

Die 24 de Febrero de 1912

Verifico el ejercicio y su calificación
de Aparato. D.O

B. Mollat

M. Trujillo
M. Leticia

Cajal

M. Leticia

Juan de Dios

xrite

colorchecker CLASSIC



mm

125 ~~Dr. Lopez~~
~~Dr. ...~~
 FACULTAD de MEDICINA.
 =====
 82-5-8
 TESIS del DOCTORADO
 =====
 Tuberculosis pulmonar y traumatismos.

 por _____
 Manuel Ubeda y Sarachaga.

 Año de 1.912.

Dr. Polla
Dr. ...
2600
cc. 2685
(2600)

125

Excmo. Señor:

El requisito indispensable de presentar la Memoria, para dar término á los estudios del Doctorado, nos precisa á presentar un estudio, acerca de un punto que debe reunir las condiciones de novedad y personalidad, y dado el desarrollo científico actual de la Medicina, no es tarea fácil la elección de un tema, que pueda tener las dos condiciones, puesto que cada día surgen nuevos experimentos, síntomas y *síndromes*, y más difícil será aún á los que no poseen las condiciones y dotes necesarias de investigadores; pero ya que no descubramos hechos, nos reservaremos la comprobación de lo aceptado por otros, y de éste modo aportaremos nuestro infimo trabajo á consolidar nuestra ciencia.

El reunir dos numerosísimas estadísticas personales, una de tuberculosis pulmonares y otra de accidentes del trabajo, y la lectura repetidas veces en los trabajos y tratados profesionales, y aún cierto estado de opinión médica respecto á las tuberculosis pulmonares traumáticas, algo diferentes de nuestra observación clínica diaria, nos surgió la idea de esta Tesis, en la que con la cantidad de nuestro menguado esfuerzo tratamos de dilu-



B 19123395

cidar lo que corresponde al traumatismo y lo que es patrimonio de la tuberculosis.

Nuestro trabajo tiene dos objetos, clínico y social, el primero como aclaración á un punto etiológico de la tuberculosis pulmonar, el segundo por sus deducciones para la ley de accidentes del trabajo, y no tenemos sino el temor de que al abordar este estudio sin otras condiciones que un buen deseo, el desarrollo no corresponda á su importancia, pero la benevolencia del Tribunal suplirá las omisiones y subsanará nuestras deficiencias.

Como la indole de nuestro trabajo no nos permite facilmente la experimentación, á más de no estimarla necesaria, por ser suficientes nuestros datos y de otro lado evitamos en absoluto anotar todo lo que no se ajuste exactamente al tema, tal vez resulte demasiado concisa nuestra Memoria, pero de no obrar de esta manera, seria ilimitada su extensión y caeríamos, no ya en vulgaridades (pues no tenemos la pretensión de enseñar nada nuevo) pero si en descripciones repetidas mil y mil veces.

Para exponer nuestro programa y hacer más metódico nuestro estudio, agrupamos su contenido de manera que, generalizando en un principio, detallamos en epígrafes sucesivos, teniendo siempre presente que nuestro objeto es ex-

clusivamente clinico:el procedimiento de exposición no es original en absoluto,combinamos algunos que hemos leído y añadimos lo que creemos pertinente á nuestro criterio en la forma siguiente.

- I - Concepto general de la tuberculosis traumática.
- II - Tuberculosis pulmonar y traumatismos á distancia.
- III - Tuberculosis pulmonar y traumatismos torácicos abiertos.
- IV - Tuberculosis pulmonar y traumatismos torácicos cerrados (á) en sujetos sanos,(b) en los tuberculosos.
- V - Aplicación de la ley de accidentes del trabajo.



I - Concepto general de la tuberculosis traumática.

Desde muy antiguo se enuncia como causa de la tuberculosis, los traumatismos, especialmente de los articulares, y si bien es cierto que a continuación de contusiones, esguinces, etc. etc, se manifiestan artritis tuberculosas es muy de tener presente que éste mismo trauma en un individuo sano no produce en modo alguno un foco tuberculoso; un punto cualquiera del organismo que sufra un choque exterior se convierte en un lugar de menor resistencia y por tanto bien pueden en él inocularse los microgérmenes, puesto que la defensa orgánica en aquella región es mínima, esto es innegable; los experimentos de Meyer, traumatizando un globo ocular en un conejo intoxicado con naftalina, produciendo la catarata traumática, los hechos que se dicen haber observado en intoxicados por el plomo, mercurio y alcohol, demuestran que esta resistencia orgánica también disminuye en algunas intoxicaciones, á modo de lo que ocurre en las localizaciones post-traumáticas de la sífilis, erisipela, paludismo, fiebre tifoidea, pneumococia, es decir que se puede hacer evidente, un estado de infección ó intoxicación latente: este hecho no es menos cierto para la tuberculosis.

Pero es conveniente que no olvidemos que estas deducciones no son siempre exactas puesto que pueden ser coincidencias, por ejemplo no se necesita para la formación de la catarata traumática que el individuo sea intoxicado, como hemos comprobado en un obrero cantero que la sufrió y no tenía antecedentes tóxicos de ninguna clase, igualmente hemos presenciado gran número de traumatismos de obreros saturninos y han evolucionado con entera independencia de su intoxicación. Únicamente en los reumáticos y sífilíticos hemos comprobado repetidas veces la influencia recíproca entre los traumas sufridos y su estado constitucional, determinando exacerbaciones y retraso en el curso de las lesiones ó localizaciones secundarias; de las demás infecciones ó intoxicaciones no tenemos datos suficientes para hacer juicio y vamos á ocuparnos de lo que observamos en la tuberculosis.

Sobradamente conocidos son los experimentos de Max Schüller, que inyectando productos tuberculosos en la tráquea de los animales de experimentación y traumatizando las articulaciones, pretendía obtener artritis tuberculosas pero los trabajos de Lannelongue y Archad inducian á pensar que no se trataba de verdaderas tuberculosis articulares, sino artritis sépticas por

impureza de la sustancia empleada para la inoculación. Petrow en 1904 hizo el mismo experimento y demostró que los bacilos de Koch pueden existir en las epifisis de los huesos de los conejos inoculados por vía venosa, si provocar lesiones microscópicas tres meses después de la inyección, y que bajo la influencia de un traumatismo provocado antes de la inyección tuberculosa se desarrollan artritis tuberculosas. Rodet, tuberculizó animales por la vía digestiva para colocarlos en el medio de inoculación más parecido al hombre, y traumatizó sus miembros siendo todos los resultados obtenidos negativos, a pesar de que todos los conejos inoculados murieron al cabo de algunos meses, víctimas de la tuberculosis pulmonar, también ha obtenido resultados positivos el Dr. Velasco en unos experimentos sobre tuberculosis genital y por último el Dr. Durán de Cottés en tuberculosis articulares experimentales, obtuvo análogos resultados negativos, no así en la tuberculosis ósea, por haber encontrado gérmenes en la médula de los huesos, sirviendo éstos dos últimos trabajos para que el Dr. Ribera en un trabajo (1910) deduzca después de un detenido estudio, que el traumatismo no despierta una tuberculosis latente, sino que por efecto de determinar

una menor resistencia, es decir disminución de defensas orgánicas hace que entre en evolución y en actividad el bacilo y se producen las lesiones óseas que son el principio del proceso, en las tuberculosis articulares: los experimentos citados se han hecho en parecidas circunstancias, para otras tuberculosis locales, orquitis, fistulas, etc. etc, pero no queremos entrar en detalles, puesto que aqui solo hablamos de la experimentación para aplicar sus resultados á nuestro objeto.

