

ARS MEDICA

DICIEMBRE 1927

AÑO III — NÚM. 30

SOBRE LA PATOGENIA DEL ARTERIO-BLOCK O ARTERITIS OBTURANTE GENERALIZADA

por el doctor

L. BARRAQUER FARRÉ

de Barcelona

Fruto de observaciones directas y de trabajos personales sin apoyo alguno de bibliografía fué el artículo por nosotros publicado en el número 21 de ARS MEDICA. Nos referimos al intento de fijar el síndrome de un proceso patológico raro, diferenciándolo de otros similares. Propusimos para designarla la palabra compuesta *arterio-block*, que tiene la ventaja de llamar la atención del clínico y de sugerir inmediatamente la idea de su especial naturaleza.

Como sea que en dicho nuestro artículo, por errores de copia anteriores a la impresión, resultaron oscurecidos algunos conceptos con que intentábamos explicar la patogenia del morbo, según inducciones verosímiles formadas ante casos prácticos, trataremos de precisarlas rápidamente.

a) El Arterio-block es una arteritis generalizada, de curso rápido, que llega a cegar completamente los vasos de la circulación arterial, que se transforman en cordones repletos, sin la menor luz.

b) No cabe relacionar el arterio-block con ninguna de las infecciones consideradas como responsables de dolencias similares. A mayor abundamiento, reproducimos el cuadro aclaratorio en que se compara el síndrome por nosotros estudiado con todos los que, por sus grandes semejanzas con el mismo, pueden inclinar a confusión.

Arteritis por infecciones e intoxicaciones retardadas

Gangrena simétrica (síndrome de Raynaud)

Trastornos vasculares de origen nervioso simpático

Arterio - block

Cansancio, luego síncope y finalmente asfixia de las extremidades inferiores.

Antecedentes infecciosos o tóxicos (por el plomo, arsénico, mercurio, alcohol, lúes, diabetes, etc.)

Proceso vascular localizado en las partes distales (dedos de los pies y de las manos, orejas, nariz) y siempre simétrico.

Falta de pulsación por espasmo del sistema simpático, localizado en las extremidades, pero sin simetría.

Trastornos vasculares acentuadísimos y muy generalizados (hasta en las vísceras) agravados en las extremidades, especialmente las inferiores y no sólo en las partes distales.

Dolores intermitentes, a veces con intervalos de semanas y hasta de meses.

Dolores violentísimos y persistentes (sin remitencias).

Curso crónico.

De muchos años de duración.

Curso sub-crónico.

Curso agudo (de uno a dos meses en los pocos casos estudiados).

Inflamación de la túnica arterial interna.

Deformación característica de los capilares.

Pérdida de la pulsación de las arterias por acción nerviosa simpática.

Obliteración completa no sólo de las pequeñas arterias sino también de los grandes troncos.

Llega a producir la gangrena de pies y manos, exigiendo a veces la intervención quirúrgica.

Produce la gangrena de los dedos de los pies y de las manos en porciones limitadas (de falange en falange y de tarso en tarso) eliminándose a veces quirúrgicamente las porciones necrosadas.

Se modifican por simpaticectomía peri-arterial (operación de Leriche).

Pronóstico siempre gravísimo, acabando con la muerte.

c) El origen del arterio-block es una disfunción endocrina.

Este es el punto capital de nuestro artículo, que glosamos hoy para mayor claridad. Mejor dicho, debió serlo, pues por causas ajenas a nuestra voluntad aparecieron en la impresión algunos párrafos incongruentes que debilitan, sino desnaturalizan, las hipótesis adelantadas por nosotros, sobre las cuales queremos volver, pues las consideramos como la parte más original de una investigación que en su tiempo nos apasiona.

