultaron inocuos?

Por lo tanto, creo que conclusiones no podemos sacar ninguna. Tal vez únicamente una, que es la de uno de los grandes problemas de la Medicina, como he dicho antes. Porque se basa en la estimación de que vamos a dictaminar sobre un paciente y una enfermedad que no hemos visto, sobre un traumatismo que nos explican, y juzgar de quién es la responsabilidad.

Presidente. — Que otro de los Académicos, igualmente interesado en el problema abordado, el doctor Antonio Subías Fages, pase a ocupar la tribuna.

Dr. A. Subías. — Procede a leer esta comunicación:

TRAUMATISMOS Y NEOPLASIAS

Es una noción popular que los traumatismos pueden producir el cáncer. Prácticamente ningún tumor ha dejado de ser atribuido a la acción traumática en algún caso. No sólo los tumores asentados en tejidos fácilmente lesionables (piel, mama, testículo, huesos), sino incluso los profundamente situados (cerebro, bronquios, otras vísceras).

La multiplicidad de factores y la variabilidad de situaciones clínicas dificultan todo análisis cuidadoso. Así ha sido necesario recurrir a la experimentación animal y expondremos más adelante las limitaciones de la misma.

Deben tomarse en consideración los siguientes factores:

A) El agente traumatizante y su modo y ritmo de acción.

B) El tipo de lesión producida y su proceso de reparación.

C) El intervalo temporal entre la lesión y el diagnóstico de la neoplasia (período de latencia).

D) El tipo de neoplasia.

A) *Agentes traumatizantes.* — Todos los factores ambientales han sido valorados como agentes traumatizantes. En este sentido amplio deberíamos incluir hoy las radiaciones solares e ionizantes. Sin embargo, el desarrollo y precisión experimental que ha alcan-

zado la caracterización radiógena hacen aconsejable dejarla de lado, porque es difícilmente resumible.

Sólo diremos que a pesar de todo sigue sin comprenderse el mecanismo básico. La radiación como instrumento experimental tiene ventajas e inconvenientes, su desventaja es que actúa a todos los niveles, tisular, celular y aun subcelular. Sus grandes ventajas son que puede medirse la energía total absorbida (permitiendo estudios cuantitativos) y puede relacionarse la dosis con el efecto (la incidencia tumoral), pero sigue desconocida la forma de la curva de dosis-efecto y si debe postularse una relación lineal entre dosis y tumores a los niveles muy bajos de dosis. En conflicto con ciertas observaciones experimentadas y prudentes medidas de seguridad, la clínica parece inclinar hacia la existencia de un umbral, por debajo del cual la caterización es despreciable.

No es posible homologar los estudios hechos con las radiaciones y los restantes agentes traumatizantes, ni mucho menos es extrapolable a ellos la metódica experimental ni los resultados obtenidos. Por lo tanto es preferible referirnos hoy solamente a los agentes traumatizantes mecánicos. Vamos a ignorar las radiaciones, los agentes químicos, las deficiencias dietéticas asociadas a los microtraumas en el cáncer del tracto digestivo alto, etc. Consideraremos tan sólo la lesión provocada mecánicamente a los tejidos ya sea única, repetida o continuada y siempre seguida del proceso de reparación.

B) *El tipo de lesión producida.* — El traumatismo puede haber determinado o no la efracción de la piel y una mayor o menor disrupción de los tejidos profundos. Puede haber quedado un cuerpo extraño, de diferente naturaleza química y forma física. Finalmente el proceso de reparación también puede haber sido muy distinto, desde curar por primera intención, a verse entretenido por infección, por el cuerpo extraño, por la situación fisiológica del organismo, y por tendencias a la cicatrización patológica con formación de queloide.

C) y D) *Revisaremos conjuntamente los tipos histológicos y los períodos de latencias.* — En la inmensa mayoría de los cánceres que sufre el hombre no se encuentra historia de una lesión traumática previa y si se encuentra es claramente incidental. EWING "Los traumatismos revelan más que causan tumores". FAURET y ROUJEAN 1954 (Rev. Pratn. 14, 2183) estudian la historia de 25.000 cancerosos buscando antecedentes traumáticos y concluyen que el traumatismo podría haber tenido algún significado etiológico en:

3,2 % epiteliomas
10 % melanomas
7 % sarcomas de partes blandas y de hueso
2,6 % cánceres de boca
1,1 % cáncer de mama

Los correspondientes tipos de traumatismo son:

Heridas en nevus preexistentes, para los melanomas.

Formación de hematomas, para los sarcomas, cáncer de mama y testículo.

Irritación mecánica persistente para cáncer de boca y faringe.

Los correspondientes períodos de latencia entre el traumatismo y el diagnóstico clínico fueron muy variables, pero resultan ser *inferiores a un año* en: 45 % de epiteliomas; 42 % de melanomas; 78 % de sarcomas; 25 % de cánceres de boca y faringe; 44 % de cánceres de mama y 89 % de cánceres de testículo.