Ahora bien, examinando detenidamente lo que ocurre con todas las tuberculosis en general y la pulmonar especialmente, observamos que está reconocido el hecho de que una herida, contusión ó fractura evoluciona en la mayoría de los casos independientemente del proceso, y sin que en el punto traumatizado se forme á no ser excepcionalmente, un foco tuberculoso, lo que se explica porque el bacilo de Koch no se halla sino casualmente en la sangre y en las deducciones de la experimentación no encontramos la razón por la cual, á no ser esta última, no ocurra lo que con alguna de las demás infecciones, pues segun hemos ido viendo las interpretaciones experimentales

abundan y hasta algunos autores(Rodet)niegan que el traumatismo localice la tuberculosis,lo que nos demuestra que en el campo de experimentación no encontramos aún la solución clara que necesitamos.

En presencia de esta discondancia de opiniones y resultados hemos de atenernos forzosamente á los hechos clinicos,y con la estadistica formar opinion propia,pues la observación directa tal y como á diario podemos hacerla es tan provechosa como la experimentación misma.Hemos recogido las siguientes observaciones.

Contusiones en las articulaciones del pie.....	72.
Id. Id. Id. de la mano.....	32.
Id. Id. Id. de la cadera.....	13.
Id. Id. Id. de la rodilla.....	20.
Artritis traumática del pie	13.
Id. Id. de la rodilla.....	8.
Id. Id. del codo.....	10.
<hr/>	
Total.....	168.

Todos estos traumatismos, curaron, dejando más ó menos defectos, sin que en un solo caso se presentasen lesiones tuberculosas, ni durante el curso de su tratamiento, ni posteriormente al mismo, y hacemos merced de muchos más enfermos que podríamos referir, pero como no vamos más que de pasada no los incluimos.

Esta estadística, que nos demuestra no vacilamos en suponer, que muchos de estos 168 traumatizados, serian tuberculosos, puesto que según Calmette y Letulle la infección tuberculosa se presenta en el 87 % de los individuos mayores de 15 años y es raro el adulto que se ha librado de la infección, aún cuando no se desarrolle en un 66 %, y es verdaderamente un hecho muy de tener presente, el que entre todos estos casos no hayamos observado ni una sola localización de tuberculosis posterior al traumatismo, explicandonos esto, aceptando que la evolución fisiológica del órgano sobre que asienta el traumatismo, tiene gran influencia en la posibilidad de inoculación tuberculosa, y así no la hemos presenciado, puesto que nuestros enfermos tenían todos entre 18 y 60 años de edad y las estadísticas de tuberculosis articulares abundan en enfermitos de la infancia. Damos pues u

un valor muy secundario al trauma, pues si hemos de ser consecuentes con lo que á diario presenciarnos, no debe tener gran influencia el dato que nos suministren nuestros enfermos, de traumatismo anterior, puesto que no nos consta el estado del punto contusionado antes del traumatismo y es muy posible que estuviese enfermo, y hasta el momento del choque, no recayese sobre él la atención, bien por el dolor ó porque se haya acelerado la marcha de una tuberculosis latente.

De éstas consideraciones, sacamos datos para nuestro objeto principal, de relacionar los traumatismos torácicos con la tuberculosis pulmonar, pues si esto ocurre en órganos que no son asiento frecuente del bacilo, sucedería de un modo completamente distinto, con relación al pulmón que como sabemos ofrece gran receptabilidad para el microbio productor, y sin embargo vemos que ocurren los hechos de un modo análogo, dándonos esto á entender que la llamada tuberculosis traumática no tiene razón de ser, puesto que el traumatismo en un sujeto sano podrá en rarísimos casos preparar el terreno á la tuberculosis y en la inmensa mayoría, no influir para nada en la aparición de la tuberculosis, y puesto que está diversamen-

te interpretada por los experimentadores y no comprobada por los clinicos puesto que en los casos observados concurren muchas y variadas circunstancias, todas ellas importantes, y demostrado que no es el trauma sino una causa coadyuvante, reservamos á éstas el nombre de post-traumáticas y aún salvo raras excepciones nos parece mucho.



II - Tuberculosis pulmonar y traumatismos á distancia.

En un individuo que padezca tuberculosis local A ó B y que sufra un traumatismo puede ocurrir que además de entrar en evolución el foco, si era latente ó de agudizarse si se habia evidenciado, se determine una tuberculosis pulmonar secundaria ó se haga ostensible si se hallaba en un periodo latente, lo que se explica perfectamente por la difusión que por la via sanguínea ó linfática puede ocurrir de los bacilos. Metaxas y Verchère en 1887 observaron meningitis tuberculosas post-operatorias, y en los traumatismos cerrados la rotura de vasos ó tegidos poniendo en libertad los gérmenes lo mismo pueden determinar localización pulmonar que la granulía ó la meningitis.

Tambien en sujetos sanos, un traumatismo en un punto cualquiera del organismo, y que pueda determinar pérdida de energías, supuraciones largas, fiebre, astenia prolongada es posible que ocasione indirectamente, por el mecanismo general de la infección por preparación del terreno, la tuberculosis pulmonar, aún cuando tienen una relación de causa á efecto tan lejano que

Forgue dice que la generalización de una tuberculosis local despues de un traumatismo abierto ó cerrado, no es en general más que una coincidencia que se puede comprobar por la autopsia.

III - Tuberculosis pulmonar y traumatismos torácicos abiertos.

El hacer lo más completo posible, el estudio que nos ocupa justifica éste enunciado, pues lógico ha de ser que abierta in situ una puerta de entrada al bacilo de Koch pueda ésta con gran facilidad, inocular la solución de continuidad que en la pleura ó pulmon pueda ofrecerle una herida, bien en el acto de producirse ó posteriormente, por la destrucción de tejidos, dando lugar á la desaparición de la barrera orgánica de defensa, que puede ser un punto para que á la larga pueda ser asiento de los microorganismos llegados del exterior, de las vías aéreas ó del tubo digestivo, por la circulación general: se trata pues de la inoculación directa que tendrá una mayor ó menor intensidad según la resistencia orgánica y la virulencia del germen, pero que seguramente determinará la tuberculosis pleural, pulmonar ó ambas, que es lo más posible; y en este punto hagamos la confesión de que ésta es la verdadera tuberculosis traumática puesto que es innegable la relación de causa á efecto trauma y tuberculosis, porque sin herida, sin puerta de entrada la inoculación no hubiera tenido lugar.

Podríamos extendernos en las subdivisiones que en el epigrafe siguiente hacemos, pero para no repetirnos pasaremos á él puesto que es aplicable en los dos, entrando de lleno en la parte principal de nuestro tema, por ser la que con relativa seguridad es (~~inegable~~) indudable para muchos clínicos y la que queremos discutir por nuestras observaciones.



