R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MISCELL
B 26
11

Año 1916 N° 3076

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COXALGIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GASTON PAQUIEN

R. BIBLIOTECA ROMA

BUENOS AIRES
IMP. VINCENTY, BOSSIO & CÍA.—CORRIENTES 3151
1916

COXALGIA

Año 1916 **N.° 3076**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COXALGIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GASTON PAQUIEN

BUENOS AIRES
IMP. VINCENTY, BOSSIO & CÍA. CORRIENTES 3151
1916

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 16º del R. de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRÁN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediatrica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGA
Patología Interna	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	Dr Rodolfo Enriquez
Zoología médica	» Guillermo Seeber
	Silvio E. Parodi
Anatomía descriptiva	Eugenio Galli
Fisiología general y humana	» Frank L. Soler
	» Bernardo Houssay
	Rodolfo Rivarola
Bacteriología	» Alois Bachmann
Química Biológica	» German Anschütz
	Benjamin Galarce
Higiene Médica	» Felipe A. Justo
	» Manuel V. Carbonell
Semiología y ejercicios clínicos	» Carlos Bonorino Udaondo
	» Alfredo Viton
Anatomía patológica	» Joaquín Llambías
	» Angel H. Roffo
Materia médica y terapéutica	» Jose Moreno
Medicina operatoria	» Enrique Finocchietto
Patología externa	» Carlos Robertson
	» Francisco P. Castro
	» Castelfort Lugones
Clínica dermato-sifilográfica	» Nicolás V. Greco
	» Pedro L. Baliña
» génito-urinaria	» Bernardino Maraini
	» Joaquín Nin Posadas
» epidemiológica	Fernando R. Torres
	» Enrique B. Demaria
» oftalmológica	Adolfo Noceti
	» Juan de la Cruz Correa
» oto-rino-laringológica	» Martin Castro Escalada
	» Pedro Larraqui
Patología interna	» Leónidas Jorge Facio
	Pablo M. Barlaro
	» Eduardo Mariño
	» José Arce
	» Armando R. Marotta
	» Luis A. Tamini
Clínica quirúrgica	» Miguel Sussini
	» Roberto Sole
	Pedro Chutro
	» José M. Jorge (H.)
	» Oscar Copello
	» Adolfo P. Landivar
	» Juan José Vitón
	» Pablo J. Morsaline
	» Rafael A. Bullrich
	» Ignacio Imaz
» Médica	» Pedro Escudero
	Mariano R. Castex
	» Pedro J. Garcia
	» Jose Destefano
	» Juan R. Goyena
	» Mamerto Acuña
	» Genaro Sisto
« pediátrica	» Pedro de Elizalde
	Fernando Schweizer
	» Juan Carlos Navarro
	» Jaime Salvador
» ginecológica	» Toribio Piccardo
	» Carlos R. Cirio
	» Osvaldo L. Bottaro
	Arturo Enriques
	Alberto Peralta Ramos
» obstétrica	» Faustino J. Tronge
	» Juan B. González
	» Juan C. Risso Domínguez
	» Juan A. Garastou
	» Enrique A. Boero
Medicina legal	» Joaquín V. Gnecco
	» Javier Brandan
	» Antonio Podestá

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada ..	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiología, etc.	DR. J. C. LLAMES MASSINI
Segundo año:	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año:	
Clínica ostétrica	DR. FANOR VELARDE
Puericultura	DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LEÓN PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE

» TOMÁS S. VARELA (2º año)

» JUAN U. CARREA (Protesis)

PADRINO DE TESIS:

PROFESOR DR. MARCELINO HERRERA VEGAS

AL DR. ARTURO SHNAIBEL

MAYOR DE SANIDAD

POR TODAS SUS ENSEÑANZAS Y TODAS SUS ATENCIONES,

GRATITUD

A MI QUERIDA MADRE

A MI BUEN PADRE

A MI NOVIA

La Señorita IRMA REYNOSO UGARTE

A MI HERMANO ENRIQUE

A MIS PARIENTES

A MIS AMIGOS

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Vengo a rendir la última prueba ante vosotros, la que vuelca en el alma mía la más grata satisfacción, porque ella representa la coronación feliz de mi vida de estudiante, porque toda una aspiración soñada desde muy joven bosqueja en esta hora sus más bellos horizontes.

Llevo como un tesoro sagrado las enseñanzas recojidas de los buenos maestros, de los que supieron, tanto en las aulas como en las salas del Hospital, enseñarnos a ser médicos y enseñarnos a ser hombres.

Pues bien, para todos aquellos que nos acompañaron hasta el fin de la carrera, siempre perseverando para que llegara a buen término nuestro esfuerzo, vaya en esta grata hora de mi vida mi eterno reconocimiento.

Pronto, muy pronto dejaré la sala del Hospital donde me hiciera médico, y dejaré tambien aquel lugar querido y ameno, nuestro pabellón de practicantes, donde pasé momentos felices, donde aprendí a conocer todo lo bueno y sublime que tiene la amistad bien cultivada.

Al retirarme de vosotros, queridos compañeros, os envío un clásico hasta luego, porque espero volveros a encontrar muchas veces en mi camino, no ya, como en otro tiempo, para disfrutar unidos de las santas alegrías, pero sí para disipar dudas y compartir responsabilidades.

Al Dr. Marcelino Herrera Vegas, que me honra acompañándome en este acto, vaya mi más sincero agradecimiento.

Al Dr. Julio A. Garino, Director del Hospital Militar, gratitud por sus finas atenciones. A los médicos del Hospital Militar, el más profundo reconocimiento por todas sus enseñanzas.

CAPITULO I

Consideraciones generales

Historia. — La historia de la Coxalgia ha recorrido tres períodos. El primero que va desde Hipócrates hasta J. L. Petit, es el período de las hipótesis. Algunos síntomas de la afección son conocidos, y la cauterización constituye toda su terapéutica. La luxación espontánea del fémur llama la atención los antiguos, de la cual pretendían dar vagas explicaciones. El segundo período empieza con J. L. Petit y termina con Bonnet. Se inaugura igualmente con una hipótesis, pues la teoría de Petit era una simple visión de su espíritu, y no reposaba en ningún hecho anátomo-patológico. Esta época es importante porque ve nacer el método experimental: las inyecciones intraarticulares, las mensuraciones exactas. Sin embargo, la investigación de las lesiones anató-

micas, siendo cada día más científicas, conduce a una justa apreciación de los hechos clínicos.

La teoría de Petit, combatida por unos, proclamada evidente por otros, no resistió largo tiempo a los nuevos métodos de investigación. Se reconoció que luxación espontánea y Coxalgia no eran siempre sinónimos, que la presencia de líquido en la articulación coxo-femoral no es necesario para dar la razón del alargamiento del miembro. Sin embargo, si la Coxalgia gana en la etiología, si algunos de sus síntomas se ponen en claro, su tratamiento es todavía insuficiente. Los progresos realizados en la terapéutica de la Coxalgia llenan, por así decir, el tercero y último período inaugurado por Bonnet e ilustrado por la mayor parte de los maestros contemporáneos.

Sinonimia. — Morbus coxoe, morbus coxarius, coxitis tuberculosa, tumor blanco de la cadera, artritis tuberculosa coxo- femoral, coxo-tuberculosis, coxaartrocace.

Definición. — La palabra coxalgia fué creada por Wits, en 1809; significa dolor de cadera. Es incorrecta y sin precisión y debe substituirse por la de coxotuberculosis propuesta por Lannelongue, que expresa a la vez el hecho anatómico y la noción etiológica.

CAPITULO II

Etiología

Causa determinante. — La causa esencial de la Coxalgia es el bacilo de Koch, el cual exige, como siempre, la cooperación de otras causas predisponentes, más necesarias quizás en estas artritis que en ninguna otra lesión tuberculosa.

La predisposición del terreno es necesaria para que se produzca la Coxalgia, como lo demuestra el hecho de que todos estamos sometidos a la infección tuberculosa y muy pocos son los que sufren de esta artritis. La manera como penetra el bacilo de Koch en nuestro organismo es asunto de controversia, que atañe al estudio de la tuberculosis en general. Sabido es que se habla de la vía pulmonar y de la vía digestiva, sin que sepamos cual de las dos es la preferida. Una vez

que el microbio ha penetrado en el organismo tampoco sabemos si va directamente a la articulación para originar la Coxalgia, o si se localiza en un foco para atacarla luego secundariamente. En los 77 casos de Koning en que existían focos primitivos, halló 37 veces el foco en el pulmón, 21 en los ganglios, principalmente en los bronquiales y retroperitoneales, y 19 en el aparato urogenital.

Es también objeto de controversia la manera como el gérmen tuberculoso llega a la articulación desde las superficies de entrada y desde la lesión de origen. Para algunos autores son los linfáticos los que llevan el bacilo; para otros es la sangre; creen otros que la infección procede directamente del exterior. Kappis, por ejemplo, refiere la historia de un caso en el que llegó el germen a la articulación por intermedio de una fractura grave del fémur. Sin embargo, la vía sanguínea y la linfática son las que constituyen casi siempre la vía de conducción microbiana, ordinariamente la primera. Así lo afirma Fridrich.

Causas predisponentes fisiológicas. — *Sitio anatómico de la articulación coxo-femoral.*—Es un hecho de observación que los tumores blancos afectan sobre todo las articulaciones del miembro inferior, y principalmente las de la cadera y rodilla. La cadera soporta en efecto el peso del tronco,

ofrece movimientos muy extendidos, una vascularización considerable, en fin está expuesta a numerosas violencias, como ser, choques sobre el gran trocánter que repercuten en la articulación por intermedio del cuello femoral; ya en una caída sobre los pies, la fuerza trasmitida a través de las columnas óseas y rígidas del miembro inferior hasta la cavidad cotiloidea, trae una contusión articular.

Crocq, en su tratado de tumores blancos, insiste en la riqueza vascular y nerviosa de la articulación coxo-femoral, lo que explicaría, según él, «la gran acción que ejercen en ella las causas de enfermedades».

La articulación del cuello del pie llena las mismas condiciones relativas a la sustentación, pero ofrece menos sensibilidad y es menos vascular; así, sus tumores blancos, apesar de ser frecuentes, lo son menos que los de la cadera y de los de la rodilla. Como prueba, el autor da una estadística de 140 casos, de los cuales 43 eran artritis tuberculosas de la cadera, 23 de la rodilla, 14 del pie, 23 del raquis, etc.

Sexo. — El sexo no parece tener una gran influencia en la manifestación de la Coxalgia. Van der Haar la considera más frecuente en la mujer, lo que explica por la debilidad más considerable y el linfatismo más pronunciado de su constitu-

ción, que parece acercarla a la infancia. Crocq ha encontrado igualmente la Coxalgia más frecuente en la mujer. Así, en los 43 casos citados más arriba, 13 correspondían a mujeres, 24 a niños y seis a hombres. Por el contrario, Albers, Ficker y Rust, la han encontrado más frecuentemente en los hombres. En fin, Maisonneuve, según una estadística de más de 100 casos, la ha encontrado tan a menudo en uno como en otro sexo; agrega que la enfermedad se ha presentado un mayor número de veces en el lado izquierdo que en el derecho, hecho que no ha encontrado todavía explicación.

Edad. — Bien que la Coxalgia puede manifestarse en todas las edades y hasta en el feto, como lo prueban las observaciones de Broca, Vernuil, etcétera, se ha comprobado que es poco frecuente en la edad adulta, rara en los viejos, y que ataca principalmente a los niños.

Se ha observado la Coxalgia en los primeros meses que siguen al nacimiento. Croq la ha visto a la edad de 9 meses, Brodié al año. La enfermedad pasa amenudo desapercibida en esta época de la vida; más tarde, cuando los niños empiezan a marchar, se ve que claudican y entonces recién se sospecha una afección articular de la cadera.

