



Año 1917

N. 3371

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ARTRITIS DEFORMANTE

(SECA)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HÉCTOR R. PRANDO

Ex-practicante del Instituto Jenner

Ex-practicante externo, menor y mayor interno del Hospital Rawson



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1917

Mix. B. 89.12

ARTRITIS DEFORMANTE (SECA)

Año 1917

N. 3371

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ARTRITIS DEFORMANTE

(SECA)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HÉCTOR R. PRANDO

Ex-practicante del Instituto Jenner

Ex-practicante externo, menor y mayor interno del Hospital Rawson



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1917

*Man
60*

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

Artículo 162 del R. de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros Titulares

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

Secretario General

DR. D. 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. » » ALOYSO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

» » ELISEO CANTÓN

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU

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
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUE
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico.	» 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 Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» 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
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología Interna.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Clínica oto-rino-laringológica..	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEIBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» BERNARDO HOUSSAY
Semiología y ejercicios clínicos.....	» RODOLFO RIVAROLA
Anatomía patológica.....	» SALVADOR MAZZA
Materia médica y terapéutica.....	» BENJAMIN GALARCE
Medicina operatoria.....	» PELLUE A. JUSTO
Patología externa.....	» MANUEL V. CARDONELLI
Clinica dermato-sifilográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
» Génito urinaria.....	» ALFREDO VITTON
» epidemiológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
» oftalmológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oto-rino-laringológica.....	» JOSÉ MORENO
Patología interna.....	» ENRIQUE FINOCCHETTO
Clinica quirúrgica.....	» CARLOS ROBERTSON
» Neurológica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Médica.....	» CASTELFORT LEGONES
» pediátrica.....	» ENRIQUE M. OLIVIERI
» ginecológica.....	» ALEJANDRO CEVALLOS
» obstétrica.....	» NICOLÁS V. GRECO
Medicina legal.....	» PEDRO L. BALISA
Clinica Psiquiátrica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» ADOLFO NOCELI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUE
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARIÑO
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHITRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» JORGE LEYRO DÍAZ
	» ANTONIO E. CELESTIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» ALBERTO F. LANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» ROMULO H. CHETAMPORI
	» JUAN JOSÉ VITTON
	» PABLO J. MOSSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO DIAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOMENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» MANUELTO ACTA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO VICENEDO
	» CARLOS R. PERRO
	» JULIO TRIVARNE
	» OSVALDO L. BOTTAFO
	» ALBERTO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONCÉ
	» JUAN R. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUES
	» VICTORIO MONTECERDE
	» JUAN A. GABASTOFF
	» ENRIQUE A. ROERO
	» JOAQUÍN V. GRIECO
	» JAMES BRANDAN
	» ANTONIO FODESTA
	» AMABLE JONES

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 obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica...	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er curso)...	» J. MANUEL IRÍZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	Dr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Técnica farmacéutica (2º. curso)...	Dr. J. MANUEL IRÍZAR
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica.....	Dr. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica... }	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica }	Dr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica..... }	» PEDRO J. MÉSIGOS
	Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	Dr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.....	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general	— —
Bacteriología	» CARLOS MALBRÀN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORÀNS

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

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

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

PADRINO DE TESIS:

Doctor DAVID F. PRANDO

Jefe del Pabellón V. Sala II del Hospital Rawson (Cirujía de Hombres)

A LA MEMORIA DE MIS PADRES

A MIS ABUELOS

A MIS HERMANAS

A LOS MIOS

A MIS COMPAÑEROS DEL HOSPITAL RAWSON

A MIS AMIGOS

CAPITULO I

Artritis deformante (seca)

Consideraciones generales

Un ligero resumen histórico, de los trabajos más importantes, que se han publicado sobre la lesión objeto de nuestra tesis, nos demostrará la dificultad que han tenido los autores, para precisar e individualizar esta entidad patológica.

Entre los estudios más importantes merece recordarse el de Cruveilhier sobre la Usura de los cartílagos.

En el año 1847 en el seno de la S. A. de P. se discute este punto a raíz de las presentaciones anatómicas que se hacen en esta sociedad.

En el mes de Noviembre de este mismo año, Broca mostraba una articulación del codo, de un hombre de 40 años, que presentaba alteraciones que le parecían extraordinariamente raras.

Pigné después de examinar la pieza opinó que se trataba de una sub-luxación de la cabeza del radio hacia adelante.

Deville por el contrario creyó que era una artritis deformante, basándose en las analogías que existían con otras piezas presentadas anteriormente por Richet y Cruveilhier. La opinión de Deville fué aceptada.

En el mes de Mayo de 1848, Broca presenta una articulación escapulo-humeral a la S. Anatómica.

Ninguno de sus miembros consiguió clasificar las lesiones de esta articulación a excepción de Deville, que establece que se trata de una artritis crónica seca. Dice que es una afección bien determinada, y anuncia que tiene en preparación un trabajo en el que describe los principales caracteres anatómicos. Durante el año 1849 no hay ninguna observación nueva, pero en el año 1850 Deville presenta dos casos y Sebillote una articulación del codo derecho y otra de la rodilla izquierda, que el primero de estos autores clasifica como artritis deformante, y establece el parentesco de esta enfermedad con el reumatismo crónico.

Broca sostiene la misma opinión de Deville, basándose en los estudios que ha hecho después de la observación del primero.

En este mismo año Vauthier presenta una ar-

ticulación del hombro y Broca sostiene que se trata de una artritis crónica seca.

A partir de esta época y en los años siguientes las observaciones se hacen muy numerosas, pero fué Deville el primero que describió la artritis crónica seca y sus características anátomo-patológicas.

Broca recopiló todos los trabajos.

Establecidas las lesiones anátomo patológicas, se emprende más tarde el estudio histológico de estas lesiones, ocupándose de ello especialmente Cornil y Ranvier, quienes hacen un estudio tan acabado que sus descripciones son consideradas como clásicas.

Mayer, Zeis, Weber, etc. también han hecho estudios importantes.



Podemos considerar en esta enfermedad causas predisponentes y causas determinantes. Entre las primeras tenemos algunas que favorecen su aparición o su progresión, tales como la fatiga crónica, la miseria, el trabajo excesivo o en malas condiciones, la vida sedentaria en las habitaciones húmedas.

Entre las segundas, los traumatismos y las inflamaciones articulares, etc.

El reumatismo crónico (y se habla de reumatismo crónico al tratar de la artritis deformante, porque según la mayoría de los autores, la segunda de estas afecciones entra dentro del cuadro general de la primera) no es una afección propia a la especie humana y aún dentro de esta especie a una raza determinada.

En cuanto a la edad es mucho más frecuente a partir de los 40 años, sin que por eso deje de vérselo en la juventud y aún a veces en la niñez.

Respecto al clima, existe en todas partes, aunque menos frecuentemente en las zonas intertropicales y circumpolares. Parece ser mucho más abundante en los países de clima húmedo, haciéndose jugar un rol importantísimo a la humedad en la génesis de esta afección.

La mujer parece más predispuesta. La menopausa, los embarazos repetidos, la dismenorrea, el estado puerperal juegan el rol de causas predisponentes.

Es también una enfermedad más habitual en las clases pobres, indigenets.

La herencia se ha querido invocar como una de las causas, por el hecho de que ciertos autores han observado un caso sobre cada cinco descendientes de reumáticos, pero parece que no siempre se trataba de esta clase de reumatismos crónicos.

La etiología de esta afección, nos es casi completamente desconocida y muchas son las teorías que se han emitido para poder explicarla, sin que se haya llegado todavía a un acuerdo definitivo.

Hay una teoría que atribuye algunos casos de artritis seca a un origen tuberculoso, sobre todo en los casos que se observan en los jóvenes, pero esta teoría no es generalmente aceptada.

Para Requin los trastornos digestivos, los fenómenos dispépticos son frecuentes en los atacados de reumatismo crónico y para Morestin esta fórmula debe ser invertida, siendo muy frecuente, según él, ver el reumatismo crónico entre los que padecen de fenómenos dispépticos.

Es un hecho de observación que la artritis seca no se desarrolla indistintamente en todos los individuos que están sometidos a las mismas condiciones de vida, existen a este respecto sujetos que están eminentemente predispuestos, mientras que otros no lo están. Es necesario un terreno especial, un organismo preparado ofreciendo ciertas faltas de resistencia ya sean transmitidas por la herencia o adquiridas.

Dice Lancerau que casi todos los portadores de artritis seca son artríticos o herpéticos. Charcot admite que estas dos formas de artritis crónica (artritis seca y reumatismo nudoso) desde el punto de vista etiológico dependen del reumatismo,

diferiendo solamente en que «en la artritis seca la manifestación reumática está atenuada y localizada, mientras que ella se generaliza en el reumatismo nudoso».