IV - Tuberculosis pulmonar y traumatismos torácicos cerrados.

En todos los tratados de patología, hallamos en la etiología de la tuberculosis pulmonar, los traumatismos, prueba indudable, de que se reconoce su influencia é importancia como agente causal.

Al actuar un agente contundente sobre la pared torácica puede determinar todos los grados de contusión, desde el simple dolor traumático hasta la fractura de costilla, con ó sin hundimiento de fragmentos y de ésta manera determinar múltiples lesiones: la inflamación que en la pared determina la contusión, puede propagarse á la pleura y determinar pleuritis que primitivamente seca, puede hacerse de exudado seroso, fibrinoso, sero-fibrinoso, purulento ó hemorrágico y cuyas bacterias sean diplococcus, de Fraën Kel estafilococcus, estreptococcus, bacilo de Koch, cocos de erisipela, bacilo coli y aún según algunos autores sin ninguna clase de gérmenes aunque parece demostrado que la dificultad de investigarlas por ser necesario recurrir á las inoculaciones haya sido causa de ésta creencia, sobre todo referente á las serosas, que hoy día se aceptan como tuberculosas. Esta pleuresia de propagación, puede obrar inoculando el pulmón y obrando

por contigüidad ó continuidad determinando un obstáculo mecánico á los movimientos del pulmón y ocasionar insuficiencia local respiratoria, además de los trastornos culatorios que son circunstancias de nota, para la germinación de la tuberculosis, pues ya sabemos que la vascularización rica y el éxtasis sanguíneo prolongado son condiciones esenciales de la constitución de un foco tuberculoso.

La tuberculosis primitiva pleural es rara, generalmente es propagada del pulmón, pero aceptamos que un traumatismo puede dar ocasión á que se haga evidente la pleuresia tuberculosa que para el interesado pasase desapercibida, opinando al propio tiempo con Barjon, Chauffard, Landouzy que las llamadas pleuritis traumáticas como así mismo las á-frisore son de origen tuberculoso pues en la mayoría de ellas el trauma revelador es insignificante.

En el pulmón, puede un traumatismo, actuando sobre la pared torácica producir una contusión superficial ó profunda con todos sus grados intermedios, pasando desde el punteado hemorrágico, de vasos pequeños, hasta la rotura del parénquima pulmonar en mayor ó menor extensión, ocasionando como

síndrome clínico la pulmonía traumática ó contusiva y la hemoptisis, que son dos enfermedades preparatorias para la implantación de un foco pulmonar ^{tuberculoso} post-traumática.

No intentaremos discutir, si el nombre de pulmonía traumática es ó no adecuado, pues no creemos éste lugar adecuado á dilucidarlo, bástenos saber que con no gran frecuencia y como complicación de los traumatismos torácicos, se presenta un proceso pulmonar, con escalofrío, fiebre y dolor de costado, macidez á la percusión y estertores diversos grandes y húmedos, tos y expectoración de zumo de grosella, y las más veces con síntomas de pleuresia que de serosa pasa á purulenta y cuya evolución es unas veces hacia la curación y la inmensa mayoría de los casos, se constituye un proceso lento, por hepatización pulmonar bastarda, prolongada, con síntomas poco marcados y pasa á ser la bronco pneumonia crónica que es el primer paso para la pulmonía caseosa ó paquípleuritis edematosa tuberculosa, siendo en su conjunto esta sucesión morbosa, como dice admirablemente Jaccoud, la intermediaria entre el traumatismo y la tuberculosis pulmonar. La (patelesia) patogenia de este proceso es para Meunier la siguiente, en

los golpes ligeros, se desarrolla la pulmonía traumática, pero en los traumatismos violentos, interviene la contusión del pulmón, como en un caso que cita Gautier: según Forgue y algunos otros no se trata de pulmonía traumática sino cuando interviene la fractura de costillas interesando la pleura, de modo que los micro-organismos que de ordinario se encuentran en las vías aéreas son destruidos por los fagocitos pero en cuanto el pulmón es desgarrado, se produce hemorragia y en este foco encuentran admirable campo para su desarrollo éstos gérmenes, que normalmente son inofensivos: respecto de la pulmonía contusiva, que la denomina así, cuando es dependiente de una pequeña contusión dice, al sorprender el trauma al pulmón en el momento de inspiración se determina el estallido de algunos alveolos que se convierten en un foco que se infesta por inhalación, y manifiesta por hemoptisis y añade con Maunier que hay que admitir, cuando no hay lesión de pulmón, que el traumatismo ocasiona una acción refleja en el pulmón por el pneumogástrico y resulta una acción semejante á la del frío, produciendo vaso-dilatación que suspende la defensa del órgano.

En la antigüedad se consideraba la hemoptisis como una de las causas de

En tuberculosis pulmonar, Herodoto refiere que cuando Jerges se marchó de Sardis con su ejército, dejó enfermo á Farnuches, jefe de la caballería el mismo, por haberse caído del caballo, escupir sangre, y cuenta que terminó en tisis florida; actualmente sabemos que cuando no hay aún, ni un solo sintoma de tuberculosis pulmonar, la infiltración del tuberculo en el tejido, causa, una defensa, los vasos periféricos se congestionan, y ó bien porque éste aumento de tensión vascular, rompa sus tunicas ó porque el tuberculo invada sus paredes, puede en un momento dado presentarse la hemoptisis y como las funciones respiratorias en el punto invadido son mínimas, mientras el equilibrio, la estática del pulmón permanezca en los límites que su estado permita, es muy posible que la evolución de la enfermedad sea inadvertida si otros sintomas no la revelan.

Todo lo anotado no quiere decir que en pulmón sano neguemos la posibilidad de una hemorragia, de cuya sangre una parte se expulsa, y otra penetra con la inspiración en los alveolos, se absorbe en parte y el resto queda formando un coágulo, excelente medio de cultivo para el bacilo de Koch que ya venido del exterior ó que existiese sin poder inocularse en

las vías aéreas, se desarrolle en el bloque hemorrágico, hecho éste tan frecuente, que todos hemos tenido ocasión de ver tuberculosos pulmonares cuyo proceso local, después de una hemoptisis, se ha propagado considerablemente por el parénquima que estaba sano.

Haciendo ahora, un estudio clínico más detallado haremos consideraciones respecto de lo que ocurre en los sujetos sanos y en los tuberculosos.

(a) En los sanos. Nos explicaremos en nuestro sentir, que es totalmente distinto, del criterio general de los autores y obras que hemos consultado, pero precisamente ésta discrepancia se ha motivado en nuestro deseo de comprobar lo que una y otra vez hemos visto dado por corriente.

Aceptemos como indudable el modo general de pulmonía traumática con su evolución hacia la muerte, aunque Liebeermeister, Jaccond, Harris y Hansemaun, creen que se trata de pulmonías simples secundariamente tuberculizadas, y opinando como Mosny que la presencia ó ausencia de los bacilos en los esputos no signifique, al lado de la hepatización anómala por sus síntomas y evolución y sin embargo, que poco frecuente es la pulmonía corrusiva ó traumática; en nuestras observaciones, solo encontramos una, y he-

mos presenciado la evolución de 132 contusos de torax, desde la levisima contusión curada en dias, hasta las que han determinado la muerte en horas.