Antes de los dos años la Coxalgia es rara. En-

tre 5 y 10 años, ofrece su máximo de frecuencia. Hasta el fin de la adolescencia, es muy común. Se la encuentra de menos en menos en la edad adulta, a medida que se avanza en edad.

Una estadística de Lannelongue, comprendiendo 100 casos en los niños, muestra la repartición siguiente, según la edad; de 1 a 2 años, 5 casos; de 2 a 5 años, 20 casos; de 5 a 10 años, 54 casos; de 10 a 15 años, 21 casos.

En la cadera como en cualquier otra región del esqueleto, la tuberculosis es una afección sobre todo del período de desarrollo. A partir del comienzo de la edad adulta se encuentra más raramente.

Herencia. — Desde el punto de vista práctico, es indudable que la tuberculosis se hereda, pues en la clínica hallamos el mayor número de tuberculosos en los hijos de tuberculosos; pero se suscita la duda de si lo heredado es la infección o la disminución de resistencia frente al bacilo de Koch, o sea el terreno a propósito para recibirlo, más adecuado para ello en los hijos de tuberculosos que en los exentos de antecedentes. En lo que a este punto se refiere, se admite que las células del hijo están alteradas por las toxinas que atravesaron la placenta de la madre tuberculosa, alteración que da origen a ese tipo

orgánico llamado escrofulosis, tan apto para tuberculizarse.

Dejando la cuestión para los que se ocupan de tuberculosis en general, diremos que se comprueba en la clínica la herencia tuberculosa por la frecuencia de artrocaces en los hijos de tuberculosos y la de tuberculosis regionales en los hermanos de artrotuberculosos.

Temperamento. — Si se entiende por temperamento el predominio en un individuo de tal elemento orgánico, el linfatismo predispone a los tumores blancos en general y a la Coxalgia en particular. Acabamos de constatar que los niños son los más particularmente víctimas de esta afección, y es en ellos donde el linfatismo domina, y, si los niños pobres se hallan más frecuentemente atacados que los ricos, es que las condiciones de existencia de aquellos, lejos de corregir los efectos de esa predisposición, no hace más que acentuar los principales caracteres.

Causas predisponentes patológicas. — Fiebres eruptivas. Las influencias más activas son las fiebres eruptivas graves, el sarampión, la escarlatina, la viruela. Blanche, Guersant y Nélaton, han visto desarrollarse una Coxalgia en un niño que se entregaba a sus juegos habituales sin la menor dificultad, y que atacado de escarlatina tuvo una

luxación espontánea del fémur a los 17 días de la enfermedad.

Lo más ordinariamente, la enfermedad articular sobreviene en la declinación de la fiebre eruptiva, y reviste caracteres habituales de cronicidad.

La observación de Coxalgias sucediendo a la escarlatina, y empezando en la convalescencia de esta fiebre, es más frecuente de lo que se cree.

Verneuil ha visto la Coxalgia sobrevenir después de una coqueluche muy rebelde en una niñita.

El sarampión, la escarlatina, la coqueluche, la fiebre tifoidea, etc., y todas aquellas causas que obran debilitando el organismo, pueden enumerarse entre las que preparan el terreno para la infección tuberculosa.

Causas ocasionales. — Traumatismo.—Antes de conocerse la verdadera causa de la Coxalgia, se le achacaba exclusivamente al traumatismo. En la clínica, también los enfermos o sus familias suelen acusar un traumatismo como causa de la artritis tuberculosa; pero, si se analizan bien los hechos, resulta casi siempre que el artrocace es anterior al traumatismo, el cual no ha hecho otra cosa que agravar la tuberculosis preexistente.

La articulación enferma se resiste con mayor facilidad que una sana, de un ligero traumatismo, y esto hace que el paciente de mayor

importancia de la debida a un pequeño golpe o relajación articular.

La atrofia de los músculos, que acompaña a la Coxalgia desde los primeros momentos de su aparición, facilita también los esguinces articulares, que son reputados como causas, siendo en realidad efectos del artrocace.

Los experimentos realizados con el fin de determinar la influencia del traumatismo sobre la localización articular del bacilo de Koch, en animales tuberculizados previamente, han producido resultados contradictorios. Mientras admite Krause dicha influencia, llega Fridrich a negarla, basándose en idénticos resultados.

Los experimentos de Fridich y Hosell, que han demostrado la existencia de émbolos infectados en las arterias de la articulación, considerándolos como causantes de artrocaces, no se oponen a la influencia de los pequeños traumatismos, por cuanto éstos servirían para fijar los émbolos y para libertar y difundir los bacilos contenidos en estos.

Malas condiciones higiénicas. — Constituyen una de las circunstancias más importantes para el desarrollo de la Coxalgia. La vida en locales confinados, sin aire y sin sol, es dato que se ofrece todos los días en los enfermos que acuden a los consultorios públicos de las grandes ciudades. El

hambre es causa que también se comprueba en estos sugetos, y es el principal agente causal de las Coxalgias en los niños hijos de obreros pobres.

Contagio. — La vida en común con otros sugetos tuberculosos expone a la infección. Aquí estriba una de las mayores dificultades para resolver el problema de la herencia, al no saber si un niño trajo al mundo la infección, o se infectó de los padres en el momento de nacer.

CAPITULO III

Patogenia

El bacilo de Koch penetra a través de la piel o de las mucosas, atraviesa los linfáticos tributarios de éstas y llega a la sangre, la cual la deposita en la articulación por medio de pequeños émbolos, según lo han demostrado Fridrich y Hosell.

La localización puede ser ósea o sinovial. La ósea se realiza en la médula de las epífisis. La sinovial es de interpretación difícil. Parece lógico que los émbolos portadores de bacilos, los depositen en el espesor de la membrana y que ataquen desde este punto la superficie de la misma, como lo prueba, el hecho citado por Ely de haber hallado membranas articulares intensamente atacadas de tuberculosis, con superficie lisa y normal.

La interpretación que da Hildebrand a los exu-

dados fibrinosos y a los cuerpos riciformes que acompañan a toda sinovitis tuberculosa, parece hablar en favor de la invasión de la sinovial desde la superficie a la profundidad.

Hildebrand, admite la existencia de depósitos de fibrina en la superficie de la membrana sinovial, los cuales se infectan por los microbios y dan origen a fungosidades y a la destrucción del hueso y de los cartílagos. Por esta razón se hallan bacilos de Koch en el espesor de los cuerpos riciformes y en el líquido articular.

Sabido es que Huter y Pawlowsky produjeron artritis tuberculosas, inyectando cultivos tuberculosos puros en el interior de la articulación. El segundo de estos autores comprobó que las células conjuntivas de la sinovial y sus lagunas linfáticas eran las primeramente afectadas, que los fagocitos sucumbían unas veces en la lucha con los bacilos y los englobaban otras, transportándolos a distancia.

El origen sinovial parece dominar en las artritis tuberculosas. Esta nueva interpretación se debe, en su mayor parte, a las intervenciones quirúrgicas precoces, que permiten conocer el mal en sus principios, abandonando la opinión clásica que daba la preferencia al origen óseo. Sabido es que Koning de Berlín, y Nichols de Bostón, ad-

mitían que el hueso era casi siempre el origen del artrocace.

Hildebrand y Ely, admiten que la tuberculosis articular comience casi siempre por las partes blandas. Ely cita en su libro tres casos que son concluyentes a este respecto, pues en el acto operatorio mostraron lesiones en las partes blandas exclusivamente, y enfermos en los que las lesiones de los huesos eran evidentemente posteriores a las lesiones de las partes blandas. Opina Roosing, que la inmensa mayoría de las artritis tuberculosas del niño principian en la sinovial.

No tiene nada de extraño el origen sinovial de la artritis, cuando todos los días observamos en la clínica tuberculosis en las vainas tendinosas y en las bolsas periarticulares, que constituyen las tenosinovitis y bursitis. Ni unas ni otras tienen hueso en que pueda asentar el bacilo de Koch.

Admitido el origen sinovial como más frecuente que el óseo, queda por determinar que condiciones biológicas encuentra el bacilo de Koch para causar un artrocace en ciertos sugetos, y que condiciones faltan en otros para que a pesar de recibir estos émbolos infectados en su articulación, no sean víctimas del artrocace.

Los traumatismos microscópicos que hemos estudiado en la etiología, no deben ser los que constituyen estas condiciones, ya que, por su mecanis-

mo propio, afectan a todos los sugetos igualmente.

Queda solamente la escrófula, que pocas veces falta en los antecedentes de los que sufren artritis tuberculosas. Hasta en los que carecen de estigmas escrofulosos se hallará casi siempre una escrófula temporal, porque también temporalmente han estado sometidos a las condiciones antihigiénicas que la producen.

Actualmente, la escrófula se ha separado de la tuberculosis, entre otros, por hombre tan autorizado como Cornet. En la clínica se ven muchos sugetos escrufulosos cuyas lesiones están libres de bacilos de Koch, y el laboratorio (Wessokowiez) ha obtenido infartos ganglionares por medio de las inyecciones de tuberculina, lo cual ha servido para explicar la presencia de escrofulosis adenoidea sin bacilos, en los hijos de padres tuberculosos.

La escrófula parece ser una discrasia o distrofia, cuya esencia habría que buscar en alteraciones de nutrición celular, con alteración química consecutiva en la linfa del organismo. Las causas son la falta de aire, de sol y de alimentación, la sobra de trabajo, y todas aquellas circunstancias que, cual la lactancia, tanto debilitan al organismo. Con la escrófula se explica la facilidad que encuentra el bacilo de Koch para vivir en el

líquido articular alterado en su composición química. Modernamente Czerny achaca la escrófula a una desviación congénita del quimismo orgánico, que se manifiesta principalmente por la impotencia para transformar las grasas de los alimentos, y sobre todo de la leche materna.

En el curso del artrocace todo está sometido a las oscilaciones del estado general del enfermo; mejorando o agravándose la lesión local cuando lo hace su estado general. La operación quirúrgica mejor terminada fracasará, si no modificamos el estado general del enfermo.

Los buenos efectos que produce la helioterapia en los artrocaces, son debidos quizás a las modificaciones que origina en la vida celular del organismo, más que a los efectos de esterilización microbiana.

De cualquier modo que se interpreten los hechos que constituyen la artritis tuberculosa, resultará beneficioso para los enfermos, fundar el pronóstico y el tratamiento, atendiendo a la distrofia escrofulosa más que a la infección tuberculosa.

CAPITULO IV

Fisiología Patológica

En la fisiología patológica distinguiremos los períodos siguientes: 1.º Llegada del germen a la articulación; 2.º Fijación del germen en la articulación; 3.º Desarrollo del germen en la articulación; 4.º Desenvolvimiento de las lesiones articulares; 5.º Asociación de lesiones no tuberculosas; 6.º Aparición de los fenómenos generales de infección e intoxicación tuberculosas. 7.º Aparición de lesiones extraarticulares.

Primero. — Llegada del germen a la articulación.— El germen puede llegar a la articulación desde la piel o desde las mucosas digestiva y respiratoria, atravesar los linfáticos y llegar a la sangre que lo depositará en la articulación. Cada uno de estos puntos encierra problemas no resueltos todavía y que atañen a los tratados sobre la

infección del organismo por la tuberculosis, más que a un estudio especial como es el nuestro. Puede ocurrir que el gérmen se desprenda de una lesión preexistente en el organismo y sea acarreado por la sangre.

Segundo. — Fijación del gérmen en la articulación. — A favor de un traumatismo se constituye una hemorragia o trombosis pequeñísima y los microbios transportados en émbolos se fijan en aquella o ésta articulación.

Los traumatismos son casi siempre distenciones y relajaciones que a diario ocurren en órganos tan movibles como son las junturas orgánicas. Puede acontecer que sin traumatismo, los gérmenes contenidos en los émbolos, que circularán casi constantemente en los sujetos tuberculosos de antiguo, se fijan en la articulación tan pronto como las células de ésta se hayan debilitado o sus jugos linfáticos, incluso la sinovia, adquieran composición química que les permite vivir y multiplicarse. El germen puede fijarse en los huesos y en la sinovial. En los primeros lo hace en la médula ósea de la epífisis; en los segundos ya en el espesor de la membrana o bien en la superficie endotelial.