Este interesante trabajo no es único y hay suficiente acuerdo sobre el papel etiológico del traumatismo en los siguientes tumores:

— neoplasias testiculares.

— melanoma maligno de la piel y del ojo.

— sarcoma de tejido blando y óseos, después de heridas y después de ulceración crónica, quemaduras y queloide, osteomielitis crónica.

— puede ser factor causal en el plasmocitoma.

Aparte del interés conceptual y experimental, la valoración del papel etiológico del traumatismo es trascendente en relación con las repercusiones económicas y legales. Desde este punto de vista se concede particular importancia al período de latencia que existe entre la lesión y el descubrimiento del tumor.

En términos muy generales puede decirse que un intervalo menor de 1 año, entre un traumatismo directo o indirecto y un tumor, corresponde o bien a una relación casual, o a la activación de un tumor preexistente.

Hoy se cree que una relación causal sólo puede admitirse después de un largo período de latencia.

Latencia

— epitelioma cicatrices de quemadura	23-45 años
osteomielitis	30 años
heridas armas de fuego	40 años
— fibrosarcoma por quemadura	décadas
— sarcoma por herida cortante abierta	promedio 13 años
por arma de fuego	promedio 12 años
por irradiación	20 años

Contrariamente existen períodos de latencia mucho más breves. Así en traumatismos por instrumentos romos que provocan una zona de tejido lesionado encapsulado, el promedio de latencia para la aparición del sarcoma es sólo de 16 meses (pocos días después de un golpe con pelota de tenis). En todos estos casos se da importancia al hematoma y la persistencia de una masa encapsulada. Esto perturba las relaciones normales entre los tejidos o desplaza elementos epiteliales al interior del tejido subcutáneo pre-

disponentes a la neoplasia. Sería paralelo a la experimentación con delgados films de plástico colocados en el tejido subcutáneo. Se han obtenido tumores y el período de latencia se abrevia para mayores áreas de films, mientras que el mismo material depositado en forma de polvo o de fibras no provoca tumores. Sin embargo en el ser humano los cuerpos extraños raramente se asocian a neoplasias. Así ocurre con las heridas de guerra y aun en estos casos la neoplasia se relaciona menos con la presencia física del cuerpo extraño que con su composición química (cromo y níquel son carcinógenos).

Por lo tanto, no disponemos de base científica suficiente para resolver ningún litigio laboral planteado en relación con la neoplasia y los traumatismos.

Podemos afirmar que clínicamente ni la clara evidencia de un tumor presente en el lugar de una lesión previa demuestra que exista conexión alguna.

La estadística de las heridas de guerra muestran una bajísima incidencia de degeneración cancerosa. Sin embargo, existen pruebas de que en ciertas condiciones el traumatismo mecánico interviene en la aparición de ciertos tumores.

Este conjunto de datos se incorporó al pensamiento científico oncológico bajo la siguiente fórmula: Los tumores resultan de la persistente estimulación de los tejidos. Es la *teoría de la irritación crónica*. Actualmente no puede sostenerse en la formulación inicial. Sin embargo, debemos señalar que esta teoría tuvo mucho valor y que aún conserva en gran parte su validez para ciertos tumores con sólo elaborar sus conceptos y terminología.

Su indiscutible valor ha sido prestar atención a los factores extrínsecos capaces de afectar la célula normal. Con ello se establecieron las bases de estudio de tumores tan importantes como son los cánceres profesionales y los cánceres experimentales.

Debe ser corregida en cuanto valoraba excesivamente la "Irritación no específica" y por implicar que el tumor es el resultado de un exceso (puramente cuantitativo) de estímulo de la célula por los irritantes. Suponía que los tejidos resultaban "provocados" hacia un crecimiento anárquico. El estudio de los cancerígenos químicos ha precisado que tales sustancias no son irritantes en el sentido ordinario. Hay que decir sin embargo que lesiones inespecíficas o irritaciones pueden actuar como co-carcinógenos aumentando o acelerando la formación tumoral en tejidos preparados por la acción de agentes verdaderamente cancerígenos.

Esta necesidad de perfeccionar la teoría irritativa es especialmente evidente en el caso de los traumatismos mecánicos en la génesis de tumores.

La imprecisión y complejidad de la clínica hace necesario recurrir a la experimentación animal.

No necesita aclaración que el traumatismo sirve muchas veces para revelar un tumor preexistente.

El problema clínico que necesita ser sometido a investigación experimental

es si el traumatismo es implicable en la formación de los tumores.

Los tumores animales espontáneos, inducidos y trasplantados constituyen un material muy adecuado para la realización de estudios controlados de los factores que influyen el crecimiento tumoral (y de los agentes terapéuticos).

Por desgracia, la extensa bibliografía existente tiene un valor limitado por diversos defectos (WILLIS, página 103).

En primer lugar, muchos experimentos carecen de controles.