La contusión con ó sin fractura de costillas que produce lesiones pleurales ó pulmonares, va seguida generalmente de complicaciones agudisimas que no dan lugar al desarrollo de la tuberculosis, y cuando hay pulmonia traumática termina bastantes veces por resolución y otras por caquexia que es ó no tuberculosa, segun las condiciones de vida, estado anterior del enfermo y tratamiento.

Despues de los traumas torácicos, se presenta con bastante frecuencia la hemoptisis, que no necesita para su produccion la contusión directa, puede producirse, por un sacudimiento, commoción ó un esfuerzo, pero no porque sea un hecho muchisimo más frecuente que la pulmonia traumática es aceptable su patogenia sin contar con el estado anterior del vaso ó del tegido peri vascular: la rotura brusca de vaso, cuyas tunicas sean sanas, aunque el agente traumático sea bastante intenso, no es fácilmente admisible, y más aún si tenemos presente que tiene que transmitirse á traves de la pared torá;

cica que es elastica y llegar al pulmón que no lo es menos y en el caso de un esfuerzo, la inspiración forzada en que se coloca el pulmón no nos parece energia suficiente para determinar la rotura vascular, en estado normal. Unicamente en contusiones del pulmón se determinará la hemorragia y en este caso ya se tratará de un mecanismo mixto de hemoptisis y pneumonia.

En un trabajo de Feilchenfeld sobre la tuberculosis que llama contusiva, se dice que la tuberculosis tiene el primer puesto entre las enfermedades post-traumáticas, y presenta treinta y siete casos de los que no nos ocupamos, por no creerlo pertinente en este trabajo. Nosotros rechazamos éste criterio, por varias razones; el número de tuberculosos en estado más ó menos latentes es grande, y el de contusos tambien y no es difícil la coincidencia, pues raro es el que no se ha dado un golpe y como esto es un hecho saliente á él se refieren los enfermos, y todas las apariencias de casualidad hacen que aparentemente sea solo responsable el traumatismo, pero en estos enfermos hay antecedentes de familia ó patológicos de tuberculosis que son muy dignos de tenerse en cuenta y que desapasio-

nadamente nos hacen pensar en que tal vez sin el agente exterior, se hubiese hecho aparente su tuberculosis.

Un dato que hace mejor idea de la relación entre la tuberculosis pulmonar y los traumatismos es el que para el vulgo es cosa indudable que á consecuencia de un golpe vino un vomito de sangre y luego la tisis y á pesar de ésto, como veremos en la siguiente estadística de enfermedades precursoras á la tuberculosis pulmonar, tomadas de los antecedentes que dan los propios enfermos los encontramos en el decimo lugar, como vemos á continuación.



Bronquitis.....	383.
Pulmonías.....	299.
Gripe.....	94.
Tifus.....	83.
Sífilis.....	83.
Paludismo.....	80.
Escrófula.....	57.
Otras localizaciones tuberculosas	52.
Anginas.....	49.
Traumatismos.....	24.
Otras enfermedades.....	91.
<hr/>	
Total.....	1.295.

Segun estos datos, la proporción de los tuberculosos á consecuencia de traumas no puede ser más insignificante y analizando más aún, podemos deducir que éstos enfermos fueron los que comenzaron con hemoptisis post-traumáticas, y tienen que perder importancia por las razones ya

exuestas anteriormente. Esto en lo referente á tuberculosos y vamos á la estadística de traumatizados que es aún más convincente puesto que no referimos más que las observaciones propias y prescindimos de datos que pueda suministrar un enfermo y por lo tanto sujetos á mayor error.

No haremos la historia clínica de todos los casos, por no creerla pertinente y por no alargar nuestro trabajo exageradamente, contentándonos con el diagnóstico y terminación de la enfermedad.

- 1. P.M. Contusión del lado izquierdo del torax..... Curado.
- 2. M.A. Id. de la región escapular..... id.
- 3. L.S. Id. del costado izquierdo..... id.
- 4. C.J. Contusiones diseminadas..... id.
- 5. V.M. Fractura de la clavícula y contusión del lado derecho del torax..... id.
- 6. A.H. Contusión del lado derecho del torax..... id.
- 7. F.M. Commoción visceral..... Fallecido.
- 8. J.S. Fractura de la clavícula izquierda..... Curado.
- 9. J.L. Id. de la novena costilla izquierda..... id.



- 10.N.M. Contusión del lado izquierdo del toráx..... id.
- 11.G.L. Contusión de segundo grado del lado derecho del toráx.Curado.
- 12.V.R. Id. del lado derecho del toráx..... id.
- 13.F.M. Contusiones en el toráx y otras..... id.
- 14.H.T. Contusión del lado izquierdo del toráx..... id.
- 15.N.C. Contusiones diseminadas..... id.
- 16.M.L. Fractura de la octava costilla izquierda..... id.
- 17.A.C. Contusión en la región subclavicular izquierda..... id.
- 18.D.C. Fractura de la 10 y 11 costilla izquierda..... id.
- 19.F.G. Contusión en la región infraescapular izquierda..... id.
- 20.P.R. Id. en la región pectoral derecha..... id.
- 21.B.T. Id. en el toráx y abdomen..... id.
- 22.J.F. Id. en el lado izquierdo del toráx..... id.
- 23.J.M. Fractura de la novena costilla derecha..... id.
- 24.A.C. Contusiones diseminadas..... id.
- 25.C.M. Contusión de la región escapular derecha..... id.
- 26.C.M. Fractura de la octava costilla izquierda..... id.



- 27.C.O. Fractura de la clavícula izquierda..... id.
- 28.A.S. Contusión en la región pectoral derecha.....Curado.
- 29.A.V. Id. del lado izquierdo del toráx..... id.
- 30.R.L. Fractura de la sexta costilla derecha y síntomas de congestión pulmonar..... id.
- 31.V.R. Contusiones diseminadas..... id.
- 32.N.A. Erosión del lado derecho del toráx y fractura de la novena costilla derecha..... id.
- 33.S.M. Contusión del toráx y abdomen, fractura de la décima costilla derecha y conmoción visceral..... Fallecido.
- 34.L.A. Contusión en la región escapular derecha..... Curado.
- 35.J.R. Contusiones en el toráx..... id.
- 36.M.C. Contusión en el costado derecho..... id.
- 37.J.Ch. Id. en la región escapular izquierda..... id.
- 38.H.L. Id. del lado izquierdo del toráx..... id.
- 39.J.C. Congestión pulmonar traumática..... id.
- 40.V.P. Fractura de la décima segunda costilla izquierda....id.