Tercero. — Desarrollo del gérmen en la articulación. — En la epífisis, crea los tubérculos, que al crecer llegan a la articulación levantando el

cartílago de incrustación, o perforando el periósstio y la cápsula articular, para invadir de fuera a adentro la cavidad de la articulación.

Cuarto. — Desenvolvimiento de las lesiones articulares. — A partir del hueso se forma la infiltración tuberculosa que, por sus fenómenos inflamatorios, desprende el cartílago o se desarrolla un foco limitado que se caseifica y el producto caseoso llega a la articulación desgastando y perforando el cartílago. Entonces estalla la verdadera sinovitis, casi siempre serosa, y que termina en hidrartrosis o pioartrosis.

Si el foco está en la articulación, las lesiones pueden adoptar dos marchas distintas. Una es la de proliferación fungosa en la cara interna de la sinovial que acaba por anular la cavidad de la articulación. Otra es la de precipitación fibrosa y organización de falsas membranas que corroen el cartílago y destruyen el hueso posteriormente. La hidrartrosis con el tiempo destruye los ligamentos por distensión y fija la juntura en una actitud determinada.

Las fungosidades hacen lo mismo por igual procedimiento. Las falsas membranas tabican la cavidad por adherencia de las superficies articulares entre sí. A la fijación articular y a la actitud viciosa contribuyen grandemente las contracturas tónicas de orden reflejo, cuya causa princi-

pal es el dolor articular. La fijación articular va acompañada de dos clases de lesiones: una es la supuración producto de la caseificación tuberculosa, otra es la ulceración del hueso por las presiones y la actividad microbiana. Cuando el foco empezó en el hueso, las pérdidas de sustancia de éste son causadas por el proceso tuberculoso, la caseificación y desprendimiento de las masas caseosas más tarde.

Quinto. — Asociación de las lesiones no tuberculosas. — Los estreptococos y estafilococos pueden unirse al pus de la tuberculosis y entonces la pasividad de éste se transforma en actividad. Las lesiones articulares y periarticulares agrándanse y la intoxicación orgánica general se presenta, como lo indica la fiebre alta que aparece en esos momentos. A las lesiones articulares se asocian atrofias musculares del miembro enfermo por neuritis ascendentes y por inactividad. El crecimiento del hueso se hace lentamente y siempre con gran retraso respecto al homólogo. Los huesos aparecen más pequeños y más frágiles; la piel deslustrada, atrófica y sin actividad funcional.

Sexto. — Aparición de los fenómenos generales de infección e intoxicación tuberculosas. — Ultimamente, aparecen las generalizaciones tuberculosas por desprendimiento de bacilos de la articulación para fijarse en el pulmón, las meninges,

el peritoneo o los ganglios. Otras veces estas lesiones más bien que generalizaciones son agravación de las preexistentes, en virtud de la decadencia orgánica que aparece en los últimos períodos. Si el sujeto no muere víctima de estas generalizaciones tuberculosas, lo hace por degeneración amiloidea del hígado, del bazo o de los riñones, causada por las toxinas tuberculosas y piógenas asociadas.

Séptimo. — Aparición de lesiones extraarticulares. — La destrucción articular se hace por las fungosidades o el pus. Unas y otra atacan primeramente las vainas tendinosas y las bolsas serosas periarticulares, contribuyendo con ello a agravar la contractura muscular. Los tendones quedan fijos por adherencia con sus vainas, las cuales son atacadas también por fungosidades o supuración. Se forman abscesos distantes, siguiendo el camino de las vainas y favorecidos por los movimientos tendinosos y articulares.

El tejido celular es atacado por el pus, y después la piel, en la cual se forma la fístula.

CAPITULO V

Anatomía Patológica

Pocas artritis, quizás ninguna, tienen variedad tan rica de lesiones, especialmente en los huesos que integran la articulación, como el coxartrocace. Por esto, describiremos sus lesiones, solamente de manera esquemática, remitiendo a los libros clásicos a quien desee conocer en todos sus detalles este asunto.

Las lesiones del coxartrocace pueden dividirse en cuatro grupos:

1º—Lesiones sinoviales. — Son las comunes a toda artritis tuberculosa; inflamación con placas de fibrina organizada, fungosidades y supuración.

2º Lesiones del fémur. — Se observan erosiones del cartílago de incrustación a causa de la invasión por la fibrina y la destrucción después. Otras veces el cartílago es desprendido del hueso por

la explosión de algún tubérculo subyacente, el cual vierte su contenido en la cavidad articular. Estos tuberculomas de la cabeza femoral pueden abrirse lateralmente en el cuello del fémur y hasta en el trocánter mayor, infectando las partes periarticulares y causando la supuración correspondiente. En ocasiones toda la cabeza del fémur sufre una infiltración tuberculosa que acaba por fundirla y hacerla desaparecer. Si la infiltración ocurre en el cartílago dia-epifisiario, puede dar lugar a un desprendimiento de la epífisis, la cual, separada del cuerpo del hueso, se halla libre en la articulación en forma de verdadero secuestro.

3º Lesiones de la cavidad cotiloidea.—Pueden ser erosiones y desprendimientos de secuestros a expensas del fondo de la cavidad. No es infrecuente que el reborde súpero-posterior de ésta se desgaste por la presión de la cabeza del fémur y éste, libre de su cabeza, fundida o desprendida, se disloca a la fosa ilíaca externa.

4º Abscesos. — Originados en la articulación, salen a través de la cápsula, o principiando en un tuberculoma de la cabeza o del cuello femorales llegan al exterior, sin pasar por la articulación.

Los hay también de procedencia coxal, los cuales invaden la región isquio-rectal, para presentarse después en el periné o la ingle. Los glúteos suelen invadir las bolsas serosas periarticu-

lares haciendo difícil el diagnóstico entre la artritis y la bursitis; y en uno y otro caso pueden correrse a larga distancia por las regiones del muslo.

CAPITULO VI

Sintomatología

Se describe habitualmente tres períodos clínicos en la Coxalgia: 1º Un período de principio. 2º Un período, caracterizado por la fijación de la cadera en una actitud determinada. 3º Un tercer período, que empieza con la luxación y los abscesos.

Período de principio. — Los dos primeros síntomas susceptibles de llamar la atención, son la claudicación y el dolor; se presentan desde luego bajo una forma muy vaga, de suerte que pueden pasar un cierto tiempo desapercibidos o parecer sin importancia.

Dolor. — El dolor acusado por el enfermo puede localizarse en la cadera, en la rodilla, y algunas veces en esas dos regiones simultáneamente. Cuando ataca a la cadera, es generalmente sordo,

obscuro y permite a los enfermos la marcha con una ligera claudicación. El dolor de la rodilla es más vivo, los enfermos se quejan de día marchando, y también de noche. Ese dolor hace creer muchas veces en una afección reumatismal de la rodilla. En presencia de una gonalgia se debe tener presente siempre la posibilidad de una Coxalgia.

El dolor a la presión da indicaciones mucho más precisas. La exploración de la rodilla en un Coxálgico no provoca dolores, aún cuando el enfermo se queja de esa articulación.

El mejor medio de explorar la sensibilidad de la cadera, consiste en ejercer directamente presiones sobre la articulación. Estando el miembro colocado en extensión, se llevan los dedos sucesivamente: Primero, hacia adelante, en el pliegue de la ingle, inmediatamente fuera de los vasos femorales, se siente ahí un relieve que corresponde a la cabeza del fémur recubierto por el psoas. Luego, hacia adentro, detrás de la saliencia de los adductores, a una pequeña distancia de la rama isquio-pubiana. Para examinar la cara posterior, se fleja el muslo y se lleva en adducción, de manera a hacer más accesible la cabeza femoral, entonces se hace presión por atrás y arriba del gran trocánter.

Todas estas presiones deben hacerse suavemen-

te, sin brusquedad, pero al mismo tiempo con cierta fuerza, pues la articulación es muy profunda. En caso de resultado positivo, se encuentran uno, dos o varios puntos dolorosos.

Claudicación. — La claudicación puede ser intermitente; en un enfermo en reposo, no se encuentra; la fatiga la revela. Por poco manifiesta, se nota perfectamente. El muslo del lado enfermo ejecuta con cierta pesadez y molestia su oscilación en cada paso; sus movimientos son dificultosamente libres. En un grado más avanzado, el muslo hace cuerpo con la pelvis y se mueve con ella.

Marchando el enfermo sobre un piso sonoro, los dos pasos sucesivos tienen una desigual duración, y los dos pies hacen un ruído diferente. El pie del lado enfermo pisa más suavemente, después de una oscilación más larga. Inversamente el pie del lado sano toca el suelo con más fuerza y permanece más largo tiempo posado.

Después de la marcha, la estación de pie merece ser examinada. El enfermo puesto parado y sin apoyo, se inclina y reposa sobre el miembro sano. Si se le invita a tenerse firme sobre los dos pies, lo puede hacer; pero si se le deja un rato en esa posición, no tarda en inclinarse subre el lado sano.

Movimientos de la cadera. — En los casos inci-

pientes, los síntomas precedentes, apenas marcados, pueden dejar lugar a dudas. El estudio de los movimientos de la cadera engaña raramente.

Estando acostado el enfermo sobre un plano resistente, en el decúbito dorsal, una mano, de preferencia la derecha, toma una de las piernas, mientras la otra mano se aplica ya sobre la respina ilíaca ántero-superior correspondiente, ya en la región lumbar. La mano que tiene el muslo imprime sucesivamente a la pierna todas las variedades de movimientos, mientras la otra mano indica si la pélvis permanece inmóvil o si sigue los movimientos del muslo.

Como en la investigación del dolor, se puede examinar primeramente los movimientos de la cadera sana, a fin de que el enfermo se familiarice con ese género de exploración y deje de oponer a cada movimiento la resistencia de los músculos. Enseguida cada movimiento del lado enfermo es comparado con el mismo movimiento del lado sano. La flexión, la addución, la abdución y la extensión se revisan así alternativamente. Para explorar la addución y la abdución, se coloca la pierna en semiflexión, después se lleva la rodilla alternativamente hacia adentro y hacia afuera. Una diferencia aún ligera entre la cadera enferma y la cadera sana es de una apreciación fácil. Para la abdución en particular, la más mínima

resistencia de los músculos adductores se hace manifiesta.

Esta serie de exploraciones se completa por el examen de los movimientos de rotación del miembro.

Desde el principio de la Coxalgia, la extensión de cada movimiento o de ciertos movimientos es limitada.

Atrofia muscular. — El sitema muscular es atacado siempre desde el principio; desde la época en que uno empieza a encontrar algunos trastornos articulares, el adelgazamiento y la atrofia de los músculos de la nalga y del muslo son evidentes. Esas dos regiones se aplanan por la desaparición de los relieves musculares. La excitabilidad de los músculos está parcialmente abolida. De la misma manera los movimientos reflejos están disminuidos.

Infarto ganglionar. — Lannelongue insiste con mucha razón en el infarto ganglionar del pliegue de la ingle. Se encuentra casi constantemente, desde el principio de la Coxalgia, uno o dos ganglios del volumen de una arveja a nivel o un poco hacia arriba del arco de Falopio, adentro o afuera de los vasos ilíacos. Otras veces, los ganglios infartados se sitúan más abajo, en el triángulo de Scarpa. Los ganglios infartados son indolentes o ape-

nas sensibles a la presión. Su presencia tiene una significación clínica de gran importancia.

Todos los síntomas precedentes, sirven solamente para establecer el diagnóstico de una artritis; no indican su naturaleza; la adenitis fría y crónica de la ingle parece particularmente especial a la artritis tuberculosa.