Otros niegan la naturaleza reumática del reumatismo deformante parcial (artritis seca) o general (reumatismo nudoso) concluyendo con Bouchard que «el pretendido reumatismo crónico progresivo es una enfermedad de decaimiento, de miseria, de privación y de humedad» y como lo dice Quenú si se admite la unidad de la artritis deformante parcial o general, la artritis seca no sería sino una forma atenuada del reumatismo nudoso y su parentesco con el reumatismo se volvería demasiado problemático.

Quenú sostiene que las lesiones idénticas en la artritis seca y el reumatismo nudoso, constituyen simplemente un proceso terminal y particular que se puede observar en toda especie de artritis crónica, que esta haya sido engendrada por el reumatismo por un traumatismo o por una afección del sistema nervioso.

Esta concepción conduce a considerar el proceso de la artritis deformante parcial o generalizada como una terminación de la mayor parte de las artropatías.

La opinión de Charcot que también es la de Besnier de considerar a la artritis seca o defor-

mante dentro del cuadro general del reumatismo crónico ha sido aceptada en el congreso de Lieja y por la mayoría de los autores.

Weber en 1883 emite la opinión de que en la génesis de esta afección puede haber intervención medular como en las artropatías tabéticas. Ninguna autopsia ha venido a comprobar esta hipótesis.

Lancerau al insistir sobre la analogía que existe entre las artritis herpéticas y aquellas que engendra la ataxia locomotriz dice «que una influencia nerviosa preside a la génesis del reumatismo crónico y por lo tanto a la de la artritis seca».

Sin embargo debemos recordar que Charcot ya había eliminado del cuadro las artropatías tabéticas y que más tarde se individualizan también las de origen siringomiélico.

Morestin dice: «No hay duda que alteraciones muy ligeras y fugaces del sistema nervioso central o periférico pueden repercutir sobre las articulaciones y determinar trastornos tróficos». Dice también que «la médula o los nervios periféricos alterados, algún poco solicitados por vía refleja o impresionados por los venenos que vehicula la sangre circulante pueda evidentemente contribuir en una cierta medida a crear el estado patológico; pero nada en la historia de la artritis

tis seca, pone en evidencia el rol preponderante o exclusivo del sistema nervioso».

Esta misma acción de las toxinas ha sido defendida por Teissier, quien admitía en el congreso de Lieja, que la acción lenta y progresiva sobre el sistema nervioso de toxinas a débil poder nocivo y con punto de partida variable, puedan dar lugar a la afección.

Dice al respecto: «El reumatismo crónico progresivo es una trofoneurosis de naturaleza infecciosa».

Este autor coloca la artritis deformante dentro de la forma mono u oligoarticular del reumatismo crónico deformante, el cual a su vez lo coloca dentro del cuadro general del reumatismo crónico. Según su opinión la artritis deformante es una afección completamente independiente y sin ninguna relación ni con el reumatismo articular agudo, ni con la diatesis reumática.

Después de hablar en general sobre casi todas las causas que favorecen su aparición, y que la mayor parte de los autores reconocen, dice que no es una enfermedad a frigore, pues se la suele observar en los países a clima cálido y húmedo, pero insiste mucho sobre la humedad a la cual atribuye un rol importantísimo en el desarrollo de la afección y sobre todo la humedad continua en las habitaciones en cuyas paredes se desarro-

llan unos hongos criptógamas que a juicio de algunos, son los verdaderos agentes de esta clase de reumatismos.

Varios autores atribuyen a la hipofunción de las glándulas de secreción interna el principal rol en la patogenia de la artritis deformante. Revillot en Lausanne el año 1895, emite la opinión de que ciertos estados llamados reumatismales entran en la categoría de las distrofias glandulares.

El primer hecho que permitió relacionar el reumatismo crónico con la perturbación tiroidea fué la observación de Sergent. Los trabajos en este sentido se han multiplicado después.

Parhon y Papinian, después de reconocer que la patogenia del reumatismo crónico articular es todavía muy oscura, dicen que la hipofunción tiroidea crearía condiciones particularmente propicias para la aparición del reumatismo crónico.

La insuficiencia ovárica parece actuar lo mismo en ciertos casos. Ord, había supuesto una relación entre esta enfermedad y la alteración de las funciones de las glándulas genitales (la insuficiencia), pero según Parhon y Papinian, esto parece raro pues existe entre el *ovario y la tiroidea relaciones antagonistas*. Cuando la función tiroidea está exagerada la del ovario está disminuída o abolida e inversamente.

Ellos piensan para poder conciliar con la opinión de Ord, que en ciertos casos puede suceder que la cesación de la función ovárica produzca una exageración momentánea de la función tiroidea, seguida de su disminución.

Llevando más adelante sus teorías concluyen que la tiroides tiene una acción de asimilación del calcio, mientras que la glándula ovárica lo desasimila, pero que ambas tienen una acción idéntica en lo que se refiere a la úrea, pues favorecen su formación o su eliminación.

En la insuficiencia tiroidea como en la insuficiencia ovárica la cantidad de úrea eliminada por la orina está disminuída. Ahora bien, ellos se preguntan, si esta disminución de la cantidad de úrea eliminada no crea una condición favorable para la aparición del reumatismo crónico? Levy y Rotschild, dicen:

«El reumatismo no es un estigma de insuficiencia tiroidea desde que no existe en todos los casos de mixedema, se une solamente a esta insuficiencia. En su producción interviene un elemento nervioso y procesos banales, auto-infecciosos, auto-tóxicos.

»Admitiendo un terreno defectuoso en el cual se desarrolla el reumatismo crónico, se puede establecer que sea un terreno hipotiroideo, aunque

sean otras las condiciones que presiden a su génesis.

»Este terreno puede ser más complejo tirohipofisario, y puede ser diferente, estar ligado por ejemplo, a la insuficiencia ovárica.»

Llegan a las siguientes conclusiones sobre el reumatismo crónico:

1.º Se desarrolla sobre un terreno preparado por un trastorno de secreción interna. La tiroides generalmente, la hipófisis, etc.

2.º A favor de la disendocracia se producen como lo hemos establecido para la hipotiroides, auto-infecciones banales a repetición que tienen su punto de partida a nivel del aparato gastro-hepático, intestinal, de las vías urinarias, de otras cavidades. Auto-intoxicaciones crónicas evolucionan también sobre un terreno de hipotiroides crónico. Las articulaciones, emuntorios accidentales según Besnier, se vuelven el asiento de lesiones debidas a las toxi-infecciones que ellas ayudan a combatir, sobre todo si son predispuestas, que esta predisposición articular sea hereditaria o que una acción accesoria (cansancio, trauma, infección exógena articular), actúe como causa de localización.

3.º Toxi-infecciones, auto-intoxicaciones ponen en juego los centros nerviosos articulares (regionales; centro bulbar).

Aun cuando una causa local actúe sobre la articulación, es necesario para que el arco reflejo nutritivo de lugar a trastornos vaso-motores y tróficos persistentes, que haya consentimiento de los centros a causa de una predisposición hereditaria o bien adquirida del hecho mismo del trastorno endocrítico anterior. La participación del sistema nervioso al reumatismo crónico le ha hecho aplicar una teoría trofoneurótica, que explica numerosos de sus síntomas y la evolución de la enfermedad.

4.º La progresión del reumatismo crónico se explica por la persistencia del trastorno de secreción interna.

Marañón, dice: «En la actualidad no se debe hacer un solo grupo de todos los casos de reumatismos crónicos, es preciso considerarlos como afecciones clínicamente semejantes pero de muy diversa patogenia o quizás como un síndrome común a varias afecciones.

»En algunos casos por ejemplo se han encontrado lesiones de los centros nerviosos (masa nerviosa o su cubierta). De aquí no se puede deducir que todos sean de origen nervioso, lo mismo se puede decir de los de origen tóxico o tuberculoso.

Se puede pensar de idéntico modo, de todo ese otro grupo, el más moderno de reumatismos cró-

nicos, que se ha pretendido ligar a las perturbaciones de las glándulas de secreción interna.»

Llega este autor después de varias consideraciones a las siguientes conclusiones:

1.º Existe una indudable relación entre el reumatismo crónico y los estados endócrinos (tiroides, genitales y otras glándulas).

2.º Esas relaciones no parecen ser directas: las lesiones reumáticas y las perturbaciones endócrinas no se nos muestran como ligadas inmediatamente, con relación causal, sino relacionadas a distancia.

La perturbación endocrina interviene por lo tanto en la producción del reumatismo, pero en segundo término, no como causa directa de la lesión articular.

Puede pues, afirmarse que la insuficiencia tiroidea se presenta muchas veces unida a síntomas de reumatismo crónico y a su vez que en los reumatismos crónicos se descubren manifestaciones atenuadas de insuficiencia tiroidea y todo esto con una frecuencia que autoriza a pensar que no se trata de una simple coincidencia.

Nathan, ha sostenido que la insuficiencia del timo era el origen del reumatismo crónico. Otros, han hecho intervenir la insuficiencia de la hipófisis y en general de casi todas las glándulas de secreción interna, con excepción de las cápsulas

suprarrenales, cuya insuficiencia no ha sido invocada como causa, a pesar de que Gaisböck haya empleado las inyecciones de adrenalina con excelente resultado, pero haciéndolo solamente con un fin analgésico.