- 41.A.A. Fractura de la clavícula derecha..... id.
- 42.F.B. Contusión en la región pectoral derecha..... id.
- 43.M.C. Contusión en el toráx..... Curado.
- 44.F.L. Fractura de las costillas 3,4 y 5 izquierdas.... Fallecido.
- 45.J.G. Contusión en la región escarular derecha..... Curado.
- 46.J.P. Fractura de la septima costilla derecha..... id.
- 47.G.S. Id. de la décima id. id. id.
- 48.P.B. Contusión en la región pectoral izquierda..... id.
- 49.D.B. Erosión contusa en la región escarular derecha id.
- 50.D.M. Contusiones diseminadas..... id.
- 51.P.B. Fractura de ambas 12 costillas..... id.
- 52.A.A. Contusiones diseminadas..... id.
- 53.F.G. Fractura de la sexta costilla derecha..... id.
- 54.F.M. Contusión de segundo grado en la región pecto-
ral izquierda..... id.
- 55.A.S. Id. en el toráx..... id.
- 56.M.R. Id, en el lado izquierdo del toráx..... id.

- 57.A.G. Contusión en la región escarular izquierda..... id.
- 58.J.M. Contusiones diseminadas en la espalda..... id.
- 59.S.P. Contusión en la región anterior superior torácica id.
- 60.V.S. Id. en el lado derecho del toráx..... id.
- 61.M.M. Contusión en la región lateral inferior derecha
del toráx..... Curado.
- 62.A.V. Dolores contusivos en el lado derecho del toráx. id.
- 63.M.G. Contusión en la región pectoral derecha..... id.
- 64.J.R. Fractura de la 7,8, y 9 costillas izquierdas..... id.
- 65.C.G. Contusión en el lado izquierdo del toráx..... id.
- 66.A.A. Contusión en la región pectoral izquierda y frac-
tura de la décima y undécima costilla izquierda... id.
- 67.H.O. Contusión en la región pectoral izquierda..... id.
- 68.B.D. Erosión contusa en el lado derecho del toráx.... id.
- 69.J.D. Dolores contusivos en el lado derecho del toráx.. id.
- 70.S.M. Contusión en la región escarular izquierda..... id.
- 71.L.R. Id. de segundo grado en el lado derecho
posterior del toráx..... id.

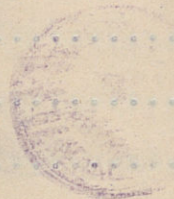


- 72.B.M. Fenómenos consecutivos á intensa compresión del tórax id.
- 73.J.S. Fractura de la undécima costilla derecha..... id.
- 74.J.A. Contusión de segundo grado en la región torácica iz-
quierda..... id.
- 75.P.G. Contusión en ambas regiones escapulares..... id.
- 76.R.B. Contusión en el lado izquierdo del tórax..... Curado.
- 77.P.A. Id. con erosión en la región pectoral..... id.
- 78.A.G. id. de segundo grado en la región pectoral iz-
quierda del tórax..... id.
- 79.D.M. Distensión intercostal izquierda..... id.
- 80.F.S. Contusión y herida no penetrante en la región late-
ral izquierda del tórax..... id.
- 81.S.L. Contusión en el lado izquierdo del tórax..... id.
- 82.P.L. Id. con erosión en la región escapular izquierda id.
- 83.F.G. Id. en el lado derecho del tórax y abdomen..... id.
- 84.J.M. Contusiones en el tórax..... id.
- 85.V.G. Id. en la región pectoral derecha..... id.

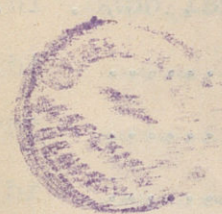
- 86.M.G. Dolores contusivos en la región pectoral..... Curado.
- 87.G.H. Id. id. id. diseminados en el tórax..... id.
- 88.M.G. Contusión en el lado izquierdo anterior torácico..... id.
- 89.J.M. Dolores contusivos en la región torácica anterior..... id.
- 90.B.O. Contusión en el lado izquierdo del tórax..... id.
- 91.C.V. Id. en el lado superior derecho del tórax..... id.
- 92.Q.G. Fractura de la clavícula derecha..... id.
- 93.P.G. Id. de la undecima costilla izquierda..... id.
- 94.M.S. Dolores contusivos en la región esternal..... id.
- 95.A.A.S. Fractura de la 10 y 11 costilla izquierda..... id.
- 96.J.E. Contusiones en la espalda..... id.
- 97.D.M. Dolores contusivos en la región escapular izquierda... id.
- 98.M.L. Contusión en el lado izquierdo del tórax..... id.
- 99.G.P. Fractura de la decima costilla izquierda..... id.
- 100.N.G. Contusión de segundo grado en la región pectoral dcha. id.
- 101.J.A. Contusión en el lado derecho del tórax..... id.
- 102.T.S. Id. en el lado derecho inferior del tórax..... id.



103.H.S.	Contusión en la región pectoral izquierda.....	Curado.
104.C.L.	Id. en el lado izquierdo del tórax.....	id.
105.P.V.	Id. de segundo grado en la región pectoral izqda.	id.
106.V.T.	Fractura de la 8,9 y 10 costillas derechas.....	id.
107.N.C.	Dolores contusivos en el tórax.....	id.
108.D.T.	Dolores en la región pectoral derecha.....	id.
109.I.A.	Fractura de la decima costilla izquierda.....	id.
110.G.P.	Contusión de segundo grado en la región pectoral dcha.	id.
111.F.Y.	Fractura de la 6,7 y 8 costillas derecha.....	id.
112.J.O.	Id. de la septima costilla derecha.....	id.
113.J.H.	Id. de la decima costilla derecha.....	id.
114.P.S.	Contusión en la región torácica izquierda.....	id.
115.L.O.	Id. en el costado derecho.....	id.
116.R.S.	Fractura de la 11 y 12 costillas de ambos lados.....	id.
117.E.S.	Contusión en la región escapular izquierda.....	id.
118.E.S.	Contusiones diseminadas en el tórax.....	id.
119.J.P.	Fractura de ambas clavículas.....	id.



- 120.R.S. Contusiones en el tórax, cabeza y miembros..... Curado.
 - 121.G.V. Fractura de la septima costilla derecha..... id.
 - 122.G.L. Fractura de la clavícula derecha..... id.
 - 123.F.L. Contusiones en ambas regiones escapulares..... id.
 - 124.V.G. Contusión en la región pectoral derecha..... id.
 - 125.F.G. Contusión de segundo grado en la región escapular dcha..id.
 - 126.M.R. Contusión en la región escapular derecha..... id.
 - 127.E.L. Contusión en el costado derecho..... id.
 - 128.M.P. Id. con erosión en la región pectoral derecha..... id.
 - 129.C.M. Id. en el hombro y costado izquierdos..... id.
 - 130.F.S. Id. en la región pectoral izquierda..... id.
 - 131.S.V. Id. de segundo grado en la región escapular derecha..id.
 - 132.M.L. Id. en la región torácica lateral izquierda..... id.
 - 133.M.G. Id. con erosión en la región anterior torácica.... id.
 - 134.R.G. Id. y erosión en el lado izquierdo del tórax y con
moción visceral..... id.
 - 135. Contusiones diseminadas..... id.
- Total..... 135.



de los que clasificados, corresponden 99 á contusiones de tórax, 27 fracturas de costillas, 7 fracturas de clavículas, 1 congestión pulmonar traumática y 1 compresión torácica, de los cuales curaron 129 sin que en ellos apareciese para nada la tuberculosis y téngase en cuenta que siendo todos accidentes del trabajo, al haber tenido posteriormente algún síntoma de afección torácica, hubiesen hecho la oportuna y legal reclamación y el no haber sucedido esto nos dá margen á pensar que están perfectamente sanos.