Antes de volver sobre ellas, argumentándolas según nuestro leal entender, nos permitimos repetir la descripción minuciosa del caso más estudiado, el primero que picó nuestra curiosidad, obligándonos a apelar a nuestros colegas, desde las columnas de ARS MEDICA en demanda de observaciones concomitantes, o de una discusión teórica que contribuyese a dilucidar lo más rápidamente posible el problema que se planteaba.

He aquí el historial de dicha enferma :

La señora C. M., de R., de 34 años de edad, natural de Murcia, hija de un médico, todavía viviente, madre muerta.

Para dar autoridad y fundamento a las hipótesis sugeridas por este caso, exponremos cuanto ella nos comunicó respecto a su anamnesis patológica.

Después de una infancia normal, con cierta lentitud del desarrollo orgánico, empezó a menstruar muy tarde, entre los 16 a los 17 años, con el tipo 2/33, y una insuficiencia tiro-ovárica muy marcada, contra la cual su propio padre instituyó la medicación (ovarina y similares) que ha continuado toda su vida. Esta insuficiencia se ha revelado muchas veces por los trastornos clásicos de la circulación, entre los cuales las llamaradas en la cara y por los siguientes síntomas : pulso pequeño, labios y yemas de los dedos ligeramente cianóticos, tendencia a la obesidad, hipotermia, escaso vello sexual, estreñimiento, trastornos de la menstruación, irregularidad y reglas escasas, dolores reumatoideos de distinta localización, sufridos desde la primera juventud y considerados como verdaderamente reumáticos.

Se cansaba mucho al andar ; un cansancio muy acentuado de las piernas. Después de unos momentos de reposo, podía emprender de nuevo la marcha, hasta que una nueva crisis de fatiga la obligaba a detenerse. Esta fatiga ha venido aumentando de año en año, reclusiéndola primero en una casita que habitaba en un suburbio pacífico de Barcelona y por fin postrándola en la cama.

Casada a los 29 años, no ha llegado a estar nunca embarazada, si bien esto no es exclusivamente atribuible a la insuficiencia característica que hemos indicado, pues de los repetidos interrogatorios se desprendían la existencia de una anomalía congénita del aparato genital externo, concomitante con la dismenorrea y con los síntomas de hipo-función ovárica.

Todos estos detalles revelan una marcada hipo-función del sistema endocrino, sobre todo en sus localizaciones relacionadas con la sexualidad.

Habiéndose hecho visitar por un compañero de profesión en busca de alivio para los fuertísimos dolores que padecían en las extremidades inferiores, después de varias tentativas y pruebas fué sometida a nuestro estudio, por si podía atribuirse al sistema nervioso el perenne sufrimiento que la destrozaba.

Su aspecto, en conjunto, no era de un caso neuropatológico y el examen más detenido nada reveló en este sentido : los síntomas objetivos eran falta de pulsación de las arterias pedias, frío en todas las extremidades inferiores, dolor agudo y sin remisiones en las piernas y principalmente en los pies, no podía estar sino acostada, lo que antes había bastado para aliviar sus dolores.

El sistema nervioso parecía incólume, los reflejos tendinosos y cutáneos, así como el faríngeo y el pupilar se conservan normales, sucediendo lo mismo con la motilidad y la sensibilidad, con solo un poco de anestesia en los dedos de los pies, que después se extendió a todo el pie, lo que aparece lógico, si se tiene en cuenta que la circulación debía haber cesado por completo, pues la pedia, como hemos dicho, había dejado en absoluto de latir. Donde existía pulso era pequeño y revelaba una taquicardia marcada. Las indicaciones del aparato de PACHON eran 9/11 en las radiales y ninguna oscilación en las piernas. Orina : glucosa negativa, albúmina abundante.

De un día al otro este cuadro iba agravándose, las radiales latían menos, las piernas aparecían sincopadas, descoloridas, frías, los dolores se hacían intensísimos, cediendo muy poco a grandes dosis de morfina, y la decadencia del organismo interesaba las principales vísceras ; el ritmo del corazón era un franco galope, acompañado de ruidos característicos y la albuminuria era mayor.