Segundo período. — Los síntomas descritos como pertenecientes al primer período, se encuentran en el segundo bajo una forma más grave: tales son los dolores espontáneos, el dolor a la presión, la limitación de los movimientos, la claudicación, los trastornos tróficos. El cuadro se complica con síntomas nuevos.

Actitud viciosa. — Lo que llama la atención es la actitud viciosa del enfermo; éste, parado, tiende a inclinarse sobre el miembro sano. Del lado de la Coxalgia, el muslo está flexionado, la rodilla igualmente flexionada está alejada de la línea media y la punta del pie desviada hacia afuera. Mirando el sujeto de perfil, se puede ver al primer golpe de vista, que la región lumbar está anormalmente encorvada, la nalga del lado de la Coxalgia, saliente, y la espina ilíaca anterosuperior, bajada y llevada hacia atrás.

La cadera está en flexión de 20, 45, 90 grados y hasta más, en abducción de 15 a 45 grados y en rotación externa.

Para determinar exactamente el grado de desviación de la cadera, se coloca el enfermo como en el primer período, en el decúbito dorsal, sobre un plano horizontal y resistente. El miembro sano se mantiene en la extensión durante el examen del miembro enfermo. Inmediatamente se aplica este miembro enfermo sobre el plano de la mesa, al lado del miembro sano, si esto es posible. Al mismo tiempo que se baja así el muslo la pelvis sigue el mismo movimiento, rotando alrededor de su eje bicoxal y la cruvadura lumbar aumenta hasta el punto de dejar entre la mesa y los lomos un pasaje libre para la mano.

Cuando se trae hacia la línea media el miembro fijado en abducción, se imprime a la pelvis un movimiento de rotación alrededor de su eje ántero-posterior; el lado de la cadera enferma se baja.

La rotación del miembro se traduce por inversión hacia afuera de la punta del pie. Así, cuando se trae hacia el eje del cuerpo el muslo fijado en flexión con abducción y rotación externa por la contractura muscular, la pelvis, que sigue los mismos movimientos se proyecta hacia adelante y se baja del lado enfermo; la rotación externa persiste.

Para medir exactamente la desviación del muslo, se debe colocar al enfermo en una posición tal

que la pelvis y el tronco todo entero se encuentren simétricamente colocados sobre el plano de la cama. Se llega a esto cuando, el hueco external, el ombligo y el medio de la región pubiana están en línea recta y el miembro sano normalmente extendido, las dos espinas ilíacas ántero-superiores se encuentran sobre una línea exactamente transversal y a una altura igual del plano de la cama. En esa actitud, el muslo forma: 1.º Con el plano de la cama, un ángulo longitudinal midiendo la flexión. 2.º Con el plano mediano del cuerpo un ángulo midiendo la abducción. El grado de rotación está indicado por la inversión del pie hacia afuera.

El acortamiento o el alargamiento del miembro, no nos detendrá mayor tiempo. Estos signos están lejos de tener la importancia que se la ha atribuido en otrora. Cuando se acerca al plano de la cama los dos miembros inferiores, uno en abducción, el otro en addución, el primero parece alargado, el segundo acortado.

Todo lo que precede tiende a demostrar que en el segundo período de la Coxalgia, el miembro enfermo está fijado en una actitud viciosa, habitualmente caracterizado por la flexión, la abducción y la rotación hacia afuera.

Limitación de los movimientos. — Estudiando la posición viciosa, hemos supuesto que la cadera

estaba completamente fijada y los movimientos abolidos. El hecho se presenta en efecto en el momento de los ataques agudos o subagudos de artritis. Pero en condiciones opuestas, a continuación de un período de reposo, por ejemplo, todavía existe una cantidad apreciable de movimientos. La flexión puede hacerse en una extensión de 20, 30, 45 y hasta 90 grados; de la misma manera la abducción y la rotación son posibles dentro de ciertos límites. Se debe proceder a la exploración de los movimientos con dulzura y precaución; evitar toda violencia. El menor dolor que se provoque despierta la contractura muscular y la cadera se fija inmediatamente.

Dolor. — Los dolores espontáneos varían de agudez y forma. Un cierto número de niños que no están sometidos a tratamientos, recorren todas las etapas de la afección, desde el principio hasta la luxación y los abscesos, sin experimentar dolor que les impida la marcha. La ausencia de dolor ha servido en semejantes casos de pretexto para no instituir un tratamiento.

Se puede oponer, es cierto, otros casos en los cuales el dolor es muy violento, tanto para necesitar el reposo en la cama durante un largo período de tiempo.

Grito nocturno. — Una sola explicación parece interpretar este síntoma. En estado de vigilia, los

músculos contracturados mantienen la inmovilidad de la cadera. Cuando el enfermo duerme, los músculos sufren la influencia de relajación del sueño. El miembro que estaba fijado en una actitud anormal, recobra una parte de su libertad, y sufriendo la influencia mecánica de la pesantez, puede hacer un movimiento de pequeña extensión, pero rápido. El dolor ligero y vagamente percibido excita un grito reflejo y hasta puede despertar el enfermo. Los músculos, adquiriendo de nuevo la vigilancia, hacen entrar todo en el orden anterior.

Trastornos tróficos. — Los trastornos tróficos del miembro inferior, que han empezado con la artritis, se agravan de una manera progresiva. Al cabo de un período de uno a dos años todos los tejidos, todas las partes del miembro están alteradas. La atrofia muscular se acentúa de más en más, sobre todo en la nalga y en el muslo.

Las alteraciones de los tegumentos son complejas. La epidermis se renueva anormalmente, y a menudo es seca y escamosa; los pelos son generalmente más gruesos y más largos que del lado sano.

Los trastornos tróficos más acentuados son los del esqueleto; los huesos del miembro enfermo son más delgados y más cortos.

La acción atrofiante de la artritis tuberculosa

no puede explicarse de otra manera sino por la influencia del sistema nervioso central. La articulación es el punto de partida de un reflejo medular cuya vía centrífuga se reparte por todos los nervios tróficos del miembro.

Tercer período. — Pudiendo la coxotuberculosis, en los casos felices, curar en algunos de los períodos precedentes, los accidentes del tercer período, luxación y abscesos, no sobrevienen sino eventualmente; ellos son la consecuencia habitual de la ausencia de tratamiento o de un tratamiento mal dirigido. En ciertos casos graves, al contrario, no se puede evitarlos.

Luxaciones patológicas. — Se distinguen dos tipos principales de luxación: luxación hacia atrás, o isquiática; luxación hacia adelante, ovalar o pubiana.

Luxación hacia atrás. — Cuando la luxación hacia atrás se produce, la posición del muslo cambia; la flexión persiste, pero la abdución se corrige poco a poco y hace sitio a la addución. Esta modificación resulta de que desapareciendo el punto de apoyo que el fémur toma sobre la ceja cotiloidea, la cabeza se eleva y se dirige hacia atrás, al mismo tiempo y por la misma razón, la rodilla se desplaza de fuera adentro. Este cambio de posición es el primer síntoma del desplaza-

miento. La flexión no se modifica; la addución se sustituye luego a la abdución.

La ascensión del fémur está indicada de una manera directa por la situación del gran trocánter. La línea recta yendo desde la espina ilíaca antero-superior a la tuberculosis isquiática, línea de Nélaton, es el mejor reparo.

Después de haberse demostrado que la cabeza femoral ha subido por encima y atrás de su nivel normal, queda por reconocerse su sitio exacto. Esta determinación es fácil o difícil, según el estado de las partes blandas de la nalga. La cabeza femoral ocupa a menudo un punto de la fosa ilíaca: luxación ilíaca; por excepción, se sitúa mucho más abajo, sobre la cara externa del isquión: luxación isquiática.

En luxación ilíaca la cabeza femoral está bien lejos de ascender siempre en la misma dirección; se la encuentra lo más amenudo arriba y atrás de la cavidad cotiloidea, es decir, en un punto más o menos elevado hacia la parte media de la fosa ilíaca. Es el tipo de luxación comúnmente descrito pués, es el más frecuente.

Las diferentes situaciones de la cabeza, arriba y atrás del cotilo (tipo habitual), ya acercándose a la espina ilíaca antero-superior o a la escotadura ciática, se traduce por otras tantas modificaciones en la posición del miembro inferior.

Se dice clásicamente que con la luxación ilíaca, el muslo se fleja y se coloca en adducción, que la punta del pie se desvía hacia adentro. Es en efecto lo que se observa cuando la cabeza femoral está situada arriba y atrás del cótilo; pero si la cabeza desplazada está más cerca de la espina ilíaca antero-superior, la flexión puede ser apenas marcada y hasta faltar.

Luxación hacia adelante. — Luxación pubiana. — Es una variedad poco frecuente. La rotación del miembro hacia afuera es tal que el pie reposa enteramente sobre el lecho por su borde externo.

Los movimientos de la cadera, flexión, rotación, muy poco extendidos, están limitados por una resistencia brusca e invencible. La cabeza femoral forma una fuerte saliencia bajo la arcada de Poupart.

Luxación obturatriz. — Esta variedad rara ha sido indicada por Portal, Audran, Marjolin. El miembro está en flexión, abdución y rotación hacia afuera. Del lado de la cadera se ve que el pliegue inguinal está como hundido y que en su tercio interno, cerca del surco génito-urinario, existe una tumefacción vaga; se puede constatar de otra manera que la nalga está aplanada, que la saliencia del gran trocánter ha desaparecido.

Abscesos tuberculosos. — El absceso es la complicación capital de la Coxalgia. Si la luxación defor-

ma la cadera y compromete sus funciones, la supuración es el accidente más peligroso para la vida de los enfermos. Raros en los sujetos tratados racionalmente desde el principio de la afección, los abscesos son al contrario muy frecuentes cuando la marcha no se ha detenido.

El desarrollo de los abscesos se hace lentamente, en general sin dolor; para descubrirlos, es necesario buscar directamente su presencia, que amenudo no se revela por ninguna modificación del estado general. En muchos enfermos se encuentra una disminución del apetito, al mismo tiempo un adelgazamiento y palidez del tinte. Los abscesos febriles son excepcionales.

Anatómicamente, los abscesos pueden dividirse en dos grupos bajo el punto de vista de su sitio: Abscesos anteriores y abscesos posteriores.

Abscesos anteriores. — Se encuentra esta clase de abscesos en la parte anterior del muslo, en todos los puntos de su mitad superior; pueden ocupar también la fosa ilíaca interna. La diversidad de sitio, de volumen y de forma podría hacer creer que su desarrollo no está sometido a ninguna regla precisa. Un cierto número de entre ellos, en efecto, ofrecen disposiciones excepcionales, que no se pueden preveer. Muchas variedades, por el contrario, tienen caracteres clínicos muy netos como para merecer una descripción.

Abscesos crurales externos. — Es la variedad más frecuente. La colección se presenta a un través de dedo debajo de la espina ilíaca antero-superior. A partir de ese punto, los abscesos se desarrollan de arriba a abajo, en el triángulo limitado hacia adentro por el sartorio y hacia afuera por el tensor de la fascia lata. Toman una forma elíptica muy alargada a gran eje vertical. Se puede reconocer su presencia desde que han adquirido el volumen de una ciruela, por los signos que da la palpación: tumor redondeado, fluctuante.

Abscesos crurales internos o adductores. — Estos abscesos toman nacimiento hacia adentro de los vasos crurales, en el espesor de los adductores. Su sitio es amenudo bastante profundo. Estos abscesos se abren en diferentes puntos: en el pliegue inguinal, en el pliegue génito-crural, en la cara interna o en la cara antero-interna del muslo. Como para los abscesos crurales externos, muchas fístulas pueden establecerse sucesivamente; todas estas fístulas se dirigen hacia la cadera, sea por un trayecto común, sea por trayectos distintos.

Abscesos ántero-superiores, o de la fosa ilíaca interna. — Haberen, que ha descrito estos abscesos los llama abscesos ascendentes; Cazin los llama recurrentes.