Entre estos 135 enfermos hay casos que merecen algo de historia: el número 72 B.M. era un jornalero de 26 años, que permaneció enterrado entre escombros, sufriendo además de las contusiones recibidas, el peso de una gran masa de tierra sobre el tórax, que determinó congestión del pulmón con todos sus síntomas, durando ésta cuatro días, mejorando en los sucesivos hasta su curación en unos veinte. Caso número 39 J.C. de treinta y dos años de edad que estando en un torno, recibió un golpe con el manubrio del mismo, en el costado derecho, presentándose inmediatamente hemoptisis que

130. B. M. Contusiones en el tórax, costillas y abdomen.
 131. B. M. Fractura de la espina cervical.
 132. B. M. Fractura de la espina dorsal.
 133. F. I. Contusiones en ambas regiones escrotales.
 134. V. G. Contusión en la región pectoral.
 135. F. G. Contusión de segundo grado en la región escrotales.
 136. M. F. Contusión en la región escrotales.
 137. F. I. Contusión en el costado derecho.
 138. M. F. Contusión en la región pectoral.
 139. G. M. Contusión en el hombro y costado izquierdo.
 140. F. G. Contusión en la región pectoral.
 141. V. G. Contusión de segundo grado en la región escrotales.
 142. M. F. Contusión en la región pectoral.
 143. G. M. Contusión en el hombro y costado izquierdo.
 144. F. G. Contusión en la región pectoral.
 145. V. G. Contusión de segundo grado en la región escrotales.
 146. M. F. Contusión en la región pectoral.
 147. G. M. Contusión en el hombro y costado izquierdo.
 148. F. G. Contusión en la región pectoral.
 149. V. G. Contusión de segundo grado en la región escrotales.
 150. M. F. Contusión en la región pectoral.
 151. G. M. Contusión en el hombro y costado izquierdo.
 152. F. G. Contusión en la región pectoral.
 153. V. G. Contusión de segundo grado en la región escrotales.
 154. M. F. Contusión en la región pectoral.
 155. G. M. Contusión en el hombro y costado izquierdo.



no repitio y se localizó perfectamente un foco pulmonar, correspondiente á la región traumatizada, con todos los síntomas de la pulmonía contusiva, evolucionando hacia la curación en dos meses. Caso número 9 J.E. albañil de 37 años, que se cayó de un andamio á unos tres metros de altura, fracturandose la novena costilla izquierda, presentando al cuarto día, la pulmonía traumática, en el mismo lado contusionado, terminando despues de una gravedad suma, por la curación en treinta y cinco días, habiendo transcurrido cinco años desde aquella fecha y encontrandose en la actualidad perfectamente de salud. El caso número 135 es interesantísimo, pues reúne las mayores condiciones para hacerse tuberculoso despues de su traumatismo J.P. de 21 años, portlandista, soltero, su madre falleció cardiaca y tiene un hermano tuberculoso, catarroso de siempre, contrajo la sífilis hace dos años proxímanamente sometíendose á tratamiento, pudiendo ocuparse en su oficio, hasta hace un año, en que yendo con un cubo de cemento, se cayó por una escalera, recibiendo contusiones por el cubo, en diferentes regiones del cuerpo, á los cinco días del traumatismo, se presentaron esputos de sangre, que desaparecieron y se han repetido alguna vez hasta hace ocho meses

En su estado actual observamos, buen aspecto, cicatrices en la piel de la espalda y piernas de lesiones sifiliticas, tos escasa y sin especto ración, fatiga de esfuerzo, ~~mot~~onismo, cansancio general, buen apetito, algo de diarrea, hipoestesia en todo el miembro inferior derecho con exal tación de reflejos tendinosos, Babinski y claudicación en el mismo, las funciones vexicales y rectales son normales; dolores torácicos no fijos dolor á la presión en la región dorsal (cuarta á septima vertebras) y do lor lumbar en los movimientos de flección de cuerpo y en el muslo dere cho por su cara anterior: submacidez en el vértice derecho por delante, inspiración algo ruda en el mismo y por detras estertores gruesos en ambas regiones escapulares, algo más acentuados en el derecho y por úl timo en la fosa supraescapular derecha algo de disminución respirato ria. Con todos estos datos tenemos que sentar hoy día un diagnostico de probabilidad: el hecho de la sífilis es inegable, los sintomas generales que se observan, son de sífilis meníngea, pero por los que apreciamos en el pulmón y los datos de hemoptisis, ~~mot~~onismo, tos y disnea, debemos in clinarnos á la tuberculosis pulmonar en primer periodo, y como no es ni

mucho menos difícil que ambas enfermedades se asocien, y aún más la sífilis preparara el terreno á la tuberculosis, pudiese haber sucedido que por la sífilis, se lesiónasen los vasos pulmonares, con el traumatismo se rompiesen determinando la hemoptisis y posteriormente se inoculase la tuberculosis; pero con mayor lógica hemos de pensar que la lesión pulmonar tuberculosa ya existía, preparada por la sífilis, la predisposición individual y sus antecedentes de colaterales, y se hizo evidente con el traumatismo.

De intento dejamos para finalizar estas breves historias clínicas, dos casos en uno de los cuales puede haber mayores dudas y en el otro se hace evidente la influencia del trauma sobre los tuberculosos. Caso número 96, J. T. de 19 años de edad, soltero, albañil, su Padre padecía fistula de ano y catarro crónico, el enfermo no tenía antecedentes patológicos, habiendo desempeñado perfectamente su trabajo, hasta un día que le atropella un carro, aprisionándole entre una de sus ruedas y la pared, sin hacerle caer al suelo, ocasionándole una intensa y prolongada compresión torácica, sin lesiones

aparentes; hemoptisis abundante según el interesado, repitiéndose ésta en escasa cantidad, pero con alguna frecuencia durante quince días, disnea, y quebrantamiento general; desapareció la sangre, y persistió la disnea, pérdida de apetito y malestar general, tós y dolores torácicos y cefalea: por percusión se notaba ligera submacidez en ambos vértices, más el derecho por delante y detrás, por auscultación disminución evidente del murmullo vespicular en ambos vértices por delante, ligero soplo bronquial en el derecho por detrás y respiración entrecortada en la fosa supra-escapular izquierda. En el curso de la observación desapareció la tos, no presentando ningún otro síntoma que los apuntados. Mediante la radioscopia se apreciaron algunas manchas en ambos vértices y alguna sombra más extensa en el derecho. No se pudo hacer el análisis de esputos por carecer de expectoración. Diagnostico. tuberculosis pulmonar en periodo de infiltración.