Existe también una teoría pluriglandular para explicar el reumatismo crónico, pudiendo ser mayores los trastornos existentes en una u otra glándula de secreción interna.

Un hecho que se puede llamar experimental hasta cierto punto parece demostrar la naturaleza hipotiroidea del reumatismo crónico.

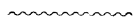
Peppo Achiotte, tenía en tratamiento con Rayos X a una mujer de 28 años, por una hipertrichosis del mentón y del cuello. Después de varias aplicaciones se manifiesta en esta mujer un estado neurasténico, con mixedema, al mismo tiempo que se desarrolla un reumatismo deformante. Este reumatismo rebelde a todos los tratamientos comunes cede sin embargo a la opoterapia tiroidea.

Sin querer negar el rol que puedan desempeñar en algunos casos en la patogenia de la artritis seca, la hipofunción de las glándulas, tampoco se puede asegurar que esta sea la causa única de su producción, pues se ha podido observar que en muchas personas atacadas de artritis

tis deformante no hay alteración en las tales glándulas.

Morestin, dice: «La alteración de las articulaciones parece poder explicarse por la acción lenta, frecuentemente repetida de venenos, de toxinas actuando de una manera electiva sobre las articulaciones.

Los venenos más diversos pueden contribuir a variar la nutrición de los cartílagos o de los huesos, que ellos provengan de los desgastes del organismo, que sean introducidos y absorbidos por el tubo digestivo bajo la forma de sustancias minerales, tóxicas, de ptomaínas o leucomaínas aportadas por la alimentación carnea, que sean producidos y reabsorbidos en el estómago o en el intestino por causa de una digestión imperfecta, que permanezcan más de lo necesario en la economía por insuficiencia de los emunatorios, que resulten de una infección general o sean difundidos secundariamente a una infección localizada como se ha admitido para el reumatismo tuberculoso por ejemplo. No se trata entonces ni de una infección determinada, ni de una intoxicación definida, sino de un modo particular de distrofia bajo la influencia de causas muy diversas.



CAPITULO II

Anatomía patológica

Las lesiones de la artritis deformante son características. En cuanto a su anatomía patológica no hay tipo más neto ni mejor definido. (Morestin).

La deformación de la superficie articular debida a la artritis deformante, depende de la combinación de los fenómenos degenerativos y atrofiantes de un lado y de los proliferantes del otro (A. Cesaris Demel).

Las lesiones anatómicas que se observan en esta artritis consisten en un estado vellosa de los cartilagos, una hipertrofia de las franjas sinoviales y una producción de encondrosis o de osteofitos alrededor del revestimiento cartilaginoso (Cornil y Ranvier).

Para algunos autores entre los cuales se pue-

de citar (A. Cesaris Demel, M. S. Schmidt, Anatomía patológica de Aschoff) no está todavía resuelto si se produce primero la degeneración del cartílago o la atrofia del hueso, pero según su parecer la alteración primaria del cartílago es el hecho más importante, viniendo por otro lado procesos autónomos atrofiantes en la tela ósea de la extremidad articular, aún en puntos recubiertos de cartílago no alterado.

Payr, cree también que los primeros atacados son los cartílagos, después los huesos. Dice este autor: «Vemos aquí una continua especial alteración de destrucción e irregular neoformación de tejido cartilaginoso y óseo.»

Esta es la opinión de la mayoría de los autores y en esta clase de artritis todas las partes constituyentes de la articulación se hallan más o menos atacadas en las grandes articulaciones y sobre todo cuando el proceso es antiguo.

El orden en que se establecen estas lesiones es: Cartílago, hueso y sinovial y por último ligamentos y partes blandas periarticulares. Transcribo a continuación la descripción que hace Deville en la sociedad anatómica de París en el año 1848.

Dice que hay tres períodos en la artritis seca.

1.º período. Está caracterizado por una inyección general de la sinovial, inyección compara-

ble a aquella que se encuentra en la peritonitis, es decir que se ven apariencias de vasos cortados por los dos cabos, no juntándose jamás con aquellos de la vecindad de modo a establecer una red y algunos marchan paralelamente. Ya el cartílago se encuentra alterado, a veces esta alteración es el primer carácter que se constata, ella reviste formas infinitamente variadas.

2.^o *período*. En el segundo período, franjas sinoviales, filamentos flotan libres en la cavidad articular y la cápsula no es más lisa, en su superficie interna es rugosa, desigual, presenta saliencias análogas a las columnas del corazón; sus paredes están notablemente espesadas.

3.^{er} *período*. En fin, la deformación de las superficies articulares se opera sea por la formación de huesos nuevos, sea por la destrucción de los huesos antiguos.

Estas osificaciones nuevas son a veces muy numerosas y constituyen cuerpos extraños articulares que vienen a presionar sobre el hueso y mostrarse en su superficie.

La deformación es tan fácil y a veces tan grande que se ve desaparecer la cavidad articular y una luxación espontánea puede producirse.

Esto ha sido observado en la cavidad cotiloidea.

Las lesiones empiezan a veces por la sinovial, pero no es lo más frecuente ni tampoco lo co-

mún, lo primero atacado es el cartílago y Cruveilhier había dado una descripción parcial hace tiempo de la artritis seca bajo el nombre de «Usura de los Cartilagos.»

El cartílago articular en su parte central se ulceraba siguiendo el mecanismo de la alteración velvética descrita por Redferm, teniendo analogía con la artritis ulcerosa y en su parte periférica prolifera dando lugar a la producción de esos tumores cartilaginosos conocidos con el nombre de encondromas. El cartílago comienza por ponerse opaco, de un color amarillo pálido, después se estria, se rompe, se reblandece.

Sin entrar en los detalles histológicos del proceso de destrucción del cartílago, que está perfectamente descrito en Cornil y Ranvier, haremos una parte de la descripción que trae Moresstin y que resume perfectamente este proceso.

«El cartílago atacado después de haberse vuelto opaco y despulido, sobre esta superficie despulida se dibujan ligeras fisuras que le dan un aspecto grietado.»

Los surcos y grietas se multiplican y se hacen profundos de modo que la parte enferma del cartílago parece formada por una infinidad de pequeñas lengüetas yuxtapuestas.

Se pueden comparar todos estos tallos cartilaginosos yuxtapuestos, independientes e implanta-

dos por una de sus extremidades sobre una superficie común, a los pelos de un cepillo. Se les compara también con el terciopelo. Los tallos cartilaginosos son destruídos mecánicamente por las presiones y frotos que determina el juego de la articulación. Ellos son poco a poco usados y destacados de su inserción caen sucesivamente en la articulación donde sus desechos no tardan en desaparecer. Desde este momento el hueso está al descubierto y *no se recubrirá jamás de cartilago ni tampoco de tejido fibroso.*

En la parte de la articulación donde se sufren mayores presiones, casi siempre en la central del cartílago, se forman verdaderas lagunas, ulceraciones que tienen una forma irregular y cuyos bordes descienden en pendiente suave hasta su fondo, en el cual se pueden ver a veces los espacios medulares del hueso al descubierto. Este empieza a proliferar y se forma mayor cantidad de hueso cuanto mayor es la pérdida de tejido cartilaginoso; pero este proceso de osteitis condensante se verifica igualmente en las dos extremidades de la articulación y los frotos sucesivos y continuos que tienen estas dos superficies dan al tejido óseo del fondo de esta ulceración un aspecto extraño de porcelana y se vuelven lisos como un espejo.

Sin embargo, en algunas articulaciones el fon-

do es ya convexo o ya cóncavo, como también en otras especialmente en las a charnela (polea), se ven profundos surcos escavados con los movimientos y que han sido comparados por su semejanza a las huellas que dejan las ruedas de un carro sobre el terreno húmedo.

Mientras que en la parte central del cartilago se observan las lesiones destructivas, en las partes periféricas hay una proliferación abundante de este mismo tejido y asimismo del tejido óseo formándose verdaderos núcleos cartilaginosos y óseos que toman el nombre de encondromas y osteomas u osteofitos. Estos son susceptibles de adquirir un gran desarrollo, siendo al mismo tiempo una de las causas de la limitación de los movimientos que la articulación atacada sufre.

Un proceso de osteitis *rarefaciente* puede desarrollarse sobre la extremidad ósea y sobre estos núcleos y producirse así el desprendimiento de fragmentos más o menos grandes, dando origen a una variedad de cuerpos libres intra-articulares, casi siempre múltiples, que se encuentran muy a menudo en las articulaciones atacadas de artritis deformante y que también intervienen en la limitación de sus movimientos.

En ciertas piezas anatómicas no se encuentran más trazas de cartilago. Las extremidades óseas llegan a no reconocerse, sea por usura y destruc-

ción, sea por proliferación ósea a su alrededor, sea por los dos fenómenos a la vez.