Pueden tener tres orígenes, de los cuales dos son principales. En primer lugar, un absceso cru-

ral externo o crural interno puede ofrecer a veces un alargamiento ascendente que pasa bajo de la arcada femoral siguiendo la vaina del psoas o la vaina de los vasos femorales. Una segunda variedad de abscesos de la fosa ilíaca tiene su foco primitivo en la cara interna de la pequeña pelvis, a nivel del fondo del cotilo. De este punto de partida, el absceso puede remontar hasta la fosa ilíaca interna. *Abscesos posteriores o glúteos.* — Son menos frecuentes que los crurales, y tienen dos orígenes: uno habitual, la cara posterior de la articulación; otro excepcional, la cara pelviana del cotilo perforado.

Los abscesos glúteos pueden abrirse en todos los puntos de la región, más frecuentemente a nivel de los vasos medianos del gran glúteo, entre el gran trocánter y la espina ilíaca póstero-superior. Un absceso glúteo puede prolongarse a la cara posterior del muslo.

Abscesos extra-articulares. — A veces la cavidad de un absceso consecutivo a la Coxalgia no comunica con la cadera. Los abscesos en relación con una lesión trocanteriana o con una lesión ilíaca vecina de la cadera son menos raros. Ciertos abscesos que han sido desde un principio una prolongación directa del foco articular forman más tarde una colección aislada que no comunica con la articulación.

Fístulas y supuración. — Con la abertura de los abscesos y la formación de las fístulas empieza la supuración propiamente dicha. El contenido de los abscesos tuberculosos, fríos y cerrados, no es pus; está habitualmente desprovisto de microbios piógenos. El pus verdadero se presenta desde que la ulceración de la piel ha expuesto la cavidad del absceso a la infección exterior.

La multiplicación de las fístulas es un hecho sino habitual por lo menos frecuente. Por poco que el trayecto supurante sea el sitio de un cierto grado de obstrucción o simplemente de estancación, el pus retenido no tarda en encontrar una salida por un nuevo orificio fistuloso. Así pueden presentarse dos, tres y más fístulas sobre diferentes puntos de un mismo trayecto seguido por un absceso.

La infección piógena ganando la articulación y todas las prolongaciones fungosas, es frecuente después de la abertura de un primer absceso.

Nada es más variable que la cantidad de pus dada por las fístulas. Depende sobre todo de la disposición y del número de los trayectos, como también del estado general del enfermo. Un solo orificio fistuloso, respondiendo a un solo absceso, en un sujeto cuyo estado general se ha mantenido bien, da un flujo mínimo. Al contrario, la supuración puede ser extremadamente abundante cuan-

do el enfermo se adelgaza, y que la cadera, tumefacta en todas sus partes, se abre por una decena de trayectos largos y sinuosos.

La septicemia crónica, que resulta de esta supuración persistente, altera más o menos rápidamente la salud general.

CAPITULO VII

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial tiene importancia extraordinaria por la semejanza sintomática de ciertos procesos de la cadera, y por la obscuridad que ofrece la sintomatología de todas las lesiones de esta región. Se diferencia de la dislocación congénita de la cadera, porque, en ésta, el niño claudica desde sus primeros pasos; no existe dolor a la presión; la inflamación y las contracturas musculares están ausentes, no hay imposibilidad de movimiento, el acortamiento del miembro será bastante grande y la cabeza del fémur se hallará fuera de la cavidad cotiloidea según demostrarán la palpación y los rayos X. Además, en la dislocación congénita, empujando y tirando del pie, se observará un deslizamiento hacia arriba y hacia abajo del trocánter mayor y de la cabeza del fémur

El diagnóstico diferencial con la coxavara (incurvación del cuello del fémur), se hace, porque en ésta, el miembro está en aproximación, extensión y rotación externa, y porque la separación, la flexión y la rotación interna, hallan obstáculos. El acortamiento existirá juntamente con la extensión; mientras que en la artritis tuberculosa el miembro estará acortado juntamente con la flexión. Los rayos X demostrarán que, en la coxavara, el ángulo entre el cuello y el cuerpo del fémur es menor que en condiciones normales. La claudicación, el dolor, y la limitación de movimiento, son comunes a coxavara y Coxalgia.

Puede confundirse la Coxalgia con la artritis crónica de origen trófico. Se diferencia en que ésta se presenta solo en períodos avanzados de la vida y empieza siempre de manera insidiosa y sin fiebre. La desaparición de movimientos se ve que es causada por la existencia de obstáculos mecánicos en la artritis trófica y no por contracturas musculares, como ocurre con la tuberculosis. Los infartos ganglionares faltan también en la artritis trófica.

El desprendimiento epifisiario y la fractura del cuello del fémur se diferencian por los antecedentes de traumatismo y por las radiografías.

Con la osteitis del cuello del fémur se confunden por la claudicación y el dolor que son comu-

nes a ambas enfermedades. Se diferencia porque empieza siempre en la época del crecimiento del enfermo, con fiebre más elevada que la tuberculosis, con integridad de movimientos pasivos y con sombras radiográficas de osteitis en el cuello. El reposo o la inmovilización con vendaje enyesado suprimirán los dolores en el caso de osteitis de cuello, en el corto espacio de tiempo de 8 a 10 días.

Las artritis estafilococcicas de la cadera aparecen más bruscamente, con fiebre alta, escalofríos y dolores más intensos que las tuberculosas.

El mal de Pott, acompañado de abscesos osifluentes inguinopélvicos, podrá ser causa de error. Se salvará éste, examinando bien la columna vertebral y la fosa ilíaca para determinar el origen del pus, las deformidades vertebrales o los puntos dolorosos. Pero el síntoma de más valor será que el póttico tiene integridad en los movimientos de la cadera.

La artritis tuberculosa sacro-ilíaca se conocerá porque el dolor a la presión existirá al nivel de la articulación sacro-ilíaca y por la integridad de los movimientos pasivos del muslo.

Las lesiones medulares infantiles simulan a veces el tumor blanco de la cadera. Se diferenciarán en la falta de dolor a la presión, en la presencia de trastornos motores de la pierna y pie, y por la

radiografía que acusará integridad de la articulación coxo-femoral. La coxalgia histérica simula perfectamente la tuberculosa, pero en aquella existe una hiperestesia superficial o cutánea que no existe en ésta; la anestesia clorofórmica hará desaparecer las actitudes viciosas de la histeria y permitirá en cambio los movimientos articulares en el coxartrocace. La radiografía acusará integridad anatómica en la histeria. Los antecedentes serán histéricos o tuberculosos, respectivamente.

La ciática o neuralgia del nervio ciático tiene puntos dolorosos en el trayecto de éste, antecedentes reumáticos o gotosos, dolores más intensos en el reposo y por la noche; integridad de los movimientos articulares. Con la artritis hemofílica el diagnóstico diferencial es muy difícil y un error en este sentido sería altamente perjudicial para el enfermo. Se hará la diferenciación de una y otra por los antecedentes del hemofílico que consistirán en epístasis repetidas, hemorragias al menor traumatismo, etc. El color terroso de los hemofílicos que contrasta con la conservación de su panículo adiposo; la falta de infartos ganglionares en la ingle; la brusquedad en la aparición de los síntomas articulares no se observarán en el coxartrocace.

CAPITULO VIII

Curso y pronóstico

El curso de la artritis tuberculosa es muy largo, tanto si se abandona a sí misma cuanto si se interviene. Con el tratamiento conservador casi todos los autores, entre ellos Menard, Calot y Garré, fijan el plazo de tres años para la curación de la artritis.

Abandonada a sí misma, la artritis puede durar mucho más tiempo a causa de la persistencia de los abscesos articulares y periarticulares; aunque no es infrecuente observar artritis libres de todo tratamiento y hasta intervenidas de manera empírica por curanderos, que han curado en plazo más corto de tres años.

La Coxalgia, lo mismo que todas las artritis, cura dejando siempre alteraciones funcionales de la articulación y casi siempre en anquilosis alta-

mente dificultosas para la marcha del sujeto. En cuanto al pronóstico vital, diremos que, la Coxalgia, lo mismo que todas las artritis tiende a la curación si podemos instituir la inmovilización articular, y obtener la tonificación del enfermo. Este último es lo que guiará siempre el pronóstico, obligándonos a formularlo grave si el sujeto no repone de fuerzas, a pesar de la higiene y medicación que se han instituido. En este caso la Coxalgia llegará al tercer período con los abscesos y fístulas primero y la septicemia después, que acabarán en la caquexia, la degeneración amiloidea visceral o las supuraciones a distancia.

El pronóstico es tanto más leve cuanto mejor es el estado general del enfermo; más leve en el primero que en el segundo período y en este que en el tercero.

Son más leves las coxalgias de lesiones femorales exclusivamente que las de lesiones del hueso coxal o ilíaco.

Los abscesos intrapélvicos son extraordinariamente graves. Vincent, cuenta entre 22 casos de tuberculosis cotiloidea (14 acetabulares y 8 fémoro-acetabulares) 8 muertos, o sea una mortalidad de 33.33 por ciento; en tanto que, en 14 Coxalgias femorales no tiene más que 3 muertos, o sea un 21 por ciento.

En el libro de Keen se fija en un 30 por ciento la mortalidad de la tuberculosis de la cadera.

Bruns ha declarado que en las coxitis la terminación mortal sobreviene en un 40 por ciento de los casos después de unos 3 años de duración de la enfermedad. La muerte tiene lugar casi siempre por tuberculosis pulmonar, meningea o miliar generalizada. La tuberculosis meningea fué la causa en un tercio de los casos en los niños hasta la edad de 15 años.

Según V. Bruns, se curan un 77 por ciento de los casos en las formas no purulentas y un 42 por ciento en las purulentas. La aparición de la supuración articular agrava el pronóstico, produciendo más del doble de la mortalidad (32 por ciento contra 58 por ciento). El primer decenio de la vida presenta un 65 por ciento de curaciones; el segundo un 56 por ciento; el tercero y cuarto decenios solamente 28 por ciento.

CAPITULO IX

Tratamiento

Tratamiento general. — Recordando la importancia que tiene la alteración general del organismo en las artritis bacilosas, se comprenderá la que adquiere el tratamiento general que tiende a normalizar las funciones orgánicas. En casi todos los casos de artritis tuberculosas, hallamos una perturbación profunda del organismo, que ha favorecido la infección y que sigue favoreciéndola todavía después de su aparición. Por lo tanto el tratamiento general viene a llenar una indicación causal, esencial en la terapéutica de la Coxalgia.

La importancia es mayor que la del tratamiento local. Se demuestra en la clínica observando que éste, sea de la clase que fuere, fracasa si no le ayuda aquél. En cambio es posible que el artrocace se cure con la institución exclusiva del tratamien-

to general, es decir, sin terapéutica local de ninguna clase.

El aire, el sol y los alimentos son los tres recursos más poderosos y eficaces en el tratamiento de las artritis bacilosas. La mayoría de estos enfermos lo son por falta de tales elementos y al reintegrárselos no es de extrañar que respondan rápidamente con una mejoría franca.

Aire. — El aire debe ser abundante y puro. Deberemos sacar a los enfermos del confinamiento en que se hallaban y procuraremos que noche y día, en verano y en invierno, se encuentren al aire libre. El ideal será llevarlos a la montaña o a la playa, donde el aire es puro. Si no se puede conseguir habremos de procurar un cambio de residencia del enfermo, a otra localidad situada a mayor altura y en pleno campo. Si tampoco este fuera posible, convenceremos a la familia de la necesidad de colocar el enfermo en el campo todo el día, fuera de la casa o dentro de ella con las ventanas abiertas noche y día. Al implantar el sistema de aire libre, habremos de hacerlo gradualmente, evitando los cambios bruscos tanto en el lapso de tiempo de exposición al aire, cuanto en la protección del enfermo contra el frío.

El aire libre y fresco, sobre todo en la montaña, abre el apetito de los enfermos y así obtienen la

condición primera para que la alimentación sea intensiva.