El segundo caso es el de A. Z. de 25 años de edad, soltero, sin antecedentes de familia ni patológicos, de aspecto algo emprobecido,

Pero que venia ocurriéndose desde algún tiempo, en transportar maderas pesadas á una máquina sin dar señales de cansancio, con ocasión de esforzarse, para empujar un tablón en la aserradura, tuvo una intensísima hemoptisis que le impidió continuar su trabajo, reconocido escrupulosamente se le apreciaron todos los síntomas de auscultación y percusión de tuberculosis pleuro-pulmonar en ambos vértices, más avanzada en el izquierdo, junto indudable de la hemorragia; la tos era escasa, la disnea se apreciaba solamente, durante el esfuerzo y las funciones del aparato digestivo eran buenas.

Los tres primeros casos, son de verdadera enseñanza, y de un valor clínico evidente, porque se aprecian en ellos las consecuencias inmediatas del traumatismo torácico y la evolución de sus lesiones no puede ser más clara, y en las condiciones que según se han establecido por la mayoría de autores, son las apropiadas para determinar, ó preparar la tuberculosis pulmonar ó pleural post-traumática, y á pesar de todo ello, curaron.

Las deducciones por lo tanto, no pueden ser más claras ni más

lógicas; tenemos que opinar y no por capricho, de un modo totalmente opuesto al modo de sentir general, la estadística que nosotros presentamos es escrupulosamente exacta y ante sus resultados no podemos menos de poner en duda la repetida influencia de los traumatismos porque si en 135 enfermos, tres fallecieron á las horas del accidente, y los restantes curaron, aún habiendo cuatro con complicaciones capaces de preparar la tuberculosis, si ésta no se ha presentado es porque no es frecuente ni mucho menos, es, antes bien al contrario, la excepción.

Necesitamos llegar al quinto caso expuesto, para que nos pueda surgir la duda y sin embargo con serenidad de juicio, no podemos incluirle en los tuberculosos pulmonares post-traumáticos, y empecemos con el grupo.

(B) Diferencia grande apreciamos cuando se trata de los traumatismos torácicos en los tuberculosos pulmonares: aquí seguimos como no podemos menos la corriente científica general, aunque también hagamos algunas restricciones, pues no deben actuar siempre del mismo modo, puesto que hemos de suponer que algunas de nuestras observaciones sea

de tuberculosos más ó menos latente, si hemos de aceptar la opinión de que la tuberculosis es enfermedad casi universal, dando manifestaciones según las resistencias orgánicas individuales, ya el mencionado Feibchenfeld hace un grupo de cinco individuos tuberculosos en los que no hubo agravación después del accidente y otros cuatro en que la hubo pero no debido á éste.

Puede un traumatismo: revelar una tuberculosis pulmonar latente y agravar la confirmada, pudiendo generalizarla.

En el estado actual de la fisiología, podemos confesar que un traumatismo es en bastantes casos, el revelador de la tuberculosis en sujetos aparentemente sanos, y no nos ha de extrañar que en algún tiempo cuando no se conocía la verdadera causa de la enfermedad, se atribuyese al agente traumático la tuberculosis pulmonar. Creemos haber demostrado con hechos lo difícil de la tuberculización á consecuencia de trauma y atribuimos el error antiguo, á que se trata de tuberculosos latentes, sin manifestaciones, y más aún en su principio, puesto que en el tránsito del primero al segundo periodo mejoran los enfermos con

ó sin tratamiento muchos de ellos, que se consideran sanos, y no es nada excepcional el que si transcurre el principio de la fimia pulmonar sin hemoptisis, pase como un simple catarro para el paciente ó no se perciba de su padecimiento, hasta que una causa que igual puede ser gripe, bronquitis, tífus, sífilis que un traumátismo, hace que aprovechando la aztenia orgánica, la menor resistencia, aparezca como ligada á ella, bien por la hemoptisis ó la pneumonia ó pleu- sia intermediaria.

Recayendo el traumátismo en una de pulmón lesionado por la tuberculosis, tiene forzosamente que determinar lesiones mayores que si obrase sobre un sano, y la inflamación ó hemorragia serán más fáciles, puesto que la destrucción en más ó en menos del parénguima ó vasos, la facilitaran considerablemente, por tanto, las hemoptisis, que son la primera manifestación de casi todas las tuberculosis pulmonares, nos demuestran hasta que punto es causante el traumatismo; si en el acto no hay sintomas más que del foco en que se produce la hemo- ragia pero solo los que dá el derrame en los alveolos y la congestión

pulmonar, podemos diagnosticar hemoptisis traumática, y luego seguir su evolución hasta su resolución ó marcha hacia la tuberculosis si por el contrario existen síntomas, como rudeza inspiratoria, expiración entrecortada y zonas diseminadas ó bilaterales, se tratará de hemoptisis tuberculosa: nos referimos á los tuberculosos latentes.

Los traumatismos, torácicos, recayendo en un tuberculoso pulmonar confirmado, puede ser causa de que se agrave la lesión preexistente y hasta provocar la aceleración de su muerte: son muchos, los tuberculosos pulmonares, cuyas lesiones no les impiden dedicarse con más ó menos limitaciones á su ocupación, y en ellos un trauma produce agudización que generalmente se indica por la hemoptisis, que será tanto más copiosa cuanto más avanzada sea la lesión pulmonar y que termina por ocasionar mayor extensión en el proceso, generalizándose á todo el pulmón invadido ó á todo el órgano, produciendo la tisis florida y aún la granemia y en último término, si la contusión es muy intensa la muerte por hemorragia.

En el caso quinto de nuestras observaciones (J. T.) apreciamos una

relación entre el traumatismo y su tuberculosis, pero no de causa á efecto, ó por mejor decir, el trauma en este caso fue el revelador de la tuberculosis pulmonar, no su causa, puesto que no hemos de admitir que aún cuando obró sobre todo el toráx, inmediatamente se apreciase las lesiones en ambos vértices y con los caracteres de infiltración ó germinación tuberculosa, signos que permaneciesen sin alteración durante los seis meses que hicimos la observación y tratamos la enfermedad, hemos de creer que las repetidas manifestaciones necesitan tiempo para constituirse: y en parecidas circunstancias se encuentra el caso cuarto. La observación sexta es prueba de la influencia del traumatismo, agudizando la enfermedad, pero afortunadamente pudo al cabo de un mes reanudar su trabajo, en el que sigue actualmente, y ha transcurrido un año.

Hemos llegado al fin de nuestro estudio y tenemos una base que estimamos suficiente para hacer deducciones prácticas, entrabo en el último capítulo de la Memoria.

Aplicación de la Ley de accidentes del trabajo.

Dejemos á un lado los comentarios á que podria dar lugar el axámen de las omisiones de nuestra actual Ley y su reglamento de aplicación, y procurando esquivar sentencias de Tribunales y opiniones de legis-
tas, nos referiremos única y exclusivamente, al estudio médico en sus relaciones con la práctica legal.

Por la Ley de accidentes del trabajo, se benefician todos los casos en que el obrero á jornal sufra un accidente en el trabajo ó por conse-
cuencia del mismo, sin otras aclaraciones ni restricciones.

Los casos que se nos presentan con relación con lo estudiado son los siguientes:

1. Que el obrero cura sin aparecer signo alguno de tuberculosis pul-
monar.
2. Que se desarrolle posteriormente la tuberculosis pulmonar, y
3. Que el traumatismo recaiga en un tuberculoso pulmonar, bien eviden-
ciandole, ó agravando sus lesiones.