Estas masas cartilaginosas periféricas que pueden también en parte sufrir la transformación ósea, tienen la forma más variada, siendo ya sesiles, ya pediculadas, pudiendo en su desprendimiento flotar dentro de la cavidad articular, dando origen a cuerpos libres intra-articulares fibrosos u óseos.

Este aparente contraste entre la proliferación del tejido cartilaginoso por un lado y su destrucción por el otro, se explica perfectamente por la histología de estas lesiones. Las células cartilaginosas del cartílago articular proliferan de una manera muy activa dando lugar a la formación de células hijas y nietas que se acumulan dentro de las cápsulas madres, las cuales adquieren un gran desarrollo. Estas cápsulas se ponen en relación las unas con las otras, entran en contacto por una de sus caras con las vecinas y se reabsorben parcialmente dando lugar a la formación de largos tubos llenos de células paralelas las unas a las otras y perpendiculares a las dos caras del cartílago. Entre estos canales celulares, la sustancia intersticial reducida a láminas delgadas toman el aspecto fibrilar. En las partes centrales del cartílago las masas celulares más superficiales son evacuadas en la cavidad articular por deshicencia de la delgada lámina amorfa

que las separaba. Poco a poco los canales se vacían de los elementos que ellos contenían. Estos fenómenos se repiten.

Los territorios llenos de tubos vacíos y reducidos a lengüetas o a tallos de sustancia intersticial ofrecen el aspecto velvético. Las células de las capas más profundas del cartilago pueden abrirse en los espacios medulares del hueso subyacente y contribuir a formar más tarde la lámina compacta que después de la desaparición del cartilago servirá de superficie de frote.

Esta proliferación celular del cartilago se efectúa en toda su extensión, en la parte central las células se vacían libremente en la cavidad articular, pero en la parte periférica no pueden hacerlo libremente, de ahí la acumulación de las células cartilaginosas en esta parte, dando lugar a la formación de masas considerables.

Cornil y Ranvier, hacen intervenir la sinovial articular como la causa que impide que las células periféricas se vacíen en la articulación, porque esta sinovial no sólo llega hasta los bordes del cartilago, sino que se refleja un poco sobre sus caras articulares. Sin dejar de tener en cuenta la importancia de la sinovial, hay quien opina que la causa principal de la destrucción central del cartilago y su proliferación en la periferia es debida a la acción mecánica de los

frotos y presiones, que se efectúan en la parte central, siendo casi nulos en la periferia.

A nivel de los huesos se observa, según Ziegler, sobre todo lesiones de naturaleza regresiva, fenómenos de reabsorción que se traducen por la reabsorción lacunar de las trabéculas óseas a lo cual son debidos los aplastamientos del hueso.

En el tejido óseo de nueva formación a expensas del cartilago, también puede intervenir un proceso de destrucción y formar así focos de reblandecimientos y cavidades a nivel de estas trabéculas neoformadas. La médula ósea subcondral pierde en gran parte su carácter adiposo y se transforma en gelatinosa o linfoidea.

En algunos casos se puede llegar después de una atrofia pronunciada del hueso a la disolución y licuefacción de la médula ósea y se forman así verdaderos quistes. La neoformación, la mismo que la destrucción de tejido óseo pueden ser muy marcadas, de donde resultan verdaderas deformaciones de las superficies articulares, siendo imposible hacer una descripción de cada una de ellas debido a la variedad de formas que pueden adoptar, pero habiendo casi siempre como carácter esencial ya sea la atrofia, ya la hipertrofia de tejido cartilaginoso y óseo, ya las dos formas a la vez.

Sean unos u otros los que predominen tienen

tendencia por la misma deformación que producen en algunos casos, a formar, lo que según Ziegler, se puede llamar *Aquílosis por deformación*.

A veces las deformaciones de las superficies articulares determina un cambio lento y progresivo en la situación recíproca de los huesos y entonces se puede hablar en estos casos de *luxación por deformación*. Sin embargo, podemos decir que la proliferación del cartílago con osificación consecutiva se produce sobre todo en la periferia de la cabeza y de la cavidad articular.

Al mismo tiempo que se producen las lesiones del cartílago o un poco más tarde, la sinovial sufre un proceso caracterizado por su vascularización, su hipertrofia, la desaparición de las células del tejido adiposo y la aparición de gran cantidad de células jóvenes.

Las vellosidades brotan debido a la proliferación de los elementos célula-vasculares y dan nacimiento a vellosidades secundarias, formándose lo que se ha llamado vegetaciones dendríticas o arborescentes de la sinovial.

En estos brotes sinoviales existe una cierta cantidad de tejido cartilaginoso que es provisto por células de nueva formación, mientras que otras células de la periferia, dan origen a una capa continua de tejido fibroso. Estos núcleos cartilaginosos son en número, forma y tamaño variables.

Generalmente son muchos, su forma varía con la ubicación, así aquellos que se encuentran en la base de las franjas, por confluencia de los unos con los otros llegan a formar anchas placas irregulares que pueden ocupar toda la superficie de la sinovial, mientras que los que están situados en el vértice tienen generalmente una forma ovoidea o esférica. El tamaño de algunos llega a ser hasta el de una pequeña nuez. Pueden ser sesiles o pediculados, los primeros tienen una anchabase de implantación, mientras que los segundos están unidos por pedículos de grosor variable.

Estas masas cartilaginosas pueden sufrir la transformación ósea y en estos casos la vascularización se efectúa por los vasos que corren por el pedículo. Si éste se rompe se tiene entonces realizada otra de las causas que en esta afección da origen a esa variedad de cuerpos libres intraarticulares, que pueden ser fibrosos, cartilaginosos u óseos. A veces se suele observar junto con este proceso inflamatorio crónico, la formación en la sinovial de lo que se llama lipoma arborescente.

Las franjas sinoviales contienen grasa al estado normal, la exageración de esta disposición constituye según Cornil y Ranvier el lipoma arborescente. Muller que es el que ha señalado su presencia en varias articulaciones, dice que está

constituído por una serie de lóbulos aislados los unos de los otros en forma de racimos. Es esta una formación que no tiene nada de característica para la artritis deformante, observándosele por el contrario en gran cantidad de afecciones y en algunos casos se ha podido demostrar la naturaleza tuberculosa de ciertos lipomas arborescentes.

De todos modos vemos que el proceso para la formación del lipoma es distinto del que siguen las franjas sinoviales en la artritis seca, pues mientras que en el primero hay una mayor acumulación de grasa, en el segundo predomina la formación de tejido cartilaginoso.

En la cavidad articular suele haber a veces un poco de líquido, pero no hay jamás adherencias entre las superficies fibrosas ni óseas de la articulación.

No hay jamás anquilosis verdadera, no refiriéndose a la definición general de anquilosis que comprende bajo este nombre toda limitación de los movimientos articulares, sino a la anquilosis ósea o fibrosa, pues que aquí también los movimientos suelen estar limitados por la deformación ósea, por los obstáculos periarticulares, por los cuerpos libres intraarticulares, por las luxaciones, etc., y ya hemos tenido ocasión de mencionar al respecto la anquilosis por deformación.

En los casos más antiguos, en los tendones, en los ligamentos intra y periarticulares, asimismo como en los músculos (Broca) cercanos a la articulación, suelen observarse formaciones calcáreas y óseas en su espesor.

Los músculos periarticulares casi siempre están afectados de un grado de atrofia más o menos pronunciada.

«La falta de anquilosis verdadera junto a la usura de los cartílagos y de los huesos, y las proliferaciones marginales osteo-cartilaginosas son los caracteres más curiosos de estas lesiones.



CAPITULO III

Sintomatología

Es esta una de esas enfermedades en las cuales no se puede decir de un modo preciso el momento en que se inicia, pues no tiene desde sus comienzos una sintomatología bien definida, ni en la generalidad de los casos se instala con un cuadro clínico determinado que la haga reconocible desde su iniciación. Por el contrario, empieza de una manera insidiosa y después de un tiempo variable en su evolución, llama la atención del enfermo o del médico que se consulta y en este momento es casi imposible establecer de una manera cierta la época en la cual ha hecho su aparición.

No se quiere decir, sin embargo, que no puedan existir desde sus comienzos ciertos síntomas que por lo mismo que en la mayoría de los casos

son poco acentuados no llaman casi la atención de los enfermos, sea porque estos los descuidan, sea porque no le causan mayores trastornos, o bien, porque como generalmente son viejos los atribuyen a trastornos ocasionados por su misma vejez.

Debe recordarse por otra parte, que alteraciones aún ligeras de las articulaciones en esta clase de artritis suelen en ciertos casos determinados ocasionar trastornos tan notables en su funcionamiento que no están de ningún modo en relación con el grado de lesiones anatómo patológicas; mientras que en otros casos procesos mucho más avanzados no repercuten tan claramente sobre el juego de estas articulaciones.

En el primer caso tendremos entonces pequeñas lesiones que reaccionan con grandes síntomas, mientras que en el segundo la fórmula se invierte y hay grandes lesiones y pequeños síntomas.

