

Un Caso de Enfermedad de Ballingal o Pie de Madura

Por el Dr. JOSÉ MANUEL DAVILA.

Esta enfermedad de los países cálidos y originaria de la India, es considerada por algunos autores como una forma de Antinomocis; y otros como producida por el *Streptotrix Madurae*, está reconocida hoy día como un verdadero Micetoma.

Descubierta en 1712 en la Ciudad de MADURAE, fue observada a continuación en Cachemira, Rajputana, quedando indemne la Bengala inferior, poco tiempo después en el Egipto, Madagascar, la Cochinchina, Italia, Estados Unidos de Norte América y la República Argentina, últimamente.

La enfermedad principia por lo general por la planta del pie, con menos frecuencia por las manos, en personas descalzas y campesinos preferentemente, pues las ciudades por lo general quedan libres de esta infección, con una hinchazón indolora e incolora en el pie afectado seguida de engrasamiento, presentando a continuación una degeneración oleosa de las partes blandas y fusión — por decirlo así — de los tejidos, dando lugar a la formación de nódulos semejantes a quistes, de color azulado o rojizo los cuales son indolores y se comunican entre sí por medio de especie de túneles llamados senos, los cuales tienen en su interior gran cantidad de gránulos de diferentes tamaños y colores.

Al cabo de un mes más o menos, estos nodulos se reblandecen y abren, dando salida a un pus hediondo, oleoso, siruposo algunas veces, de aspecto lechoso otras y que arrastra consigo las granulaciones que se encuentran en los senos, ya sean éstas amarillas, blancas, negras y más raramente rojas.

En la marcha evolutiva de la enfermedad, estas cavidades cicatrizan espontáneamente dejando trayectos fistulosos, para reaparecer después en el dorso del pie con las mismas características; no

mente decididos a ir salvando los muchísimos obstáculos que de seguro no han de faltar en el desarrollo de nuestro empeño.

BIBLIOGRAFÍA

Traite d' Ophtalmologie (Société Francaise d' Ophtalmologis).

Surgery of de comes, Ramón Castroviejo, 1937. Queratoplastia Estudio clínico de catorce casos. La córnea de feto como material de trasplante. Ramón Castroviejo Briones. 1935.

, Keratoplasty. Comments on the Technique of Corneal Transplantation. Soures and Preservation of Donor's Material, Report of New Instruments. Ramón Castroviejo. 1941.

sin antes haber atacado y destruido músculos, vasos y huesos de la región, pues solamente los tendones y las aponeurosis son respetadas. Y así prosigue la enfermedad con alternativas de mejoría y recrudescencia, avanzando hacia la pierna, ocasionando la dificultad funcional del miembro atacado ya que éste multiplica varias veces su volumen, más en el sentido lateral que en el longitudinal, se deforma, los dedos se dirigen hacia atrás y arriba, la planta toma la forma convexa y el pie en conjunto parece un ovoide, imposibilitando de esta manera al enfermo para la marcha.

A medida que la enfermedad avanza, el estado del paciente, sin ninguna alteración aparente al principio, — pues no hay temperatura y su sistema ganglional libre, salvo el caso de una infección secundaria — empieza a adelgazar, pierde peso rápidamente, el apetito es escaso, terminando por caquexia si no se interviene a tiempo.

Al hacer una exploración en el pie de madura, el estilete penetra con suma facilidad por los agujeros fistulosos, y llega al fondo, pudiendo dirigirse el instrumento en todas direcciones sin estorbo alguno. Al hacerse un corte (se verifica con facilidad), se encuentra una abundante masa de sustancia oleaginosa, los tejidos son difícilmente reconocibles, estando fundidos en una masa pálida o amarilla grisácea. Al microscopio pueden verse los elementos mitóticos poniéndose en evidencia alteraciones degenerativas extensas, consecuencia del proceso inflamatorio crónico y como carácter particular, según Cunningham y Lewis es el de encontrarse en los vasos que no han sido destruidos aún, una especie de endoarteritis obliterante o proliferación extensa del endotelio de las arterias; y según Vincent un engrasamiento de la adventicia de los capilares.

NUESTRO CASO ES EL SIGUIENTE:

T. Torres, de 60 años de edad, casado, labrador y nacido y vecindado en Cedros, Departamento de Morazán, ingresó al 1er. Servicio de Cirugía del Hospital San Felipe el día 11 de agosto del corriente año, quejándose de un gran tumor que tenía en el pie derecho que no le dejaba andar, ni pararse, que le manaba pus muy hediondo por varias pelotitas que tenía y últimamente estaba adelgazando mucho.

Nos refiere el enfermo, que hace cinco años más o menos está¹ padeciendo de ese pie, que en 1942, en el mes de septiembre ingresó al Hospital en esa misma sala, porque tenía hinchado el pie, que le habían salido unas ampollas en el dorso y le manaban mucha agua, que tenía ardor y comezón, que allí le habían hecho una operación, que permaneció varios meses asilado y que salió, pero no curado todavía el 30 de enero de 1943. Que como a los seis meses de estar trabajando en el campo, notó que el pie le dolía un poco y se le hinchaba nuevamente, que a los pocos días le salieron esas pelotas que tenía encima del pie pero que no eran tan abundantes como ahora.

También dice que como un mes y quince días después de haberle aparecido esas pelotas algunas de ellas se le reventaron y salió un pus espeso lechoso, amarillento.

A la inspección notamos primeramente el gran aumento de volumen del pie comparado con el izquierdo, su forma ovoide por la redondez que ha tomado la región, plantar, los dedos echados hacia arriba, numerosos quistes en el dorso del pie que han avanzado hasta la articulación tibio tarsiana, algunos de ellos ya abiertos dejando escapar a la presión una masa blanca amarillenta, oleosa y de mal olor. El pie se encuentra en ligera flexión sobre la pierna y la pierna sobre el muslo, la pierna ha reducido intensamente su volumen y la articulación de la rodilla está anquilosada, el muslo en su tercio inferior, también ha reducido su volumen.

Nos interesamos por conseguir la historia del enfermo durante su primer internamiento en el Hospital, y no nos fue posible adquirir dato alguno, por las dificultades en la estadística del establecimiento, solamente pudimos comprobar un curetaje de los metatarzianos, por el diagnóstico de Periostiti. En los antecedentes hereditarios y colaterales del enfermo, no encontramos nada digno de mencionarse.

EXAMENES. — Hematozoario: negativo. Fórmula Leucocitaria: normal. Mazzini: 0. T. de C: 7. P. A.: 15 Max. y 8 Min. Orina: Normal.

Examen Radiológico, placa N° 10784, pie derecho: destrucción casi total de la extremidad inferior de los huesos de la pierna, Astrágalo y calcáneo, gran parte de los metatarzianos y algunos falanges.

DIAGNOSTICO Radiológico y Clínico: PIE DE MADURA.