En segundo lugar, no aprecian suficientemente los amplios límites de variación que introducen la evolución espontánea de los tumores (a veces con tendencia a la regresión espontánea), la edad y el estado general del sujeto experimentado.

Y en tercer lugar cometen muchas veces un error de generalización excesiva y de extrapolación de resultados parciales a diferentes especies animales y al hombre.

Hoy se concibe la carcinogénesis como un proceso bifásico consistente en una *Iniciación* seguida de una *Promoción.*

Esta división resulta útil al investigador, si bien es una simplificación excesiva: Ningún agente es puramente iniciador o promotor. En el terreno que debatimos la experimentación se ha dirigido casi exclusivamente sobre el valor del traumatismo como agente promotor.

En líneas generales, la experimentación sigue la siguiente marcha: Se produce la iniciación con un cancerígeno (químico o RX) a un nivel de dosis que produce pocos tumores. Esta incidencia se compara con la que se obtiene en idénticas condiciones añadiendo el traumatismo (punciones en las orejas, laparotomías repetidas). La diferencia mide el papel promotor del traumatismo. Parece que experimentalmente el proceso de curación de una herida en áreas iniciadas es promotor de la formación de tumores benignos y malignos (rabdomiosarcomas, fibrosarcomas).

Todavía es más interesante el resultado obtenido en otra serie de experimentos en que el traumatismo se aplica lejos de la zona inducida. Por ejemplo, pincelando con metilcolantreno en la espalda y practicando una incisión en la línea media ventral se desarrollan más papilomas en la espalda que en los controles no incindidos. El promotor sería el Stress quirúrgico.

Pero en otro experimento, dejando transcurrir más tiempo, llegan a igualarse las proporciones de tumores. También hay discrepancias entre diferentes especies animales.

También ha sido experimentada la lesión mecánica crónica. La implantación de hilos de nylón y de acero en el hueso maxilar eleva la incidencia de tumores. En todos los experimentos (crónicos) aumenta la probabilidad de que intervengan carcinógenos extraños y no hay pruebas decisivas de que el traumatismo crónico ni por sí mismo ni por el proceso de curación pueda producir el cáncer en un terreno no preparado.

En resumen, la experimentación ani-

mal muestra que los traumatismos pueden ser responsables de un aumento de la incidencia tumoral en tejidos previamente inducidos por carcinógenos físicos y químicos.

Por lo tanto, existe la posibilidad de que el hombre, inmerso en un universo de carcinógenos físicos y químicos, exógenos y endógenos, sufra repetidas agresiones iniciadoras, que ocasionalmente pueden ser promovidas por los traumatismos y/o por los procesos reparativos de los mismos a la formación de tumores cuando por sí mismos nunca o casi nunca son causa suficiente.

BIBLIOGRAFIA

WILLIS, R. A.: *Pathology or Tumors.* Butterworths Medical Publications, 1950.
RAVEN, R. W. y ROE, F. J. G.: *The Prevention of Cancer.* Butterworths, 1967.

Presidente. — En fin, que el experto invitado a sumarse al Coloquio, doctor Manuel Baselga Monte, nos diga lo que crea oportuno.

Dr. M. Baselga. — Señor Presidente, señores Académicos, nuestra experiencia sobre este tema resulta pobre, a pesar de llevar 10 años practicando lo mismo en el trabajo en esta ciudad. Esta práctica del trabajo la tenemos a través de la medicina de empresa y de la clínica de las enfermedades profesionales. También, de una forma paralela, nuestra actuación como médico forense. Esta experiencia nuestra es muy pobre, de tal manera que prácticamente en nuestro ejercicio en la medicina del trabajo, no hemos hallado nunca ningún problema, no se nos ha presentado nunca ningún problema de relación entre traumatismo y patología interna, concretamente patología parenquimatosa, mesenquimal, neuroarticular.

Los problemas más frecuentes planteados a nosotros en medicina del trabajo, son los clásicos problemas de lumbago, y el problema de la silicosis, y últimamente el problema de las sorderas desencadenadas por traumatismos en la oreja. A esta pobreza de nuestra experiencia real, añadimos una pobreza también de la revisión bibliográfica de todas las publicaciones de medicina del trabajo sobre estos temas. Y es curioso ver que coincide en la literatura el problema capital de mayor actualidad en medicina del trabajo, el del lumbago. Y no por su planteo teórico de la relación lumbago-trauma, sino por la repercusión social que el lumbago tiene en las poblaciones activas laborales.

Como nota curiosa, últimamente hemos visto que el traumatismo, en forma de hiperpresión en los submarinistas, desencadena y agrava trastornos anteriores, enfermedades pulmonares que pueden explicar accidentes mortales en estos submarinistas que hacen buceo.

Creo que podríamos comentar el problema de derecho que se nos plantea en medicina del trabajo. Pero el profesor GARCÍA-TORNEL ya lo ha aclarado. Y realmente en un accidente del trabajo, está claro que las causas posteriores son siempre atribuibles al traumatismo. Las causas secundarias pueden ser discutidas. Dependen de su relación con el hecho laboral, y las causas anteriores en general se aceptan bajo criterio médico.