Esto como se comprende facilmente no deja de tener su importancia para el diagnóstico y tratamiento de la afección que nos ocupa.

Pero, en la generalidad de los casos, no se observa esta inversión, sino que por el contrario hay una relación directa entre los trastornos funcionales y las alteraciones que sufren éstas articulaciones.

La artritis seca en la mayor parte de los casos se instala de una manera sorda, insidiosa, evoluciona con una extrema lentitud hasta que llega a establecerse con todo su cortejo sintomático especial y su duración es sumamente larga, pudiendo ser de 10-15-20 años, sin tendencia por otra parte ni a la curación espontánea, ni a la supuración o a la formación de anquilosis verdaderas.

En algunos casos lo que llama la atención del enfermo son ciertos poussées agudos del lado de la articulación afectada y entonces se encuentran en ella todos los síntomas de la inflamación, calor, tumor, rubor y dolor, pero investigando más seriamente se vé que no es nada más que un accidente agudo que se ha desarrollado en una articulación que ya venía sufriendo del proceso crónico de esta afección.

Estos accidentes agudos o sub-agudos pueden ser en número variable, durar una o dos semanas, luego todos los síntomas desaparecer y entre ellos existir períodos de acalmia, pero si ellos se desarrollan en una articulación afectada de artritis deformante, este proceso seguirá evolucionando siempre en la forma crónica que le es habitual.

Establecidas sus lesiones anátomo-patológicas que son como ya dijimos en el capítulo anterior sumamente características, éstas se traducen por

síntomas cuyo conjunto constituye el cuadro clínico de esta afección.

Tissier divide esta clase de artritis en su periodo de estado en dos grandes formas que son :

1r. Forma hipertrófica d'Adams, con edema del tejido periarticular e hidrartrósis; es esta forma la que tiene un principio sub-agudo.

2do. La forma usual, atrófica, en que el aspecto exterior de la articulación cambia menos, pero que también sufre deformaciones más o menos acusadas debidas a causas de origen diverso, que luego veremos. Esta forma es la más común y en la que más conviene hacer con tiempo el diagnóstico, pues hecho éste en oportunidad, se pueden esperar buenos resultados con el tratamiento quirúrgico.

El dolor es uno de los primeros síntomas por los cuales se traduce esta enfermedad, dolor que presenta la característica de ser más sordo, menos vivo, menos acusado que aquel que engendra el reumatismo progresivo. Generalmente no es continuo, sinó por el contrario tiene una forma intermitente, siendo sobre todo más acusado a la mañana al despertarse o después de haber dejado un cierto tiempo en descanso a la articulación.

Causas variables también repercuten sobre la intensidad, así por ejemplo varía considerable-

mente de un día a otro, con los cambios de temperatura, con el grado de humedad, con la alimentación a que el sujeto haya estado sometido y con las variables causas de intoxicación que pueda haber experimentado.

Cierto grado de rigidez articular y una cierta limitación de los movimientos aparecen conjuntamente con el dolor y están expuestos a las mismas variaciones que él, siendo más acusados después de un prolongado reposo articular y disminuyendo o desapareciendo por el ejercicio.

El cansancio articular suele ser muy frecuente, el enfermo dice que sus miembros son más pesados y esto trae como consecuencia una dificultad mayor para ejecutar los movimientos.

Todos éstos síntomas pueden desaparecer durante un tiempo más o menos largo, para luego volver a aparecer y esto renovarse durante un período demasiado largo hasta que por fin las lesiones se hacen evidentes y se establecen de un modo definitivo.

Crujidos, ruidos articulares se perciben a nivel de las articulaciones cuando se les hace ejecutar un movimiento cualquiera. Esta sensación es transmitida a la mano que palpa o aún es percibida a distancia. Es un síntoma de gran importancia, aveces puede hallarse sólo y sin embargo se llega a establecer el diagnóstico de artritis deformante.

Estos ruidos o crujidos se repiten todas las veces que se hace ejecutar a la articulación movimientos de extensión o de flexión. La causa que los origina es el frote de las superficies articulares desprovistas de cartilago, o de los osteófitos y encondromas. También interviene en su producción el desplazamiento de los cuerpos libres intraarticulares. Han sido comparados al ruido que produce un molinillo de café, un rayador, al frote de cuero nuevo, etc.

Avanzando el proceso anátomo-patológico que se desarrolla en la articulación afectada, mayores son los trastornos que lo traducen, haciéndose los movimientos más difíciles, más irregulares; el dolor, la rigidez y la limitación de los movimientos articulares se hacen más manifestos.

Las producciones óseas que tienen su asiento en las superficies articulares se traducen exteriormente por deformación de la articulación y estas producciones óseas se pueden constatar a la palpación como masas de consistencia dura, de formas irregulares que hacen cuerpo con el esqueleto.

La forma de las articulaciones varía, son más gruesas, se hallan hinchadas, pero no en la forma que lo hacen los procesos agudos, pues aquí la piel no cambia de color, es blanca, lisa y per-

fectamente movable sobre las partes sub-yacentes.

Deformaciones considerables pueden ser producidas por acumulación de capas oseas de nueva formación y la hiperproducción de tejido oseó en las extremidades articulares puede traer como consecuencia deformaciones manifiestas, notables cambios de formas en éstas extremidades articulares que a la larga terminan en verdaderas luxaciones y sub-luxaciones.

Neuralgias muy dolorosas y aún verdaderas parresias pueden observarse, siendo en estos casos ocasionadas por la misma hiperproducción oseá que ha traído como consecuencia la formación de osteófitos periarticulares, entre cuyas masas oseas pueden ser comprimidos ciertos troncos nerviosos como por ejemplo el cubital en el codo y el gran nervio ciático en la cadera.

Se suelen observar atrófias rápidas de los músculos vecinos de la articulación, sobre todo de los extensores según Adams y Charcot.

La artritis deformante puede atacar todas las articulaciones, tanto las grandes como las pequeñas, sin embargo presentan para nosotros bajo el punto de vista del interés quirúrgico mayor importancia las artritis secas que se desarrollan sobre las grandes articulaciones como el hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla y cuello del pié y lo hacen bajo la forma mono u oligoarticular.

En cada una de estas articulaciones además de los síntomas comunes que ya han sido descriptos en conjunto, tienen algunas características particulares, por lo cual conviene hacer una pequeña reseña de cada una de ellas en particular.

En la columna vertebral se pueden observar los mismos procesos anátomo-patológicos que en las otras articulaciones, es decir que se puede desarrollar una verdadera artritis seca, conocida aquí con el nombre de spondilitis deformante.

En algunos casos las vértebras se hallan extensamente unidas las unas a las otras por la aposición de nuevas formaciones oseas a los lados de los cuerpos vertebrales y cuando estos cuerpos han sufrido un proceso de reabsorción, su altura se vuelve desigual y entonces se producen en la columna inclinaciones anormales.

En las pequeñas articulaciones, sobre todo en los dedos se desarrollan deformaciones que corresponden a un proceso conocido con el nombre de reumatismo nudoso y cuyas lesiones anátomo-patológicas son idénticas a las de la artritis seca.

Algunos autores han querido hacer dos afecciones completamente distintas, pero hoy sabemos que el reumatismo nudoso corresponde a la forma generalizada del reumatismo crónico, mientras que la artritis deformante es una forma parcial de esta misma clase de reumatismos.

Ambas tienen una sintomatología y una evolución clínica un tanto desemejantes.

Una forma de reumatismo crónico parcial es el reumatismo crónico de las falanges o nudosidades d'Heberden. Existen pequeñas nudosidades que asientan a nivel de las articulaciones de las falangetas.

Son debidas a un crecimiento de los nódulos oseos que existen normalmente en esa región.

La extremidad de los dedos está habitualmente desviada a derecha o izquierda, la articulación es rígida, pero no presenta crujidos.

Las otras articulaciones de la mano están generalmente poco comprometidas.

En el hombro, como característica particular podemos decir que la cavidad glenoidea y la cabeza humeral se hallan anormalmente agrandadas; cuando el proceso es un poco antiguo se encuentra un verdadero aplastamiento de la cavidad glenoidea. Hay casi siempre una pequeña cantidad de líquido derramado.

En el codo, la cabeza del radio es generalmente la que presenta mayor hiperproducción osea y es aquella que por lo tanto se halla más deformada.— Los dolores más acusados son durante los movimientos de rotación.— La mano ha perdido casi toda su fuerza y se cansa con facilidad. — En la muñeca, al mismo tiempo que se nota un

verdadero aumento de volumen se pueden ver luxaciones y deformaciones variadas.

En la cadera ha sido descripta por muchos autores con el nombre de *malum-senile* por la analogía que existe entre estas dos afecciones, que presentan en su proceso anatómico y en su sintomatología una semejanza casi absoluta, pero hay que hacer notar que la artritis seca se puede desarrollar en individuos jóvenes sobre todo después de traumatismos repetidos, aunque es más común en la vejez como el *malum-senile* que es propio de esta edad. Lejars sin embargo dice que el *malum-senile* se observa en individuos jóvenes con cierta frecuencia.