En el primer caso, que es el más general no hay duda médico legal de ningún género, no así ya en el segundo cuando un individuo sano, en apariencia al menos, se hace tuberculoso con posterioridad a un traumatismo, pues en estos lesionados habría que aquilatar sus antecedentes de familia y patológicos, su estado actual en el momento de suceder el accidente, la índole del mismo, el lapso de tiempo transcurrido desde el traumatismo, el comienzo de la enfermedad y la relación entre el punto lesionado y el foco tuberculoso pleural ó pulmonar y por último la existencia ó no de la pleuresia, neumonía ó hemoptisis traumáticas, haciendo escasa apreciación de la investigación, del bacilo, puesto que en periodo de germinación difícilmente le hallaríamos, y en todo caso serviría de dato para la comprobación de la fecha de la enfermedad.

Hemos visto probado lo difícil que es la tuberculización pulmonar, post-traumática, pues aún en algunas estadísticas de Chauffard, Lesieur, Herbert, Lustig y una de catorce casos de Chavastelon, reunidos todos los casos, un cúmulo tal de antecedentes, circunstancias

Y medios de vida, que en realidad tienen más importancia que el traumatismo torácico, pero de todos modos aún dado lo difícilísimo que es comprobar el estado de salud anterior del lesionado, hemos de admitir que ya porque se trate de una tuberculosis que se inocule en un pulmón contusionado ya sea por intermedio de pulmonía ó en un foco hemorrágico ó nos hallemos en presencia de una tuberculosis pulmonar ~~revelada~~ revelada, siempre que exista relación entre ésta y el accidente, el interesado tiene perfecto derecho á los beneficios de la ley: según Forgue la legislación francesa no reconoce en la última categoría al jornal, la agrava le dá á una renta reducida y la inoculada y localizada dá á la totalidad, á la máxima indemnización legal, manifestándose conforme con ésta evaluación (1.898)

Nosotros no estamos a fines á este criterio: indudablemente que el caso de tuberculosis pulmonar inoculada, por cualquiera de los mecanismos conocidos, tiene derecho indiscutible á la indemnización, pero un individuo que trabaja sin limitación, puesto que él no se aperci-
be de que está enfermo y en el que á consecuencia de un trauma se ha-

ce evidente la tuberculosis pleural ó pulmonar, es para los efectos sociales un sano que enferma, puesto que sus lesiones bacilares no eran perceptibles y el traumatismo las exacerba, haciéndolas evidentes y restandole energias para su trabajo, y no sólo ésto, las lesiones pulmonares, podrian haber quedado estacionadas indefinidamente ó lo que es más aún pudieron curarse, si el traumatismo no hubiese intervenido, y no hay razón para que un tuberculoso confirmado que se agrave tenga más derecho que uno en periodo latente y si acaso puede que tenga menos, puesto que en general tendria menos probabilidad no solo de curación sino aún de vida.

La diferenciación de los dos casos ya la iniciamos en anterior capítulo y seguimos en éste, remitiendonos á todos los datos diagnosticos de todos conocidos, y en los casos de duda su examen nos pone en seguro camino; no podemos por ejemplo aceptar que una tuberculosis dependa de un traumatismo cuando á las veinticuatro horas se presente el bacilo en el esputo, ni cuando existan reacciones termicas inmediatas ó el golpe se localice en un punto y la lesión en otro, ó sean bi

laterales, etc. etc.

La evaluación de sus derechos, es verdaderamente difícil, y más aún con el estado actual de la legislación; para resolver los casos que puedan presentarse, debemos atenernos al estado anterior del lesionado, apreciar el estado en que quede con relación á las probabilidades de curación y á la capacidad de trabajo que pueda desarrollar y con estos datos evaluar el grado de incapacidad ó si ésta no existe.

Un tuberculoso post-traumático cuya enfermedad haya sido no producido sino evidenciada y que cure aparentemente, bien por el tratamiento ó por sus propias energías, debe tener derecho al socorro legal en tanto dure su incapacidad temporal puesto que se encontrará en iguales condiciones que anteriormente para su trabajo.

Si el traumatismo recae en un tuberculoso, puede agravarse determinando su muerte en algún caso, pero aquí varía nuestro criterio; bien es verdad que en las condiciones en que se hallaba cuando fué lesionado, podía trabajar y después de serlo sufrió una agravación, pero el traumatismo es solo responsable de ésta, pero no de su enfermedad, de mane-

ra que si no produce la muerte por su consecuencia más ó menos directa, no será responsable sino en cantidad mínima, puesto que si el traumatismo hubiese recaído en un hombre sano no determinaría consecuencias probablemente, y por otro lado no se debe de suponer que un tuberculoso pulmonar se halla en iguales condiciones que el obrero sano, si quiera sea en apariencia, de manera que únicamente las consecuencias más inmediatas al traumatismo, (hemoptisis, dolores, muerte) creemos que sean las que deben beneficiarse por la ley, y siempre y cuando que el traumatismo sea de naturaleza tal que pueda agravarla, que la agravación tenga relación de causa á efecto, que se manifieste en un tiempo limitado y en caso de muerte que ésta no fuese ya inminente por la sola enfermedad.

Conclusiones.

1. Los traumatismos á distancia cerradas ó abiertos solo son concu-
sa de tuberculosis pulmonar en determinadas condiciones.
2. Los traumatismos locales ó á distancia predisponen muy escasamente
á la tuberculosis pulmonar.
3. Los traumatismos locales abiertos, pueden ser causa de tuberculosis
pulmonar por inoculación.
4. Los traumatismos locales cerrados, excepcionalmente son causa (indi-
recta) de la tuberculosis pulmonar.
5. Las tuberculosis pulmonares llamadas traumáticas, son las latentes
evidenciadas.
6. La tuberculosis pulmonar en evolución, se agravan en gran parte de
los casos, por un traumatismo intercurrente.
7. Puede generalizarse la tuberculosis pulmonar, posteriormente á un
traumatismo.
8. Al aplicar la ley de accidentes del trabajo, debemos atenernos, á lo

los antecedentes, relación de causa á efecto, estado probable y pronóstico de la enfermedad.

Madrid 13 de Enero de 1.912.

Admirable
 Juan
 Admirable
 D. Volke

Leida
 Cantó

Manuel Abada



Bibliografía.

- Bronardel..... Les accidents du travail (1093)
- Forgue et Jeanbrau. Accidents du travail.
- Chavastelon..... Thèse 1901 à 1902.
- Meunier..... Role du système nerocux dans la infection de l'ap
pareil broncho-pulmonaire.
- Robstein..... Patologia interna.
- Bouchard..... Traité de pathologie générale.
- Meyer..... Influence des traumatismes sur les localizations
des substances solubles.
- Max Schüller..... Experimentelle und histolog.
- Lannelongue..... Tuberculose et traumatisme.
- Chauffard..... Pathogenie des pleuresies traumatiques.
- Mosny..... Annales d'hygiene publique (1902)
- L. Feilchenfeld..... Ueber die Verslimmerung des Tuberkulose durch
Unfälle(1908)