Nos hemos preguntado en parte qué fenómenos psicosociales pueden explicar quizá la pequeña, la poca experiencia que tenemos en realidad de estos problemas. Creemos que en gran parte el nivel cultural de nuestro pueblo es bajo, y que explica que las relaciones de causalidad debidas al accidente sean planteadas groseramente o bien sean olvidadas. Creo también que culturalmente influye mucho la Seguridad Social, en el sentido de hacer periclitar la antigua reivindicación del derecho civil. La Seguridad Social va introduciendo un concepto de compensación de daños respectivos, lo cual aligera el derecho civil, y resuelve, y parece a nuestro entender que en el futuro estos problemas que se nos plantean y que ustedes tienen planteados como órgano supremo, quizá tendrán solución cuando la Seguridad Social objetivice, y abarcando a toda la población, no marque ninguna diferencia entre un traumatismo y una enfermedad común, cuya consecuencia es la invalidez o el daño corporal.

En la bibliografía clásica de medicina legal, hallamos una pobreza científica tal, cuando se intentan fijar criterios médicos legales para relacionar el traumatismo con enfermedades encadenadas. Todos los argumentos médico-legales derivan de un pensamiento dogmático filosófico o de analogía, y no tiene en la mayoría de las veces ninguna base científica experimental.

Por último, quisiéramos señalar que dada nuestra experiencia de medicina del trabajo, estos problemas que ustedes plantearon aquí, nos sirven para reflexionar sobre dos asuntos que creemos, desde el punto de vista social, de suma importancia y actualidad. El primero de ellos es que en el fondo, en la relación traumatismo-enfermedad anterior, o posible enfermedad anterior, plantea de hecho el problema de definir la salud. Estamos quizá demasiado acostumbrados a definir la salud como ausencia de enfermedad. Y hemos estado también demasiado acostumbrados a definir la enfermedad como sintomatología clínica. La moderna medicina preventiva considera la enfermedad como algo anterior a la clínica. En este sentido, cuando en la valoración de los traumatismos desencadenantes de enfermedades previas, cuando tuviéramos pruebas de medicina preventiva ultra-clínicas, pruebas de laboratorio previas a la especificación clínica de la enfermedad, tendríamos una información sobre el estado anterior mucho mayor que la que actualmente tenemos, que muchas veces no existe.

Aparte de que desde un punto de vista científico, la medicina del trabajo ofrece quizá la única base, la pri-

mera, para poder establecer más científicamente la relación entre traumatología y patología, en el sentido de que masas laborales suponen una base para estudios epidemiológicos, que son el único modo de hacer una experimentación humana de comparación y estudios estadísticos.

Y creemos que este problema, desde un punto de vista científico puro, nos plantea en gran manera las cuestiones relacionadas con las enfermedades de origen psicosomático, y sobre el papel del sistema nervioso, de los intermediarios químicos y más que nada de los problemas de desencadenamiento de enfermedades por alteraciones fermentativas e inmunológicas que podrían explicar quizás esta relación traumatismo-enfermedad que actualmente no tiene aún una base científica.

Presidente. — Que inicie la discusión un Académico Numerario, tan versado en la materia como el doctor Carlos Soler Dopff.

Dr. C. Soler. — Se llama discusión a esta parte de la reunión que se celebra hoy, y sería mucho atrevimiento por mi parte discutir nada de lo que se ha dicho. Hemos oído pareceres de personas que por definición son prácticamente indiscutibles. Hemos oído a GARCÍA-TORNEL, el cual ha ocupado tan eficaz y brillantemente la primera cátedra de Medicina del trabajo que ha existido en nuestro país. Hemos oído a BROGGI, con su amplísima experiencia y criterio. Y hemos oído a TRUETA, con sus aportaciones originales a la traumatología en discusión aquí. A SUBÍAS, experto conocedor de la acción de las radiaciones, de estas radiaciones que tanto curan como provocan estos procesos metastáticos. Y hemos oído a BASELGA, la persona actualmente mejor conocedora de toda la medicina del trabajo nuestra. Siendo así, que es precisamente en la medicina del trabajo donde se plantean con mayor frecuencia este tipo de traumatismos.

Hemos oído a todos, y a mi entender todo lo dicho es indiscutible. Incluso cuando se cambie con letra el contenido normal de la cinta magnetofónica, se verá que precisamente don Lorenzo ha dado la coincidencia absoluta de su parecer con los demás.