Payr dice que son muy afines estas dos afecciones, pero que en el *malum-senile* es mucho menos activa la neoformación de tejido óseo que por el contrario se verifica de un modo demasiado imponente en la artritis deformante». Pero esto no es nada más que una cuestión de grados en el desarrollo de la producción ósea.

Las lesiones características de estos dos procesos según este autor son:

- 1º. Deformación de la cabeza femoral.
- 2º. Incurvamiento y sucesiva atrofia del cuello.
- 3º. Usura de la cavidad cotiloidea, la cual llega a adquirir una forma correspondiente a aquella nueva de la cabeza femoral.

Aquí la cabeza femoral sufre deformaciones casi siempre caracterizadas por un alargamiento y un aplastamiento, mientras que el cuello se acorta, su ángulo de curvatura de obtuso se puede volver recto y aún agudo, al mismo tiempo que su eje longitudinal se incurva hacia adelante o hacia atrás volviéndose cóncavo.

La cavidad articular sufre también modificaciones tendientes a adaptarse a la nueva forma de la cabeza femoral, se hace generalmente más ancha, más plana, al mismo tiempo que hay gran formación ósea a su alrededor.

Estas deformaciones pueden traducirse por la aparición de un cuadro clínico de coxa vara.

Uno de los síntomas precoces de la enfermedad según Köning es la aparición de dolores en la cadera al cabalgar.

Midiendo la distancia de la espina iliaca anterior y superior al maleolo externo en los dos miembros, se vé que en el lado enfermo es más corta que en el sano. El gran trocanter se encuentra por encima de la línea de Nelaton Roser y es más voluminoso que el del lado opuesto. En ciertos casos con la palpación se suelen sentir la presencia de las exostosis en la proximidad de la articulación.

Se puede observar una gran contractura en flexión.

Los glúteos suelen estar sumamente atrofiados en algunos casos.

En la rodilla se nota un aumento de volúmen, ensanchada sobre todo en la vecindad de la interlinea articular, es irregular y nudosa, suele haber aveces una ligera contractura en flexión y en algunos casos se establecen inflexiones laterales de la pierna casi siempre hacia afuera. La rodilla hace saliencia hacia adentro.—Hay un genu-valgum.

Se puede a la palpación apreciar el espesamiento de las extremidades articulares. Aveces cuerpos libres intraarticulares suelen hacer el papel de cuñas en la articulación, dificultando enormemente los movimientos.

En el cuello del pié también hay deformación de la articulación tibio tarsiana.

El astrágalo disminuye de altura y adquiere una forma cúbica, los maleolos se hacen más gruesos y se alargan.

En general vista de frente parece que toda la articulación fuése más alargada que la normal.

CAPITULO IV

Diagnóstico y pronóstico

Establecidos ya los síntomas clínicos de esta afección, el diagnóstico no presenta mayores dificultades en los casos clásicos, sin embargo no todos los enfermos se presentan con un cuadro clínico completo ni característico, de modo que a veces puede dudarse y aún llegarse a confundir con ciertas afecciones articulares que se presentan en una forma más o menos semejante.

Muchos son los detalles que en estos casos se deben tener en cuenta para poder llegar a hacer un buen diagnóstico diferencial, como ser los caracteres de los síntomas, la evolución de la enfermedad, la forma en la cual ella se ha iniciado, los antecedentes del enfermo etc. y debemos agregar sobre todo la radiografía, la cual no se ha mencionado en el capítulo anterior y que sin em-

bargo desempeña un papel importantísimo como elemento de diagnóstico.

Pasaremos ligeramente en revista algunas de las afecciones articulares más comunes, haciendo resaltar los síntomas que la diferencian de la artritis seca.

El reumatismo nudoso, reumatismo crónico primitivo, poliartritis deformante, artritis deformante generalizada principia en una forma crónica en la mayoría de los casos. A veces en los jóvenes lo hace bajo una forma aguda. Es progresivo, ataca las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies y de ahí se extiende a las grandes articulaciones. Es simétrico y es deformante y las deformaciones que produce son considerables.

Una vez establecido se observan 2 tipos más comunes que son:

1º. *Flexión.* — La falange y falangita están en flexión forzada y la falangina está en extensión. La mano está en semiflexión e inclinada hacia el lado cubital.

2º. *Extensión.* — La falangina sólo está flexionada, mientras que la falange y falangeta están en extensión.

Las otras articulaciones son a su vez invadidas.

La muñeca está en flexión, el antebrazo en pronación, el codo flexionado, el brazo rígido y el miembro superior como fijado al tórax.

En el miembro inferior, el dedo gordo del pié está desviado hacia afuera y arrastra los otros dedos en este sentido. El pié está en actitud de valgus o de varus equino. La rodilla está muy deformada, generalmente la cadera está libre.

El reumatismo crónico simple. — también es a forma crónica, las articulaciones son dolorosas a la presión, los movimientos son difíciles y a menudo acompañados de crujidos, dolores musculares, neuralgias los acompañan a veces.

Alternando o coincidiendo con las manifestaciones articulares existen puntos dolorosos que asientan en la palma de la mano, planta de los pies (láminas aponeuróticas) en el talón (bolsa serosa) a nivel de los músculos tibiales y peroneos (vainas tendinosas). Cuando se fija sobre una articulación no es raro ver una atrofia muscular de las regiones vecinas.

El reumatismo crónico fibroso— (tendones, ligamentos, bridas, aponeurosis).

Se encuentran en esta forma actitudes viciosas.

Las deformaciones de los dedos y de la mano son muy acentuadas.

Las extremidades óseas articulares son desplazadas y forman saliencias manifiestas, pero no hay aquí ni hinchazón de la epifisis, ni osteofitos y no se producen crujidos articulares.

Las artropatías de origen gotoso.—asientan sobre todo a nivel de las extremidades.

Ha habido generalmente un ataque anterior, y la presencia del tophus sirve para establecer el diagnóstico.

Aveces las deformaciones que dejan estos ataques pueden parecerse a las de la artritis seca, pero en este caso la radiografía, mostrándonos los procesos de la artritis deformante, servirá para diferenciarlas.

Las artralgias de origen gonocócico—se manifiestan por dolores articulares intermitentes, localizándose sobre varias articulaciones, especialmente sobre las rodillas, siendo más acusados de mañana al despertar o después de haber permanecido en reposo la articulación, disminuyendo por el ejercicio moderado.

Hasta aquí estos dolores presentan una analogía con los de la artritis seca, pero hacen también su aparición durante la noche en forma brusca, lancinante y esto no se observa en la artritis deformante.

Estos dolores no tienen un asiento fijo sinó que son difusos irradiándose a toda la articulación. Suele haber dolor a la presión en las epifisis. No existe ningún otro síntoma. Coexisten con una blenorragia.

La artritis blenorragica aguda.—generalmente

localizada sobre una sola articulación, la rodilla preferentemente, se presenta bajo una forma característica, imposible de confundirla con la artritis deformante.

Gran deformación articular, empastamiento de los tejidos vecinos de la articulación, dolor excesivo al menor movimiento, ligera coloración blanco rosada de la piel, nada o poca reacción general, sujetos jóvenes en la mayoría de los casos y coexistencia de una blenorragia.

Las artralgias específicas se manifiestan por dolores nocturnos poli-articulares, se atenúan o desaparecen con los movimientos y existen conjuntamente con otras manifestaciones específicas.

Las artritis específicas atacan las grandes articulaciones, hay una ligera tumefacción de la región, el color de la piel es blanco o blanco rosado, hay dolores a la palpación aunque no son tan agudos como en la forma blenorragica. Estos dolores se exacerban durante la noche.--Se deben investigar otros síntomas de especificidad y el tratamiento mercurial de prueba mejorará esta clase de artropatías.

Las artropatías específicas tardías a forma sinovial.---*Infiltración gomosa sub-sinovial (Lagrange).*

En ellas hay hibrartrosis, dolor, se la observa generalmente en la rodilla que se vuelve globulosa.

Se pueden palpar masas de distintas formas, duras, bien circunscritas, que hacen cuerpo con la sinovial y se les puede imprimir ciertos desplazamientos. Estas masas asientan generalmente en los puntos en que la sinovial se refleja, en la rodilla existen a los lados de la rótula y en el fondo de saco tricipital. Son características.

A veces la sinovial está toda tomada, pero en la mayoría de los casos quedan espacios libres, donde esta es blanda, delgada y no se palpan fungosidades. No hay dolor, ni limitación de los movimientos, ni rigidez, ni contracturas musculares.

La forma hiperostósica (Defontaine).— *Pseudo tumor blanco sífilítico* (Fournier).

Articulación deformada, globulosa, con gran aumento de volumen y sin alteración de los tegumentos. Hay hipertrofia de un solo hueso comúnmente y a la palpación se nota un tumor duro, regular, liso, sin saliencias, ni asperosidades y que hace cuerpo con el hueso.