Alimentación. — La alimentación será la más nutritiva posible y siempre en armonía con las funciones gástricas e intestinales, que deberán ser vigiladas cuidadosamente. No basta introducir alimentos en el estómago, es necesario que sean digeridos. En los niños habremos de cuidar especialmente de las funciones digestivas, haciendo una alimentación a base de leche, féculas, un poco de carne y frutas cocidas o crudas. El aumento en peso de éstos enfermos será buen guía para saber como se hace la alimentación.

Para ayudar la alimentación podrá usarse el aceite de hígado de bacalao y los glícerofosfatos de cal. De éstos podrán darse medio gramo por la mañana y medio gramo por la tarde a los adultos y veinte centígramos a las mismas horas, a los niños.

Del aceite de hígado de bacalao se tomará una cucharada grande en cada comida para los adultos, y una pequeña para niños, aumentando dos pequeñas mañana y tarde si el estómago no protesta.

La solución Keppler, de aceite de hígado de bacalao y malta, surte buenos efectos y la toman los enfermitos con agrado por el color agradable y el sabor atenuado que tiene la solución.

Helioterapia. — El sol es un recurso cuya influencia ha sido estudiada últimamente en Suiza, por Bernhard en Samaden y San Moritz, y por Rollier en Leysin.

La influencia de los rayos solares se explica admitiendo su capacidad de penetración en el organismo. Malgat en Niza, ha podido impresionar una placa fotográfica con las rayos solares a través del torax de un hombre, y Witner ha repetido con éxito el experimento. Los rayos ultrarrojos serían los de más energía y mayor penetración, pero según Rollier, casi todos los rayos del espectro penetrarían en el organismo, gracias al pigmento cutáneo. Este obraría cambiando los rayos ultravioletas en otros de mayor longitud de onda y más penetrantes. Los hechos observados en enfermos sometidos a la helioterapia acusan un aumento de glóbulos rojos como también un aumento de hemoglobina.

Además, los rayos solares, reintegran a la piel las funciones secretorias y osmóticas y quizás otras desconocidas aún, que habrán sido alteradas en la confinación y falta de luz a que estuvo sometido el enfermo.

Cualquier sitio puede servir para implantar la helioterapia, aunque las planicies no son tan buenas por estar influenciadas con el calor intenso

que debilita, hace sudar a los enfermos y disminuye también su apetito.

En la montaña disponemos de luz, más rica en radiaciones actínicas, por lo mismo que muchas de éstas no han sido absorbidas por las capas atmosféricas que hay en la playa.

«Entre todas las flores, es la humana la más necesitada de sol», ha dicho Michelet. «La tuberculosis es la enfermedad de la obscuridad», ha dicho Juillard en su investigación sobre las causas de la tuberculosis en París.

La helioterapia es un recurso de efectos positivos para mejorar el estado general de los enfermos de tuberculosis articular y para curar por sí sola esta tuberculosis en bastantes casos.

En Leysin, se practica la helioterapia exponiendo toda la superficie del cuerpo de los enfermos a los rayos solares durante el día, de la mañana a la tarde. Los enfermos están desnudos completamente, excepto la cabeza la que llevan protegida por un sombrero blanco de hilo.

Antes de llegar a largas exposiciones solares se principia por cortos espacios de tiempo y exponiendo gradualmente superficies de piel pequeñas desde los pies a la cabeza. La alimentación, el aire y la luz causan por sí solo buenos efectos, pero a veces conviene ayudarles con otros me-

dios, porque son insuficientes o porque no han podido emplearse en forma y grado a propósito.

Crenoterapia. — Las aguas minerales, salinas y yodadas, han gozado siempre de gran prestigio en los enfermos atacados de artrocaces a causa del fondo escrofuloso que tienen siempre estos pacientes.

Los baños salinos tienen efectos beneficiosos sobre la circulación y sistema nervioso, por la presión del agua al actuar sobre la piel y los cuales son comunes a todos los baños. Tienen además los que producen las sales que llevan disueltas.

El cloruro de sodio al empapar la epidermis, produce una exósmosis y tonificación de los filetes nerviosos distribuidos en la piel, según ha podido determinar Benecks.

La temperatura en que se usan los baños son de 32° a 29° y hasta 27°. Se comienza con baños de 5 a 10 minutos y se llega según los casos, a 30 y 45 minutos de duración.

Farmacoterapia. — Entre los medicamentos útiles a los artrocaces, tenemos, en primer término, el yodo, sobre todo cuando se tropieza con niños de heredo-sífilis, caso que suele ser frecuente. Cuando se administra el yodo a los niños, debemos vigilar atentamente el yodismo, para suspender la medicación tan pronto como aparecen el catarro nasal, el catarro de las conjuntivas, el sabor

metálico, las náuseas y la diarrea. Una de las formas más usadas es la tintura de yodo; una gota en las dos principales comidas durante 15 días en los niños; dos gotas en los adultos. El hierro y el arsénico en sujetos anémicos con escrofulosis tórpidas, son de utilidad. Se emplea el arseniato de hierro Zambeletti, en inyecciones hipodérmicas, y también el licor de Fowler.

Los cacodilatos en inyecciones hipodérmicas; 5 centígramos diarios en el niño y 10 en los adultos, durante 12 a 15 días se toleran bien y engordan rápidamente a los enfermos.

Tuberculina. — Nosotros no somos partidarios de la tuberculina por considerarla peligrosa para los tuberculosos articulares, en cuyas lesiones la principal defensa contra la infección será el no alterar el estado general. Y la tuberculina, aún bien administrada, es altamente perturbadora. Su empleo ha gozado de algún favor en Inglaterra y Norte América. Hoy parecen apagados aquellos entusiasmos.

CAPITULO X

Tratamiento local

La indicación más general y más importante del tratamiento local consiste en asegurar el reposo de la cadera.

La posición acostada es la condición fundamental del tratamiento de la coxo-tuberculosis durante todo su período de actividad, y la marcha no se autorizará sino en la época de la curación definitiva.

Tratamiento del primer período. — Cuando se han reconocido los primeros síntomas de la coxalgia, dolor en la rodilla, dolor en la cadera a la presión, limitación ligera de ciertos movimientos, adenopatia inguinal, no es permitido esperar una confirmación del diagnóstico abandonando los enfermos. En caso de duda, se impone el reposo en la

cama. Cuando la duda ya no existe, el tratamiento se aplica con todo su rigor.

Inmovilización y decúbito dorsal. — Como lo hemos dicho ya, el enfermo se colocará en la posición acostada con la cadera inmovilizada lo mejor posible. A estas dos condiciones, es necesario agregar la posibilidad de trasportar al enfermo.

Gotiera de Bonnet. — Esta gotiera ofrece muchas imperfecciones. Tiene un inconveniente de orden extra-médico, pero sin embargo de un cierto interés práctico: es de un precio elevado para muchos enfermos. Con la gotiera de Bonnet, que recubre las caras laterales al mismo tiempo que la cara posterior del tronco y de los miembros inferiores, se está obligado a levantar el enfermo de su aparato cada vez que se procede a su limpieza completa.

Aparato de Lannelongue. — Lannelongue emplea un aparato más simple que la gotiera de Bonnet y construida según un principio diferente. Este aparato se compone de un colchón de crin, espeso, de ocho a diez centímetros, y sostenido por un plano de madera, y de piezas accesorias; una cintura abrochada hacia adelante, hecha en tegido blando, y un vendaje de cuerpo entero. A la cintura se prende por atrás dos cintas largas para ser fijadas a los barrotes de la cabecera de la cama.

Convenientemente cuidado el aparato, llena las indicaciones más importantes. El enfermo está acostado y movilizado de una manera suficiente y es fácilmente transportado; llena pues tres condiciones esenciales.

Aparato del Dr. Máximo Castro. — Imita la cataplasma enyesada de Olier, es sencillo y práctico. Debe abrazar el miembro inferior hasta cuatro dedos por encima del maléolo, todo el abdómen y torax hasta la altura del mamelón. Se coloca el niño en el soporte pélvico de Ollier, se lava cuidadosamente con jabón el miembro enfermo y todas las partes a recubrir. El miembro enfermo debe estar en buena posición, es decir, en rectitud y mediana abdución, en ángulo de 25 a 30 grados, para evitar así la addución que, como dice Kirmison es la fuente de todos los males pues ella favorece el desgaste de la cabeza femoral y de la parte superior y posterior del rodete cotiloideo, produciéndose así las luxaciones espontáneas. Se recubre todo el cuerpo con algodón esterilizado.

El aparato se construye en lata, tiene la forma de un nueve, guardando lo que podríamos llamar la extremidad cefálica del aparato, una dimensión tal capaz de abrazar perfectamente la pelvis, y el bástago vertical con suficiente amplitud como para abrazar la extremidad inferior enferma, tenien-

do escotaduras apropiadas para favorecer el repliegue de la lata.

El aparato es bien tolerado, liviano, de fabricación casi instantánea y tan sencillo que puede construirlo cualquiera; además es limpio, e inmoviliza bastante bien la articulación y, dato no importante de despreciar, dada la cantidad de enfermos pobres, su precio es reducido, al alcance de todos los bolsillos.

Extensión contínua. A la inmovilización hay gran ventaja en agregar, desde el principio de la coxo-tuberculosis, la acción de la extensión contínua. La extensión se aplica, siempre que sea posible, sobre el muslo.

El aparato extensor debe tomar el muslo desde arriba de los cóndilos femorales. El peso que conviene emplear varía con la edad y el rigor del sugeto. En los niños, se empieza con 500 gramos y se llega en algunos días a dos o tres kilos. Después de los 10 años, el peso puede ser aumentado hasta cuatro, cinco y seis kilos. Se llega al máximum cuando la extensión, hasta ahí bien soportada, se vuelve incómoda y transtorna el sueño. Cuando se aplica la extensión, se debe cuidar de que el pie conserve su dirección normal.

El tratamiento local del primer período de la coxo-tuberculosis consiste esencialmente en tener el enfermo acostado sobre un aparato portátil, en

inmovilizar la cadera y en practicar la extensión continua sobre el muslo.

Los síntomas no tardan en ceder uno tras otro. El dolor de la rodilla y las contracciones musculares se atenuan rápidamente. El dolor de la cadera a la presión, más tenaz, se vuelve más oscuro, mal determinado, al cabo de algunas semanas o de uno a tres meses cuando más. Al cabo de este período, la mejoría es en todo caso sensible y, amenudo, la atrofia muscular y la adenopatia inguinal son las solas trazas manifiestas de la enfermedad.

El tratamiento de la Coxalgia en el primer período se estima en un año de duración. Si algunos casos excepcionalmente felices han podido llegar a una curación completa después de un reposo de algunos meses solamente, el número considerable de recidivas graves que se observan después de diez, quince, veinte meses de tratamiento sin interrupción, debe servir de base para la conducta a seguir.

Agentes modificadores de los focos tuberculosos. — Cuando fué abandonado en su misma cuna el bisturí por inútil y dañino, se dirigieron los prácticos a la geringa, guiados por la misma idea que los había llevado poco antes a esperar la curación con el cuchillo; y en efecto, por lo menos el procedimiento no era cruel, puesto que no era

cruento y permitía empapar las superficies enfermas con el líquido bactericida y modificador. Las soluciones que fueron empleadas en esta práctica han sido numerosas, entre ellas podríamos citar como habiendo gozado de cierta preferencia: la glicerina yodoformada, el naftol alcanforado, el cloruro de cinc, el ácido fénico, el éter yodoformado, la tintura de yodo, etc.

Los resultados no estuvieron en razón directa con las esperanzas que se habían concebido con tal método; ellas, que tan buen resultado habían dado en los tumores blancos de otras regiones, no se mostraron acá eficaces, quizás debido a causa de la disposición anatómica particular de la articulación coxo-femoral.