Estamos pues en una situación en la cual podemos decir que se trata de seis personajes en busca de una solución. Desde luego la solución no debe existir, aunque yo vaya a proponer una. Solución total no existe. Solución parcial sí. Todos estos problemas, estos pleitos se suscitan a base, como se ha dicho, del desconocimiento del estado anterior del sujeto traumatizado. Bien, no es ningún descubrimiento decir que, cuando se considere tener inventario del estado anterior de las masas de ciudadanos en las cuales puede caer el traumatismo determinante, este problema perdería una gran parte de su virtud. ¡No se nos ha indicado la medicina preventiva, con su instrumento máximo, con el reconocimiento periódico, llámensele co-

mo se quiera, pero que en definitiva quiere decir comparación entre ambos de una de las 30 ó 40 acepciones de la palabra "check"! Es una comprobación periódicamente del estado de los individuos, para que en un momento dado no tengamos que inventar o descubrir lo que había ocurrido en el organismo hasta este momento preciso.

Haría falta sencillamente sistematizar estos reconocimientos periódicos cuyo valor yo dudo que se pueda discutir, corroborando los resultados obtenidos en la pesada del lactante en la primera infancia, en las medidas antropométricas en reconocimientos clínicos de la higiene escolar, en las pruebas de orientación y selección profesional, en el examen premilitar, en los ingresos en Mutualidades y Seguros, en los reconocimientos sistemáticos de los trabajadores, que ya se empiezan a practicar en gran escala, gracias a esta instauración de medicina del trabajo.

He aquí pues lo único que quería decir. Y valorar en lo que cabe este reconocimiento sistemático de las masas de población siendo así, porque si no hay que andar siempre a tientas para poder definir la influencia del traumatismo sobre la enfermedad. En definitiva, hay otro personaje al cual le incumbe contribuir a este hecho, el médico de familia, el que ha seguido paulatinamente la evolución de las personas y contorno familiar, y que adquiere una genética empírica, y sabe mucho lo que ha pasado en el seno de la familia. Estos dos elementos, puestos de acuerdo adecuadamente, pueden ayudar a resolver el problema que se plantea hoy.

Presidente. — Cedo la palabra, por último, al doctor Belarmino Rodríguez Arias, neurólogo clínico y aplicado.

Doctor Rodríguez Arias. — Lee este alegato:

No quiero dejar de intervenir a seguida de lo que juzgaron oportuno manifestar los expertos.

De años vengo observando como neurólogo clínico que bastantes traumatismos "descompensan" de raíz lesiones o estados patológicos anteriores, generalmente de signo inaparente.

Mientras dirigí el Hospital Neurológico hube de valorar con frecuencia la patogenia endógena o bien la fortuita, la accidental, la postraumática, de los cursos morbosos que asistíamos, del todo dispares. Pero la gestión de secretaría —que a efectos médico-laborales y médico-forenses llevo a término "inter-nos"— representa otra nueva fase de vigencia en mi ya larga carrera profesional.

He tenido ocasión, así, de ratificar viejos y firmes criterios, por mucho que haya definido o puntualizado mejor otros tantos.

Un síndrome aterosclerótico encefálico, una fidedigna lesión neuraxítica desmielinizante, una polineuropatía, un mal comicial, una prosopalgia, etc., quizá se desarrollen o se hagan ostensibles y graves en virtud de un accidente de trabajo, de un vulgar golpe

ocasional o de un episodio de la circulación rodada. En numerosos casos la real enfermedad previa sufre tan sólo una agravación, mas lo corriente es que se perfilen unos trastornos de etiología oscura. Y si la etiopatogenia no llega a brindar fallos o ambigüedades (v. gr., en ciertas epilepsias postraumáticas), deducir la importancia forense del proceso en cuestión todavía menos.

Las lesiones neurotraumáticas "vera efigies" (cráneo-encefálicas, espino-medulares o periféricas) se manifiestan, evolucionan y curan o no, sin grandes o fundamentales titubeos en la asistencia especializada que se organice y en el juicio forense que se dé a conocer.

Es lo muy eventualmente influido por un traumatismo —anomalías y desórdenes congénitos, procesos abiotróficos o hereditarios, etc.— el motivo honrado de bastantes diagnósticos etiopatogénicos refutables y, por tanto, de veredictos con conclusiones médico-laborales y médico-forenses disimilares en labios de los neurólogos clínicos y de los jurisperitos que actúen.

Si la compleja sintomatología psicopática de muchos deficientes afectivos de origen o de muchos neuróticos puros no "desfigurara" la verdad anatómica de una lesión o el sentido de una dolencia, podríamos y llegaríamos a ser más taxativos en las opiniones clínicas y forenses que formuláramos.

Me atrevo a recurrir, suplementariamente, al narcoexamen y al narcoanálisis no coactivos, para ver de diferenciar los trastornos funcionales, accesorios, de una más lógica estructura patológica, sea histológica, sea bioquímica general, sea bioeléctrica, etc. No obstante la treta exploratoria, jamás el pronóstico y su corolario médico-legal habríamos de calificarlos de axiomáticos o de decisivos.