La diáfisis también se hipertrofia sobre una extensión variable de 10 cts. más o menos.

No hay casi dolor, ni limitación de los movimientos y la aparición de esta artropatía es precedida por dolores nocturnos generales a las afecciones específicas.

La osteo-artropatía deformante específica, se observa casi siempre en la sífilis hereditaria.

En ella hay una deformación epifisaria caracterizada por la hiperproducción de tejido óseo que dá lugar a la formación de osteófitos irregulares en sus formas y dimensiones. De aquí se establecen anomalías de aspecto y de configuración de las articulaciones.

En general las artropatías específicas presentan ciertos caracteres comunes como ser, dolores nocturnos espontáneos en las extremidades óseas, no son dolorosas a la presión, hay conservación de los movimientos, no hay contractura refleja, ni inmovilización. Además existen o han existido síntomas propios de la sífilis y el tratamiento de prueba mejorará enormemente estas lesiones.

Las artropatías de origen tuberculoso son varias y entre ellas tenemos.

El tumor blanco articular. — Iniciación lenta, insidiosa en general; evolucionando en una forma crónica característica a estas artropatías, pudiendo hacerlo en ciertos casos en una forma brusca y entonces hay casi siempre antecedentes de un traumatismo anterior y se observan los caracteres de una artritis aguda, pero bien pronto pasan estos fenómenos y la enfermedad adquiere su forma crónica habitual.

Se observa frecuentemente en los niños y una

vez constituida se presenta en la siguiente forma:

Tumor globuloso que hace desaparecer todos los relieves normales de la articulación, hay atrofia muscular pronunciada. Los tegumentos tienen su coloración normal y están sanos, se deslizan fácilmente sobre las partes sub-yacentes, hay contractura muscular. Por la palpación se puede apreciar en los puntos en que la sinovial es superficial, la impresión característica que esta ofrece distendida y llena de fungosidades.

A la palpación hay dolor sobre los huesos. Están infartados los ganglios vecinos de la articulación. Se forman abscesos que terminan en la supuración y establecimiento de fístulas y por último quedan deformaciones articulares variadas.

Artritis a granos riziformes. — Hay menos deformación que en la forma precedente, la sinovial contiene los granos característicos, pero su aspecto es casi igual al del tumor blanco.

Existe un ruido especial durante los movimientos debido a la presencia de estos granos riziformes.

Carie seca. — Evolución lenta, principio sordo, el dolor es uno de los primeros síntomas.

Hay una atrofia de los músculos periarticulares llevada al grado más extremo. Anquilosis fibrosa. Dolor acusado en los movimientos y crujidos articulares. Esta forma esclerosa tiende a la cura-

ción pero con la formación de anquilosis y de atrofas musculares considerables.

El reumatismo tuberculoso de Poncet.—Puede afectar varias formas, entre ellas simular un reumatismo agudo, infeccioso y aún crónico y en este caso puede adquirir una analogía manifiesta con las lesiones de la artritis deformante.

Pero, en todos los casos de artropatías tuberculosas, basta pensar en ellas para buscar en los casos dudosos elementos diferenciales, con el examen atento del enfermo, los antecedentes, las reacciones biológicas si se pueden emplear y la prueba de la tuberculina que nos indica si es positiva, la existencia de un foco de esta naturaleza en el enfermo que se examina.

La radiografía es sumamente necesaria y a veces es la única que establece el diagnóstico.

Las infecciones articulares debidas a la osteomielitis tienen un cuadro agudo bien manifiesto y casi siempre son debidas a la propagación de un núcleo oseó vecino.

Las anquilosis verdaderas óseas o fibrosas, no pueden confundirse en ningún caso con la artritis seca, pues esta afección apesar de traer una limitación de los movimientos no se acompaña de anquilosis verdadera en ningún caso.

Las entorsis son generalmente consecutivas a un traumatismo y le siguen inmediatamente, hay

reacción inflamatoria y se está en presencia de un proceso agudo.

Las fracturas y luxaciones, se distinguen fácilmente cuando son simples, pero aveces suelen acompañar a la artritis seca, sobre todo las segundas que se encuentran como una complicación frecuente en los estados avanzados.

La radiografía nos hará reconocerlas fácilmente.

Las artropatías tabéticas se manifiestan de una manera espontánea, brusca, pueden existir algunas manifestaciones anteriores sin importancia, pero no es lo común.

Es una lesión indolora y existe una gran tumefacción de la articulación atacada en la cual hay casi siempre un gran derrame.

Este derrame rara vez falta y se establece rápidamente. Hay una movilidad anormal de la articulación, dislocaciones y atrofia de las extremidades oseas.

Por otra parte se acompañan generalmente de otros síntomas de tabes, los cuales hay que buscar en estos casos.

Las artropatías siringomiélicas, presentan en general los síntomas de las artropatías tabéticas, pero se acompañan de los trastornos propios de la siringomielia.

En ciertos casos son las manifestaciones prime-

ras de la afección y entonces sus caracteres indican que se trata de una artropatía nerviosa.

En general toma una sola articulación y es en el miembro superior donde se la observa frecuentemente.

Las artropatías histéricas se manifiestan en general por gran dolor, hiperestesia cutánea más que dolor articular, gran contractura muscular y actitudes viciosas de los miembros.

Llegan a simular verdaderas anquilosis.

Se manifiestan espontáneamente después de un traumatismo y tienen una tendencia manifiesta a conservarse siempre en la misma forma sin tender ni a la curación ni a la agravación de los síntomas. Debido a causas extrañas al tratamiento y en general a alguna emoción violenta de parte de estas enfermas se ven desaparecer en algunos casos espontáneamente todos los síntomas de estas artropatías.

Para llegar a hacer un diagnóstico diferencial se pueden aplicar los dos procedimientos siguientes:

1º. Brissand recomendaba colocar una venda de Esmarch que trae una isquemia de los músculos y estos privados de su sangre se relajan al cabo de cierto tiempo, entonces se puede apreciar si la rigidez del miembro es debida a contractura muscular o anquilosis.

2º. Anestesia general por cloroformo o por éter.

Desaparecida la rigidez muscular se puede hacer la misma constatación anterior y colocados los 2 miembros en la misma posición se vé que las deformaciones obedecían a la contractura muscular.

Por otra parte en el momento de despertar el enfermo se puede constatar el orden en que aparecen la hiperestesia y la contractura muscular.

En las artritis agudas o crónicas que se acompañan de contractura, esta aparece primero cuando cesa la narcosis completa y antes que el enfermo haya salido del estado de sopor. El dolor le sigue después.

En la histeria articular el dolor aparece primero, la contractura después.

El pronóstico en la artritis seca varía considerablemente según el punto de vista desde el cual se le considere.

En relación con la duración total de la vida o la salud general del sujeto, se puede decir que el pronóstico es benigno, puesto que se trata de una afección local que no influye mayor ni perjudicialmente sobre ellas, a pesar de que algunos autores han hecho notar que la albuminuria, el mal de Bright o la tuberculosis es la terminación más habitual de estos enfermos, pero en estos casos

no se trata sino de afecciones diversas desarrolladas accidentalmente en un sujeto que padece de artritis seca.

Por el contrario, el pronóstico se vuelve sumamente grave considerado desde el punto de vista del valor funcional del o de los miembros atacados y social del sujeto.

Es una afección crónica que no tiene tendencia ni a la curación espontánea, ni al estacionamiento, ni a la regresión de sus lesiones, sinó que por el contrario, progresa lentamente y a medida que avanza en su evolución mayores son los trastornos funcionales que la traducen.

Limitación de los movimientos, deformaciones articulares, luxaciones patológicas, atrofas musculares periarticulares, etc., he aquí algunas de las causas por las cuales estos enfermos adquieren una verdadera impotencia funcional de sus miembros, una disminución manifiesta de sus aptitudes para el trabajo y en una palabra, pierden en gran parte su valor social.

En general el tratamiento médico influye poco sobre estas lesiones, salvo en ciertos casos en que parece tratarse efectivamente de deformaciones producidas por trastornos ocasionados por insuficiencia de las glándulas de secreción interna, en cuyo caso el tratamiento opoterápico según algunos autores ha dado excelentes resultados.