Sin registrarse clínicamente antecedentes luéticos se practicó la WASSERMANN de la sangre y tanto ésta como las investigaciones de laboratorio en el líquido céfalo-raquídeo fueron negativas.

Por otra parte había que descartar la sospecha de alcoholismo, pues la enferma ni tan sólo vino de mesa había tomado nunca, y no existía noticia de ninguna infección crónica ni aguda, en lo que se insistió repetidamente.

Los aparatos respiratorios y digestivos no representaban ninguna irregularidad, salvo el estreñimiento de que ya hemos hablado.

Como tratamiento causal, de acuerdo con el médico de cabecera Dr. F. ROVIRA, se le administró ovarina y a pesar de todas las evidencias, unas inyecciones intravenosas de salvarsán, debiendo hacer constar, en honor a la verdad, que preveíamos la absoluta ineficacia que tuvieron. Además como medicación sintomática tomó la enferma digital, nefrina y los indispensables analgésicos (morfina, atrofina, escopolamina, etc.).

A los cinco o seis días, todos los síntomas indicados habían ido acentuándose, el ritmo de galope de las pulsaciones era tan acentuado que ponía en peligro la vida, la albuminuria era exageradísima, a pesar de la medicación, y los dolores aumentaban, si cabe, en intensidad, obligando a la enferma a exhalar continuas quejas ; todas las extremidades y

cara estaban cianóticas y aparecían algunos puntos de esfacelo en los dedos de los pies.

La amenaza de la gangrena impuso la intervención. Llamado un cirujano indicó el ensayo de una simpaticectomía peri-arterial de la femoral, a la que se procedió incontinenti, con nuestras reservas mentales en cuanto al carácter nervioso de la dolencia, carácter nervioso que cada día nos iba pareciendo más inverosímil, a medida que ahondábamos en el estudio del caso y a medida que aumentaba la gravedad de éste.

En efecto, sobre la mesa de operaciones la sorpresa del cirujano fué grandísima, pues al descubrir la femoral se encontró con que ésta no solamente había perdido en absoluto toda pulsación, sino que tanto esta arteria como otras que se examinaron después, habían dejado de ser tubos o vasos y se habían convertido en verdaderos cordones macizos, por cuyo interior era imposible la circulación. No hay que decir que por este hecho las extremidades estaban condenadas a una rápida necrosis y no hubo más remedio que amputarlas.

Pronto resultó evidente que en el mismo estado se hallaba ya todo el aparato de la circulación tan alterado que comprometía el funcionamiento del corazón.

El curso postoperatorio, fué breve. Una vez recobrado el conocimiento, volvieron los dolores, el pulso se iba perdiendo, la función renal abolida apareciendo cianótico todo el cuerpo.

Todavía resistió la enferma en este estado unas veinticuatro horas después de la intervención conservando durante gran parte de ellas el perfecto conocimiento de cuanto la rodeaba y explicando a los que la cuidaban sus sufrimientos y sus temores. Al morir nos dejaba planteado un problema cuya definitiva resolución quizá no alcanzaremos, pero nos cabrá la satisfacción de haber cumplido nuestro deber llamando la atención sobre él y facilitando cuantos datos puedan contribuir a resolverlo.

Con este objeto hemos hecho especial hincapié en la descripción de un caso tan característico, por la excepcional extrema gravedad que no se hubiera sospechado compatible con la vida.

Hemos querido fijar estas ideas, que ya existían apuntadas (las principales cuando menos) en aquel nuestro artículo a que repetidamente nos hemos referido, porque si no conocíamos entonces bibliografía anterior respecto al mismo tema, hemos visto con posterioridad un trabajo de los señores H. VAQUEZ y I. YACÖEL publicado en *La Presse Médicale* de 18 mayo. Se titula este excelente artículo «Artérites Stenosantes non diabétiques. Traitement par l'insuline». El adjetivo característico significa al pie de la letra «estrechante», pues deriva de la palabra griega *stenos*, estrecho. Llamábamos la atención sobre ello porque en realidad constituye una atenuación del calificativo que nosotros aplicamos a la misma enfermedad, aún que en el texto vuelvan a llamarla dichos autores «obliterante».