Un interrogatorio a fondo de los antecedentes todos y un examen multidimensional de las lesiones y de los síntomas nos llevan de la mano al diagnóstico, al pronóstico, al tratamiento mejor y a un resultado médico-laboral o médico-forense apenas subjetivos. No nos convierte, empero, en especialistas triunfantes. He sido engañado a veces y me he engañado yo mismo otras tantas, pese a la fuerza de una clínica sagaz y meticulosa.

Deberíamos lamentar un día y otro parecer o ser torpes y parciales y mostrarnos injustos en las lucubraciones o considerandos de tipo estrictamente clínico, mas favorecer a lo bobo o por piedad un abuso y una ilegalidad evidente solivianta al ciudadano, al médico y al perito que huye de los expedientes curiales.

He aquí por qué llamo la atención de nuevo sobre: a) la fenomenología psicopática o neurótica, que tiene que delimitarse mediante la práctica de narcoexámenes y narcoanálisis, eso sí a la luz del día; y b) la validez sustancial de los cursos evolutivos a largo plazo, nunca con límites breves o dependientes de cortapisas de leguleyo y con la oposición de los pacientes y sus familiares, vigilados en régimen

nosocomial o de ambulatorio, según lo que se necesite aclarar dada la perplejidad o la confusión iniciales.

En una palabra, defiendo más el credo asistencial legítimo y menos la imagen o el señuelo de los resarcimientos económicos. Naturalmente que aludo a las indemnizaciones en metálico y no, por supuesto, a costear la asistencia clínica usual.

El razonamiento de carácter etiopatogénico de un traumatismo demanda, en todos los momentos de actuación profesional, serenidad y lentitud exploratorias, honestidad de crítica y estoicismo al tiempo de dictaminar. Los desafueros e injusticias abruman, si bien renegar del pensamiento clínico bastante más.

Favorezcamos la casuística en el orden de la praxis superior y no nos quejaremos de rutina.

En los hospitales y en las consultas domiciliarias, sin frenos y sin pegas predeterminados, tal vez justipreciemos óptimamente la importancia clínica y forense de los traumatismos que "descompensan" una dolencia de antes. La escena y el objeto de una tarea del todo clínica, para nosotros neurólogos, posibilitarían soluciones acaso más reflexionadas o veraces.

Hagámoslo constar, pues, de esta forma a los que ejercen profesiones liberales y a los Jueces y Magistrados.

Igualmente a la Real Academia de Medicina, en este caso la de Barcelona.

Doctor A. Pedro Pons. (Presidente). — Yo quisiera, señores, aportar la experiencia de un internista, acerca del papel del traumatismo, cuando éste, aparte de su papel patogénico, puede ser causa de derivaciones judiciales complejas y de mucho interés. El trauma con frecuencia, hay uno que lo ha dicho, refiriéndose a lo que sostenía un colega francés, el trauma a veces, desde mi punto de vista cuando menos, es más delator que provocador de lesiones. Yo voy a referir brevemente, sintéticamente, una porción de casos que me han sido dados a conocer, de una extraordinaria diversidad.

Comienzo ya por uno, el cual aporté en una discusión hace unos pocos meses, que es nada menos que el desarrollo, la aparición y desarrollo ulterior, de una tuberculosis pulmonar postraumática. Quizá recordarán ustedes que en tal circunstancia, en aquella circunstancia, yo me refería a que tratando a la mujer de un abogado afecta de asma bronquial, se presentó el marido después de cinco o seis meses de no verle, emaciado, febricitante, explicándome que se encontraba mal desde el día exacto en que, atravesando la calle de Balmes, un coche le atropelló. No creo que hubiera fractura, o si la hubo, fue de escasa importancia y está bien curada. Lo cierto es que a este hombre, que además yo conocía como médico, por haberle explorado sistemáticamente en alguna ocasión, le encontré en una auscultación torácica casi negativa, unas lesiones bronco-neumónicas diseminadas, ulceradas, que constituían, sin hemoptisis o con ella, no re-

cuerdo bien, casi una tisis galopante. El enfermo murió, y la enfermedad empezó tras de aquel traumatismo.

Luego, también es postraumática otra tuberculosis y aquí el trauma fue quirúrgico.

Las veces que he visto yo en tiempos pretéritos, morir de meningitis tuberculosa una enferma que la habían operado de tuberculosis del riñón, y tras la intervención, y pasado el postoperatorio, quedaba una febrícula residual persistente, y finalmente la enferma sucumbía en aquella época un poco lejana, cuando no había los tuberculostáticos eficaces de hoy, de meningitis tuberculosa. El sacarle el riñón dio motivo a la aparición de una bacteriemia que finalmente acabó en una localización meníngea, en aquella época incurable.

También asimismo ocurre con las fracturas por osteoesclerosis. La osteoesclerosis, y el que es portador de ella, muchas veces la ignora, resulta fatal. Algunos tienen osteoesclerosis seniles y dolorosas, en otros se descubre casualmente en una radioterapia, en otros la prevemos porque vemos un sujeto que envejece rápidamente y que la columna se le encorva. Pero hace poco tiempo, y me parece que el doctor TRUETA fue quien intervino, una persona muy conocida en Barcelona, tuvo cantidad de fracturas, señores, que quizá podríamos llamar médicas, hechas en casa. Aquellas fracturas caseras, en que el sujeto se cae de posaderas y se rompe el fémur, es algo extraordinario.