Después de la experiencia que da una larga práctica, Calot, especialista de talento en estas enfermedades, lanzó una fórmula de inyección superior a las empleadas hasta entonces, que era la que había empleado en el tratamiento de los abscesos fríos. La fórmula es la siguiente: naftol alcanforado 20 gramos, aceite esterilizado 34 gramos, éter 34 gramos, yodoformo 9 gramos, creosota 2 gramos, guayacol 1 gramo. Los resultados obtenidos hasta ahora permiten continuar en la vía de los experimentos.

Tratamiento del segundo período. — En el segundo período la cadera está más o menos fleja-

da y generalmente desviada en abducción con rotación hacia afuera. Los fenómenos dolorosos son muy variables: ya casi nulos, ya muy acentuados.

Las indicaciones generales del tratamiento son las mismas que las del principio de la afección, y se imponen con más rigor.

El enfermo debe estar sujeto a la inmovilización en el decúbito dorsal. La extensión contínua es también de una aplicación muy frecuente.

Cuando la posición anormal de la cadera es de fecha reciente, cede a menudo, al menos en parte, con la sola influencia del reposo; el dolor y las contracturas disminuyen, los movimientos y especialmente la flexión adquieren más amplitud, la extensión y la abducción reaparecen más dificilmente.

Esta mejoría es más sensible y más rápida si a la inmovilización se agrega la extensión contínua. Es en efecto sobre todo en este período que la extensión contínua da los resultados más felices. Bajo su influencia, los dolores espontáneos de la rodilla y de la cadera, los gritos nocturnos cesan habitualmente de una manera muy rápida. La flexión del muslo no tarda en disminuir. Para obtener estas modificaciones favorables por la extensión, es necesario saberlo dosarla. Se aumenta el peso progresivamente hasta que sea bien soportado; en cuanto ocasione una molestia nota-

ble, de día o de noche, se detiene el aumento de peso, o, si es necesario se disminuye un poco la fuerza de la extensión. El máximo es habitualmente de dos a cuatro kilos para los muy niños, de cuatro a seis kilos para los sujetos vigorosos y de más edad.

El beneficio de la extensión se hace sentir al cabo de 2 a 3 semanas. Los dolores, y en particular el dolor de la rodilla, se calman rápidamente.

Enderezamiento brusco y aparato enyesado. — Cuando la actitud viciosa es muy antigua y la extensión contínua no modifica la posición del miembro, el tratamiento quirúrgico comporta dos indicaciones nuevas.

El mejor, y a menudo el solo medio de corregir la actitud viciosa consiste en practicar el enderezamiento brusco bajo el cloroformo. Estando el enfermo dormido completamente, se comienza por movilizar la cadera y por romper, no las adherencias intraarticulares, que no existen habitualmente, sino las partes fibrosas que bridan la articulación por todos los lados, imprimiendo movimientos en todas las direcciones, flexión, extensión, aducción, abducción. Se insiste en el movimiento más limitado: la extensión. Estas maniobras exigen el empleo de la fuerza, pero es prudente quedarse en determinados límites, pues hay que tener presente la fragilidad del fémur.

Raramente la articulación resiste a las maniobras del cirujano, pero se encuentra a veces un obstáculo bastante grande en la retracción de los músculos y aponeurosis.

Después del enderezamiento, el enfermo dormido todavía, se coloca sobre una mesa soporte; un ayudante mantiene en buena posición los dos miembros inferiores. Se recubre con una espesa capa de algodón las partes que debe abarcar el aparato, tronco y miembro inferior. Un vendaje moderadamente apretado mantiene el algodón. Luego se aplica el yeso; se procura recubrir la cadera no solamente afuera y adelante, sino también hacia atrás. Si se olvida este último punto, la pelvis se escapa del aparato enyesado y la flexión tiende a reproducirse.

Después de seco el yeso, se acuesta al enfermo sobre un colchón ordinario, pero delgado y duro y sostenido por una plancha, que lo mantiene derecho.

El uso de este enyesado se prolonga más o menos largo tiempo, según las circunstancias. Después de la supresión del enyesado, se mantiene el enderazamiento adquirido del miembro volviendo a la inmovilización precedentemente indicada.

En resumen, la coxotuberculosis de fecha muy reciente, con anquílosis sobre todo muscular, debe ser tratada por la inmovilización con el apa-

rato del doctor Castro u otro: inmovilización y extensión contínua. La cadera se endereza y cesa de ser dolorosa.

El enderezamiento brusco, bajo la acción del cloroformo, se hace necesario en los casos inveterados. La fijación de la cadera en una actitud viciosa no siendo producida exclusivamente por los músculos, y más bien siendo debida a la retracción fibrosa, la extensión contínua permanece impotente para enderezar el muslo.

La inmovilización rigurosa por el aparato enyesado conviene especialmente a la coxotuberculosis complicada de dolor violento y persistente y de empastamiento periarticular.

El tratamiento racional de la coxotuberculosis, antes de la luxación y los abscesos, consiste en la asociación y el dosaje de estos diferentes medios, haciendo desempeñar a cada uno el papel que conviene, sin preferencia exclusiva y sistemática.

Tratamiento del tercer período. — Hemos visto que el tercer período, convencionalmente admitido, se caracteriza por la supuración, por la luxación patológica, o por una y otra simultáneamente.

Tratamiento de los abscesos tuberculosos no abiertos. — Hay ventaja considerable en evitar la transformación de los abscesos tuberculosos en fístulas que producen un pus infeccioso. El fin del

tratamiento está bien determinado: evitar la supuración propiamente dicha y hacer desaparecer el tuberculoma líquido o absceso tuberculoso; de otra manera, curar el absceso tuberculoso sin la infección piógena.

El éxito puede obtenerse por tres medios diferentes: la expectación en condiciones favorables, las punciones seguidas de inyecciones modificadoras, la incisión aséptica con curetaje, o la ablación total.

Cuando se descubre un absceso en un coxálgico, se mantienen las condiciones indicadas precedentemente para la Coxalgia no complicada: actitud acostada, inmovilización, extensión contínua. Si el muslo está en una posición viciosa muy acentuada, se practica el enderezamiento, pero el aparato destinado a mantenerlo deberá dejar los abscesos al descubierto, lo que no es siempre fácil.

Bajo la influencia de la inmovilización de la cadera y las condiciones higiénicas favorables, un absceso de pequeño o mediano volumen se reabsorbe a veces expontáneamente al cabo de algunos meses.

La expectación sirve solamente para los abscesos profundos y de pequeño volumen, para los cuales ningún tratamiento es urgente.

Desde que la colección ha tomado un cierto volumen, y sobre todo desde que tiende a ponerse

superficial, se debe modificar su marcha por un tratamiento activo. La punción debe ser seguida de una inyección. Dos líquidos se disputan el favor general como agentes modificadores; el iodoformo en solución en el éter a 5,10 por ciento, o en suspensión en la glicerina en las mismas proporciones, o el naftol alcanforado. Los abscesos se vacían sin aspiración con el aparato de Potain. Inmediatamente después de vaciados se les inyecta un poco de solución boricada de manera a distender moderadamente la bolsa del absceso. El líquido se evacúa con restos de grumos o líquido puriforme. La inyección boricada se repite cuatro, cinco veces y más, hasta que salga limpia. Luego se inyecta una cantidad de naftol alcanforado variando de 25 a 50 gramos, según la capacidad del absceso. El trocar se retira enseguida y el orificio de la punción se cierra con colodion. Se renueva esta punción, siempre seguida de inyección cada diez días, más o menos.

En resumen, en presencia de un absceso profundo y de pequeño volumen, es permitido abstenerse de intervenir, contentándose con inmovilizar la cadera. Si este absceso aumenta de volumen o permanece indefinidamente estacionario, se recurre a la punción seguida de inyección. Más del 75 por ciento de los abscesos curan por este medio sin fístula.

Tratamiento de las fístulas. — Una fistulita no dando lugar más que a un flujo mínimo de pus no compromete la salud general. Se la recubre de un apósito antiséptico bien fijado y el enfermo se inmoviliza según las reglas habituales. Ninguna intervención quirúrgica está indicada.

Cuando una fístula articular supura abundantemente, la aplicación de apósitos superficiales no es suficiente. Si se reconoce que la abundancia de pus puede ser atribuida a las sinuosidades y a los divertículos del trayecto, se debe regularizar el drenaje. Esta intervención es incompleta, y la supuración se reduce raramente en cantidad. La razón está en que la articulación de la cadera se presta mal por sus disposiciones anatómicas a un drenaje perfecto. A menudo la supuración resiste a todos los cuidados que se toman para asegurar el drenaje y la regularidad de los apósitos. El estado general se altera y no se detiene la marcha agravante de la enfermedad más que a costa de una resección.

Resección de la cadera. — La resección de la cadera es una operación de necesidad, reservada a la coxotuberculosis supurada y fistulosa, que no puede curar por otros medios. La indicación única, por así decir, de la resección ha sido formulada precedentemente. La motiva, la abundancia y la persistencia de la supuración.

Determinar en que momento una Coxalgia cesa de ser curable sin intervención operatoria es un problema delicado.

Desde que se ha visto la supuración persistir largos meses a pesar de las buenas condiciones higiénicas, a pesar de los tratamientos bien hechos y que su abundancia amenaza la salud general, la resección se torna urgente. Esperar más tiempo sería poner el enfermo en condiciones desfavorables, pues las alteraciones óseas, en vez de repararse, se extienden y la salud general se altera.

Para muchos cirujanos la albuminuria es una contraindicación operatoria. Menard ha constatado en lo que se refiere a los niños que la albuminuria no aumenta sensiblemente la mortalidad operatoria inmediata.

Desarticulación de la cadera. — Cuando después de una resección no se ha obtenido una mejoría permitiendo esperar la curación, cuando la supuración continúa amenazando el estado general por su abundancia, o cuando una osteomielitis infecciosa ha venido a complicar el estado patológico del fémur, no se debe renunciar a salvar la vida del enfermo, la desarticulación de la cadera permanece siendo la última razón del tratamiento operatorio.

Luxaciones patológicas. — La luxación patoló-

gica, consecuencia frecuente en la marcha de la Coxalgia, es a menudo prevenida por un tratamiento conveniente: inmovilización y extensión contínua.

¿Cuando se ha efectuado la luxación se puede puede operar la reducción? No se puede negar que por medio de maniobras diversas, tracciones, flexión forzada, etc., se llega, en cierta medida a bajar la cabeza femoral y a llevarla más o menos cerca de su nivel normal. Este resultado se obtiene sobre todo en ausencia de una anquílosis. Pero esa reducción es de mediocre importancia, como lo decía Malgaigne, y de su lado Bonnet no admitía las tentativas de reducción hechas por Humbet y Jacquier (1835), en razón de la ineficacia de los medios empleados para mantener la reducción.

Se está autorizado a tentar la reducción, cuando el desplazamiento se ha producido recientemente bajo la influencia de un traumatismo, en un período poco avanzado de la coxotuberculosis, circunstancia rara sin embargo En ese caso la reducción puede efectuarse bajo el cloroformo por maniobras semejantes a las que Bijelow aconseja para las luxaciones traumáticas: flexión del muslo, tracción en esa actitud, rotación del muslo hacia adentro o hacia afuera según la especie del desplazamiento que se quiere corregir. Algunos

raros éxitos se han obtenido de esta manera. Esta reducción se mantiene con un aparato enyesado y la extensión contínua.

Se debe cuidar no confundir la reducción del desplazamiento articular con un cambio de actitud del muslo. Cuando, por maniobras diversas, se ha hecho desaparecer el acortamiento aparente del miembro enfermo, se puede uno hacer la ilusión y creer que se ha hecho una reducción.

De lo que antecede, se deduce que las viejas luxaciones patológicas remontando a muchos meses o muchos años no se prestan a la reducción, pero cuando la actitud muy defectuosa del miembro vuelve la marcha imposible, se puede corregir, al menos en parte, sea por el método del enderezamiento forzado, sea, en caso de anquílosis, por la osteotomia. Se mejora así las funciones del miembro.