LÉO BUERGER hace pocos años fué quien definió por primera vez el importe síndrome, llamando la atención sobre una enfermedad vascular de evolu-

ción rápida y que él creyó una entidad morbosa propia de la predilección para la raza israelita.

Desde entonces se ha venido conociendo a este raro síndrome que coincide con la descripción de nuestros tres casos, con el nombre de LÉO BUERGER.

De los diversos datos bibliográficos que aparecen en el curso del citado artículo francés se deduce que las arteritis obliterantes, obturantes o estenosantes no infectivas, se modifican favorablemente mediante la insulina.

Estas mejorías consisten en mayor amplitud del índice oscilométrico, ausencia de dolores y calambres y regresión de las escaras de eliminación en los dedos de los pies seguidas de cicatrización.

Parece, pues, que la primera glándula en que habría que pensar como responsable de las arteritis agudas que no entran en las clasificaciones tradicionales, es el páncreas; y la actividad de sus islotes sería indispensable para mantener en sus límites normales de crecimiento las paredes de las arterias. Ya sabemos que hay arteritis diabéticas, que ceden a la medicación específica de ésta y al mismo renglón habrá que inscribir los casos que los investigadores franceses han podido vencer con la insulina, aunque los respectivos pacientes no hayan tenido ninguna otra manifestación característica, sobre todo, aunque no hayan sufrido la hiperglucemia que sirve para definir la enfermedad.

Pero los mismos autores cuyo trabajo comentamos hacen constar que se han encontrado con casos reacios a la insulina, con arteritis graves no clasificables en ninguna de las secciones clásicas de nuestro cuadro resumen y que, por lo tanto, han de entrar forzosamente en la denominación de arterio-block que para ellas hemos forjado.

Su explicación depende de la teoría general de las secreciones endocrinas. Para nosotros, son varias las que ejercen una acción normalizante en el recambio inarterial del tejido de las arterias. Con que una de ellas falte totalmente o disminuya casi en su totalidad no basta para determinar la hipertrofia de estos vasos, pues las coadyuvantes la suplen en todo lo posible. A nuestro entender en esta, como en todas las disfunciones similares, lo lógico es atribuir los casos agudos, de evolución casi fulminante, a un trastorno complejo, pluriglandular.

Cuales son las glándulas colaboradoras de esta interesantísima acción, los islotes de LANGERHANS, como lo demuestra la experimentación clínica, el ovario indudablemente en los sujetos femeninos y seguramente otros aún, cuya interdependencia es poco clara y quizás innecesaria en las demás esferas de la respectiva actividad.

En líneas generales y dicho en términos un poco groseros por su excesiva precisión, predomina hoy la creencia de que cada secreción endocrina tiene su antagónica que la contrarresta, pero quizás sería más exacto considerarlas a todas como menos especializadas de lo que a primera vista parecen, formándolas en grupos capaces de suplirse dentro de ciertos límites, aún que sea con notable déficit y de limitar la acción de otros grupos, pues, de otra manera no se concebiría que algunos procesos, sus-

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

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

RESUMÉ

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

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

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

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

SUMMARY

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

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

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

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

ZUSAMMENFASSUNG

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

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

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

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

INSTITUTO PRINCIPE DE ASTURIAS (MONCLOA)

Director: Dr. J. Goyanes

Servicio de Medicina Interna del Dr. Juan Noguera

TUBERCULOSIS PULMONAR DE TIPO TRAUMÁTICO ⁽¹⁾

por el doctor

JULIO NOGUERA Y TOLEDO

Del Servicio de Medicina Interna

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

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

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

PRIMER CASO

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

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