También puede ocurrir esto en un almacén, y entonces, ¿de quién es la culpa, si es del trabajo o si es que el sujeto era portador de osteoesclerosis? O sea que esto provoca unos tan grandes y complejos problemas, que son casi insolubles y que hay muchas veces que partir mitad por mitad, como en el juicio de Salomón.

También son interesantes las aparentes cirrosis postoperatorias. He aquí un caso, por ejemplo, de los muchos que he visto yo. Un sujeto de 55 años es operado de una hernia inguinal muy voluminosa. Se hace la intervención sin ningún incidente, y al cabo de seis meses el vientre empieza a crecer, una ascitis, en el enfermo descubrimos almorranas, bazo grande, cirrosis, la hernia era sintomática y la hipertensión portal inicial, y aquel vientre que no parecía típico pero más bien meteórico o de adulto maduro, era sencillamente un primer signo de una hipertensión que empezaba a desarrollarse. Este trauma operatorio, junto con lo que llevaba y el efecto, en aquella época de la anestesia, daban lugar muchas veces a que se precipitara la evolución de la cirrosis de la cual el sujeto era portador.

En neurología, he visto raramente cosas muy interesantes, como las hemiplejías postraumtáicas. No me refiero al vulgar hematoma, el vulgar hematoma subdural o la paquimeningitis hemorrágica. No. Me refiero a una hemiplejía, con lesión no de la meninge, sino del cerebro, con hematoma o sin hematoma, más bien una efusión difusa en un encéfalo, tras un traumatismo, que dejó al sujeto una

hemiplejía latente, ya incurable y además fatal. Esto ocurrió hace algunos años ya en un enfermo de Mataró, tras un accidente de automóvil. Siempre son, casi siempre, sujetos ya un poco mayores, en la edad de la arterioesclerosis. Un sujeto sano, un joven, pocas veces elabora una hemiplejía postraumática por lesión de los hemisferios cerebrales. En todo caso, la hemorragia es más externa, es de corticalidad, es meningo-cortical, no es tan profunda, no llega a la cápsula interna, y no da lugar al síndrome descrito anteriormente.

Pero sin embargo el traumatismo tiene su culpa. El enfermo era portador de la arterioesclerosis cerebral, sin darse cuenta, y el traumatismo desencadenó esta hemiplejía.

Asimismo he visto una hematomielia postraumática, tan sencilla como la siguiente: en una ocasión dos hermanas un poco maduras viajaban en un coche, conducía un chófer, y al llegar delante de la Monumental, hubo un bache lo bastante intenso para que una de ellas saltara sobre su asiento. En este momento, señores, que no dio ningún golpe con la cabeza en el techo del vehículo, la enferma sintió unas parestesias, tras de lo cual desarrolló una paraplejía braquial doble, una hematomielia postraumática. Luego tardó muchos meses en recuperarse, y de la cual la enferma no llegó nunca a recuperarse por completo.

Igualmente, recuerdo en una ocasión interesante el desarrollo de una esclerosis múltiple, de una poliesclerosis postraumática, a tal punto que esta enfermita de 18 años, esquiando en La Molina, se cayó, y al cabo de algún tiempo, empezó a enfermar, a andar mal, apareció el nistagmus, etc., y como que tenía también una pequeña algia o parestesia en los brazos, incluso un neurólogo de aquí muy distinguido, compañero nuestro, creyó que tenía un tumor en la región cervical. Y un cirujano de París vino a intervenirla. Y en la intervención encontró puramente algunas adherencias durales, que él deshizo y que no curaron nada a la enferma, la cual siguió su curso, y luego más tarde fue empeorando y tras algunos años, esta enferma quedó con una tetraplejía múltiple. Esto empezó exactamente a las pocas semanas de haber caído, con el topetazo que se dio esquiando.

Yo he visto, y lo declaré en varias ocasiones, que un sujeto de edad, un viejecito de aquellos que andan con aquella característica disbasia senil, a pequeños pasos, yendo por la calle, y era el padre de un compañero nuestro, una bicicleta le tocó, le hizo caer. Ninguna fractura. En este hombre, al cual he descrito quizás un poco exageradamente como un hombre que marchaba un poco tambaleante, y no era así, empezó a desarrollarse un cuadro de disbasia senil arterioscleró-tica que el tiempo, le dejó encamado, y al cabo de unos meses murió. Todo esto se agravó después de un primer traumatismo como el de una caída, una caída provocada por un tercero. Ahora bien, no hablo de las caídas que sufren estos viejos, porque ya, por

su enfermedad, la caída es muy frecuente.