Convalecencia. — Es de suma importancia poder establecer de un modo definitivo cuando la Coxalgia ha curado, sin lo cual arriésgase destruir en poco tiempo lo que se ha conseguido a costa de tanta paciencia y sacrificio, con el agravante siempre que estas recaídas son más serias que el primer ataque.

Para hacer el diagnóstico de la curación, tendremos en cuenta dos casos, primero cuando hay

conservación de movimientos y segundo cuando hay anquílosis.

La Coxalgia clínicamente está curada cuando ya no existen los signos que nos han permitido diagnosticarla, es decir, ausencia completa de dolor expontáneo o provocado, libertad e independencia de los movimientos articulares, igualdad y simetría de los dos miembros inferiores, por consiguiente, desaparición de actitudes veciosas primitivas.

Segundo caso, es decir aquel en que la cadera está anquilosada, en el cual el diagnóstico se hará por la ausencia de todo dolor expontáneo o provocado. En regla general, podemos decir, que para el primer caso no se permitirá poner de pie al convaleciente hasta un año después de la desaparición de todo signo clínico, y en el segundo después de cuatro meses o el doble, desde que la indolencia se obtuvo.

En la convalecencia, pues, el médico tiene deberes tan importantes a llenar como en el período de estado de la enfermedad; debe evitar la recaída y debe cuidar la conservación y si es posible el mejoramiento del resultado funcional obtenido.

CAPITULO XI

Conclusiones sobre el tratamiento

El tratamiento de la Coxalgia debe ser general y local; general, modificando el estado constitucional, y local, procurando la regresión de la lesión tuberculosa.

En el primer período de la Coxalgia, el tratamiento local consiste esencialmente en tener acostado el enfermo, sobre un aparato portátil, con la cadera inmovilizada y haciendo la extensión continua sobre el muslo.

En el segundo período, el de las actitudes viciosas, el tratamiento es idéntico al del primer período, es decir: la inmovilización y la extensión contínua. El enderezamienmiento, bajo la acción del cloroformo, se hace necesario en los casos inveterados. Hecho el enderezamiento, el enyesado está indicado.

En el tercer período, el tratamiento se modifica un tanto por las complicaciones que se presentan. Los abscesos fríos de la Coxalgia deben ser tratados por las punciones y las inyecciones de éter yodoformado o naftol alcanforado. La fístula se cura con el drenaje aséptico hecho en perfectas condiciones.

La resección en la Coxalgia no debe ser jamás primitiva; encuentra su indicación en el período supurante de la afección, cuando la cadera se presenta llena de fístulas que no ceden con ningún otro tratamiento. Agotados los recursos del método conservador, la resección se presenta como única indicación.

Cuando la resección no ha dado los resultados como para esperar con ella una curación, y cuando la supuración continúa amenazando el estado general por su abundancia, la desarticulación de la cadera está indicada.

La osteotomia oblícua es la operación que debe practicarse en las Coxalgias curadas en anquílosis y posición viciosa.

Es muy difícil poder asegurar con ninguno de los tratamientos hasta ahora conocidos, la curación pronta y radical de la Coxalgia.

OBSERVACIONES CLINICAS

Hospital de Niños.—Servicio del Dr. Castro

Victoria Dominguez, de 5 años de edad, de nacionalidad italiana; entró al servicio el 14 de Octubre de 1915.

Antecedentes hereditarios.—El padre es sano; la madre ha tenido tres hijos, los cuales viven y son sanos.

Antecedentes personales. — Fué criada a pecho hasta el año y medio de edad. Solo padeció de gastro-enteritis.

Enfermedad actual.—Comenzó hace cinco meses con dolor en la cadera y rodilla derechas; en en esa misma pierna derecha sufrió hace tres años un traumatismo. Algunas veces la madre la notó con fiebre. Consultando a un médico le diagnoticó Coxalgia. Desde esa fecha la chica no puede caminar por el dolor.

Estado actual.—Chica en buen estado general

de nutrición, coloración normal de las mucosas y conjuntivas y regular tejido adiposo. Se palpan pequeños ganglios submaxilares.

Torax.—Pulmones sonoros y libres. Corazón. sano. Pulso lleno, amplio y tenso.

Abdomen.—Depresible. Hígado, normal. No se palpa bazo. Digiere bien y tiene deposiciones diarias.

Miembros superiores sanos. Miembros inferiores: el derecho es doloroso al movimiento. A la palpación de la cadera, se nota gran defensa muscular. Se palpan ganglios en la fosa iliaca derecha. La marcha es imposible por el dolor. Reflejos muy dismuidos.

Peso. 16 kilos. Dermo reacción, positiva.

El 4 de Febrero la cadera derecha sufre una luxación espontánea. Se reduce bajo el cloroformo y se coloca aparato de inmovilización con extención continua.

Hospital de Niños.—Servicio del Dr. Castro.

Eva Boninceira, de dos años de edad, de nacionalidad argentina; entró al servicio el treinta de Septiembre de 1913.

Antecedentes hereditarios.—Desconocidos.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual. — Empieza hace seis meses a consecuencia de un traumatismo. Es todo cuanto se consigna; no dan más datos.

Estado actual.—La chica se encuentra en buen estado de nutrición, mucosas bien coloreadas.

Aparato respiratorio y circulatorio, normales.

La articulación enferma, que es la cadera izquierda, se presenta aumentada de volumen y algo tumefacta. El muslo está en ligera rotación externa. Presenta los movimientos muy limitados: la abducción es imposible. Todos los movimientos son muy dolorosos. Hay atrofía muscular.

Tratamiento.—Inmovilización con el aparato del Dr. Castro.

Octubre 3 de 1913.—Dermo-reacción positiva.

Marzo 5 de 1914.—Se la pasa a la sala X por escarlatina.

Abril 23 de 1914.—Vuelve a esta sala. Se sigue el mismo tratamiento anterior.

21 de Agosto de 1914.—Estado actual.—El estado general de nutrición es bueno, con regular tegido adiposo y coloración rosada de mucosas y conjuntivas.

Se palpan algunos ganglios sub-maxilares.

El aparato respiratorio, lo mismo que el circulatorio, normales. Abdomen depresible, higado normal, bazo no se palpa.

Miembros superiores normales. Inferiores, aparentemente iguales: no hay dolor a la palpación, no se observa atrofia muscular. La cadera izquierda carece de movimiento. Se le permite prudentes ejercicios de marcha.

Hospital de Niños.—Servicio del Dr. Castro

Amalia Bianchi, de 7 años de edad, argentina.

Estado actual.—Bien constituida, buen esqueleto, regular panículo adiposo, algo pálida: no se nota deformación de la cadera. Hay atrofia muscular del muslo derecho. En la pierna del lado enfermo el movimiento de flexión se hace hasta el ángulo recto sin dolor. La abducción se hace completamente y sin dolor. En la marcha no se nota claudicación ni dolor en la articulación coxofemoral. De noche se queja de dolores en la rodilla derecha. Los movimientos de esta rodilla se hacen bien y sin dolor ni crepitación. No hay temperatura.

Tratamiento. — Inmovilización con el aparato del Dr. Castro.

Agosto 14 de 1905. — Sale del servicio a pedido los padres en buen estado de nutrición. Los

movimientos de articulación coxo-femoral se hacen bien en la flexión, la abducción y sin dolor. No hay claudicación ni dolor en la marcha.

Se le coloca un aparato de lata corto (por encima de la rodilla) para que en su casa continúe con la inmovilización de la cadera y camine con muletas.

Hospital de Niños.—Servicio del Dr. Castro.

Jovita Grauda, de 4 1/2 años de edad, argentina: entró al servicio el 16 de Junio de 1915.

Antecedentes personales. — Fué criada a pecho hasta la edad de 18 meses. Tuvo sarampión y tos convulsa.

Enfermedad actual.—Hace un año que está enferma, con ligera claudicación que ha ido aumentando, y dolor en la cadera. Se presenta a la sala en regular estado de nutrición. Pesa 12 kilos y 900 gramos. Palpando la región afecta se percibe un absceso en la parte anterior.

Dermo-reacción, francamente positiva, y temperatura de 37 grados.

Dos días después de su ingreso se le punciona el absceso y se le extrae abundante cantidad de pus. Se inyecta 5cc. de solución Calot. El análisis de pus revela gran predominio de polinuclea-

res y glóbulos purulentos, abundante fibrina: no se observan microorganismos.

Tratamiento.—Se inmoviliza y se aplica extención contínua.

Agosto 26.—En este día la temperatura alcanzó a 38.2 grados, quizás provocada por un absceso que se observa en la cara externa del muslo, cerca del borde anterior del gran trocánter.

Agosto 27.—El absceso que hoy debía ser punzado se abrió espontaneamente, dando salida a abundante pus.

Agosto 28.—La temperatura ha descendido a 37.2 grados.

Agosto 30.—Estado actual.—Regular estado de nutrición. Poco tejido célulo adiposo y coloración un tanto pálida de mucosas y conjuntivas.

Torax.—Corazón y pulmones, normales. Abdomen.—Se presenta algo abombado, con percusión timpánica y un tanto depresible. Digiere bien; tiene deposiciones diarias. No hay aumento de higado ni se palpa bazo.

Miembros superiores, normales. Miembros inferiores: se observa ligera atrofia muscular del miembro enfermo. El absceso que se abrió espontaneamente dejó fístulas de las que sale bastante pus. La cadera es dolorosa a la palpación y a los movimientos.

Diciembre 7.—Se punza un absceso de la cadera; se extraen 80 gramos de pus bien ligado. Se inyectan 5 cc de solución Calot.

Febrero 8 de 1916.—Se hace la resección de la cadera derecha.

Hospital de Niños.—Servicio del Dr. Castro

Felisa Gase, de 7 años de edad, de nacionalidad argentina; entró al servicio el 22 de Marzo de 1913.

Antecedentes hereditarios.—El padre y la madre de 37 años; tienen seis hijos vivos y uno muerto; hubo un aborto que fué anterior al nacimiento de la chica.

Antecedentes personales. — Fué criada a pecho durante dos años, y la única enfermedad que padeció fué la coqueluche.

Enfermedad actual.—Se enferma hace 4 meses, con fiebre y escalofrios; tuvo mucho dolor en la cadera izquierda, formandosele un tumor fluctuante, de superficie roja y luciente. El médico que la asistió le hizo una punción. Tiene una fístula arriba y sobre el borde interno del triángulo de

Scarpa. Se nota un espesamiento de todo el cuello quirúrgico del fémur. Dermo-reacción positiva.

Estado actual.—Se encuentra en buen estado de nutrición general. Piel, mucosas y conjuntivas de coloración normal. Torax y abdomen, normal.

Actualmente tiene una pequeña fístula que supura poco en la región inguinal izquierda. Se palpan ganglios en la ingle izquierda. El miembro izquierdo se encuentra en ligera abducción.

Octubre 1 de 1913.—Chica en regular estado de nutrición. Anda levantada, no renguea ni siente dolor.

Marzo 1 de 1914.—Punción de un absceso en la cara anterior del muslo; se sacan 10 cc. de pus y se inyectan 2 cc. y 1/2 de esclerosante Calot.

Mayo 18 de 1914.—Se le abre un absceso de la región anterior del muzlo izquierdo.

Enero 16 de 1915. Se le dá de alta con sus fístulas cerradas.

GASTÓN PAQUIEN.

Febrero de 1916.

Buenos Aires, Marzo 20 de 1916.

Nómbrase al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Pascual Palma y al profesor suplente Dr. Luis A. Tamini, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 1º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Bazterrica.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Abril 7 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3076 del libro respectivo, entrégueseal interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. Bazterrica.
J. A. Gabastou.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Valor de la pasta bismutada en las fístulas tuberculosas.

Diógenes Decoud.

II

Bibliografía nacional sobre el tema.

Pascual Palma.

III

Indicaciones de la intervención quirúrgica.

Luis A. Tamini.

30188