¿Cómo cayó este sujeto? No se sabe por qué. Ha tropezado. ¿Dónde ha tropezado? Ni sabe explicarlo muchas veces. Ha caído. Muchas veces son caídas que son ya sintomáticas de procesos seniles, de insuficiencias cerebrales transitorias. Pero indico yo que este proceso se puede poner en marcha tras un traumatismo. Un traumatismo muy discreto.

Luego, juega su papel el corazón, el ángor de esfuerzo. Yo recordaré toda mi vida, que cuando tenía nueve años, vi al señor Gimeno, que era un cochero que en la calle de Lauria cuidaba sus coches, y su clientela, se le ocurrió (era a principios del año 1909) comprar un coche, un automóvil. Y se hizo chófer. Recordaré siempre la actitud hierática con que conducía el coche aquel cochero, porque se le conocía siempre la raíz de cochero, de la que había subido. En una cierta ocasión, el hombre se encontraba allí haciendo un viaje con unas señoras, y se le caló el motor. Bajó del coche, intentó ponerlo en marcha, metió la manivela, dio un par de vueltas y se cayó de bruces encima del capó. El enfermo había muerto. Un accidente también de trabajo, fatal.

¡La osteomielitis postraumática! Con frecuencia mata, no fuera más que en apariencia. Hay osteomielitis agudas, pero las hay tan crónicas que son ya vitalicias. No os fiéis nunca de un sujeto que haya tenido una osteomielitis de varios años de duración. Porque le quedan siempre focos. Aquellos abscesos de BROGGI, que decía por ejemplo, y que se pueden descompensar espontáneamente, o tras un traumatismo. ¿A quién hay que dar entonces la culpa? ¿Al enfermo, que es portador de la osteomielitis, o al golpe que recibió inoportunamente durante el trabajo? Habrá que hablar de un 50 %, o algo así. Por lo menos, me lo parece.

Respecto a las neos postraumatismos, esto sí que no lo creo. Yo no he visto nunca neos viscerales postraumáticas. He visto cosas, habéis visto todos cosas a las cuales me he referido, que parecen casi inverosímiles o cogidas por los pelos, pero neoplasias postraumáticas, no recuerdo. Ahora bien, las que sí acepto son las que decía el doctor SUBÍAS, cuando me citan las cicatrices, porque por una u otra causa antigua, puede haber un proceso degenerativo en el epitelioma.

El trauma por tanto es revelador. No causante, en tales casos. Al igual también que la emoción no ha provocado el parkinson, y hasta hace pocos años, leíase en las obras de Neurología, por ejemplo en los años 20 a 25, de aquel enfermo parkinsoniano cuya causa era la emoción. Un sujeto durante los sucesos de la Comuna en París es cogido por la fuerza, le van a fusilar, y finalmente llega el indulto. Ese sujeto, tras de ello, empieza a temblar de emoción, y le queda un Parkinson.

En aquella otra mujer, que su esposo es un guardia de seguridad, a caballo. A caballo, esto es interesante, porque el caballo entra, después, al día siguiente, solo, ya que ha encontrado

el camino, y entra solo el caballo, sin el caballero encima. El marido había muerto. Lo habían matado en el curso de una "bagarre", de las que eran tan frecuentes en el París del siglo pasado. La mujer empezó a temblar: Parkinson. Estos parkinsons no son verdad. La emoción aquí despierta un parkinson en un sujeto que tiene unas condiciones especiales, y la emoción que la mujer acusa es incapaz de soportarla.

Decía por tanto, y digo yo, tengamos en cuenta, señores, y esto lo decía BASELGA y lo decía yo en aquella ocasión: tengamos en cuenta la enorme cantidad de enfermos que trabajan. Si tuviéramos que mandar a sus casas a todos los enfermos con lesiones vasculares, cardíacas, respiratorias, etc., nos quedaríamos con la mitad de la población de trabajadores. Y el chequeo no basta siempre, aunque el doctor SOLER-DOPFF diría: el chequeo, el chequeo... El chequeo, sí, nos puede ayudar evidentemente, pero el chequeo no indica nunca predisposiciones.

He aquí un caso: el caso Eisenhower. Eisenhower entra en una gran clínica norteamericana del Ejército donde es chequeado a conciencia. Evidentemente, no falta nunca el electrocardiograma, que es normal. Al cabo de quince días, mejor quince noches, el enfermo despierta con un ataque de infarto de miocardio, del cual un poco más se muere. Por lo tanto, incluso ni el chequeo es capaz muchas veces de delatar estas predisposiciones. Con lo cual no quiero decir yo que si en los casos de medicina legal, el factor del trauma resulta claro, sea tan contundente como el mismo, porque la cosa no dé lugar a dudas: hay muchos casos médico-legales de traumatología en que realmente no es difícil, no, es imposible sopesar exactamente qué tanto hay de responsabilidad en el papel del trabajo, o si corresponde realmente a una minusvalencia del sujeto que trabaja y que él mismo ignora.

Señores, se levanta la sesión.