El tratamiento quirúrgico, en las grandes articulaciones y en las formas mono-articular sobre todo, dá en algunos casos muy buenos resultados y con algunas reservas muy justificadas por otra parte, se puede decir que mejora el pronóstico, pues devuelve a los miembros tratados, algunas de las funciones desaparecidas.

~~~~~

## CAPITULO V

### Tratamiento

El tratamiento de la artritis deformante es médico y quirúrgico.

*Médico.*—Los métodos empleados en medicina son los más numerosos y variados, pero todos ellos dan un resultado más o menos análogo y en general poco favorable.

La falta de conocimiento sobre su etiología ha sido la causa de que se hayan ensayado y se continúen aplicando un gran número de tratamientos de acuerdo con las teorías dominantes o aceptadas por aquellos que los emplean.

Debemos recordar que hay una serie de causas que favorecen la aparición o progresión de esta enfermedad (y en general son aceptadas por la mayoría de los autores), por lo cual debemos evitar que los enfermos continúen sometidos a su

acción durante más tiempo o preservarlos de ellas si es posible.

Hay que tener en cuenta la higiene en lo que se refiere al clima, las habitaciones, los vestidos y al régimen alimenticio.

Se evitará el frío y la humedad, haciendo cambiar a los enfermos de habitaciones y de lugar cuando estos se hallen en malas condiciones. Se debe suprimir en la alimentación todas las causas que puedan ser origen de intoxicaciones, como ser la alimentación cárnea excesiva, las carnes pasadas, bebidas alcohólicas, condimentos picantes e indigestos y se dará un régimen alimenticio de comidas abundantes pero livianas y sanas.

Se puede luchar también contra las intoxicaciones de origen intestinal por medio de purgantes ligeros, pero periódicamente administrados. Localmente sobre las articulaciones enfermas y sobre todo durante los procesos agudos, para combatir el dolor, se aplican toda clase de revulsivos, derivados, ungüentos, pomadas, etc.; pero todas estas aplicaciones no tienen nada más que una acción calmante momentánea sin influir mayormente sobre la evolución de la enfermedad.

El calor se emplea, ya sea bajo la forma local o general.

Las bolsas de arena caliente sobre las articu-

laciones atacadas y las puntas de fuego parecen tener una acción sedante.

También se han empleado, baños generales sobrecalentados de 40 a 45° y a temperatura progresivamente creciente y las duchas de agua caliente de 120 a 170° según el método de Tallerman.

Localmente y en los períodos agudos se suelen hacer aplicaciones de salicilato de metilo.

Basándose en que la médula interviene en la producción de esta clase de artritis.

Lathan, hace revulsión espinal.

Tull, refrigeración permanente del raquis.

Y, Besnier, se pregunta si haciendo cauterizaciones sobre la columna, no se mejorarían estas artropatías?

El masaje periarticular da buenos resultados en cuanto a evitar la atrofia y conservar el tonus muscular.

La electricidad es empleada especialmente bajo la forma de corriente continua.

La intensidad de la corriente será débil, pero su aplicación de larga duración.

Leduc, aplica la electrolisis. El método de la yonización ha sido simplificado y puesto en práctica y parece demostrado actualmente que una de las acciones más constantes del tratamiento electrolítico es la influencia resolutive sobre las formaciones esclerosas y cicatriciales.



Al interior son numerosos los medicamentos empleados, entre ellos tenemos el yoduro de sodio y de potasio, el aceite de hígado de bacalao los alcalinos, etc.

Jonlié, niega la acción benéfica de la medicación alcalina, diciendo que ella es nula y por el contrario establece que es necesario hacer un tratamiento ácido, basado en que la orina de algunos reumáticos son hipoácidas.

Deglos, en su tesis de París de 1907, dice que ha empleado el ácido fosfórico oficial a la dosis de 20 a 40 gotas en 24 horas.

Lasegue, insiste sobre la utilidad del empleo de los compuestos yodados, es al yodo que el aceite de hígado de bacalao debe una parte de sus cualidades.

Le Gendre, emplea la tintura de yodo fresca, tomada en leche o en vino azucarado, por dosis progresivamente crecientes de 10 a 80 y aun 100 gotas.

Dice que no hay intolerancia, ni con dosis elevadas y que sus efectos son muy buenos.

El yodo puede ser empleado bajo forma de compuestos orgánicos o en inyecciones sub-cutáneas (soluciones yodo yoduradas).

Robin, aconseja el empleo de yoduros a dosis moderada.

En algunos períodos agudos está indicado el

salicilato de sodio con alcalinos y régimen lácteo.

Moffat, Allison dan médula ósea a los enfermos atacados de deformaciones articulares.

Actualmente y con el conocimiento de la teoría de las distrofias glandulares para explicar los reumatismos crónicos y la artritis deformante, muchos son los que hacen tratamiento opoterápico con resultados distintos en unos y otros casos.

Basados en la mayor frecuencia de esta afección en la mujer y explicando su patogenia por un trastorno de la secreción ovárica, algunos hacen opoterapia ovárica bajo distintas formas.

Los que creen en una insuficiencia de la glándula tiroides, hacen opoterapia tiroidea, lo mismo se puede decir del timo.

Hay un tratamiento opoterápico mixto, es decir que conjuntamente se administran principios tiroideos, ováricos, tímicos, etc.

Gaisböck, daba adrenalina, pero no suponiendo que fuese un principio específico, sino que la administraba con un fin analgésico y sedante.

Mayer, cita algunos casos que han obtenido gran beneficio de las inyecciones de suero antiestreptocócico y otros autores consiguen algunas mejorías con las inyecciones de suero antidiftérico.

*Quirúrgico.*---Lejars, en una publicación apare-

cida en la «Semaine Medicale» de París en el año 1905, hace un estudio bastante completo de la mayor parte de los casos publicados, que han sido tratados quirúrgicamente, y llega a conclusiones muy interesantes. Creemos conveniente hacer un resumen de este trabajo, que sintetiza las diversas tentativas operatorias y que nos enseña el criterio a seguir en los diferentes casos que se nos presentan.

Dice este autor que para obtener una enseñanza práctica de todas las tentativas operatorias todavía confusas, es necesario estudiar aparte.

1.º Las formas jóvenes o que quedan jóvenes del reumatismo crónico deformante, llamadas también artritis vellosas, hidrartrosis a cuerpos extraños múltiples, sin deformaciones notables de las extremidades óseas, ni dislocaciones articulares.

2.º Las formas avanzadas, completas, en que todos los elementos de la articulación son invadidos por el proceso de destrucción y de vegetación combinadas.

3.º La forma periarticular.

### 1.ª FORMA

Son los trastornos funcionales y sobre todo el dolor los que indican el tratamiento quirúrgico.

Se distinguen dos casos.

*Primer caso.*—Existe un cuerpo libre intra-articular solitario;

*Segundo caso.*—Existen cuerpos libres intra-articulares.

En el primer caso se hará una talla articular muy simple, por lo cual se extrae de una articulación poco enferma un cuerpo extraño aislado.

En el segundo caso, artrotomías, practicadas en la artritis deformante, para la evacuación de cuerpos extraños múltiples, libres o pediculados y con una sinovial más o menos alterada.

Hay sin duda «formas de pasaje», formas intermedias, en las cuales se puede actuar desde el principio, y, por una artrotomía simple evacuar algunos cuerpos extraños, despegar otros todavía adherentes, vaciar la cavidad articular.

De este modo cesan los dolores y se realiza si el tratamiento consecutivo es suficientemente prolongado, una restauración funcional durable.

Peró, el terreno no se presta siempre para obtener idénticos resultados.

En 1896 Clocquet, en su tesis, cita 2 casos del servicio del profesor Dubar (de Lille), que fueron tratados quirúrgicamente.

La primera observación es de una articulación del hombro derecho. Se hace artrotomía por incisión anterior, se escapan de la articulación como 120 c. c. de líquido rojizo teniendo en suspen-

sión pedazos de cartílago; la cavidad glenoidea y la cabeza humeral estaban recubiertas de estalactitas óseas, la sinovial tenía «masas firmes pediculadas.» La intervención hizo desaparecer los dolores, pero fué seguida de una anquilosis completa, bien compensada por los movimientos del omóplato.

La segunda observación es de una rodilla izquierda. Se hacen dos incisiones laterales, interna y externa, salen cuerpos extraños redondeados y blancos, de consistencia casi ósea, irregulares, de diversos tamaños y en número de 319. La sinovial estaba espesada, recubierta de vegetaciones dendríticas, de franjas hipertrofiadas, de cuerpos pediculados que se arrancan con el dedo y la cureta. Esta es pasada suavemente sobre todos los repliegues de la sinovial y se ven los cartílagos que presentan el aspecto velvético.»

El resultado post-operatorio fué bueno y el operado puede volver a su trabajo.

La artrotomía no se limitará siempre a la extracción pura y simple de los cuerpos extraños, será necesario en ciertos casos sacar segmentos vellosos y espesos de la sinovial, placas induradas y condroides, zonas vegetantes, hacer a veces una sinovectomía parcial. La sinovectomía ha sido practicada aun cuando no existían en la articulación cuerpos extraños libres. Hechos de esta cla-

se han sido publicados por Muller, por Félix Franke, etc.

Weyprecht, en su tesis cita un caso de rodilla izquierda. Se practica una artrotomía por incisión externa, se saca un cuerpo extraño cartilaginoso con la cápsula que lo rodea, muy espesa, oscura y vegetante; por una segunda incisión interna se sacan los restos de la sinovial enferma.

A pesar de que los cóndilos estaban recubiertos de vegetaciones no se hizo la resección. Se cierra dejando 2 drenajes. Resultado bueno.

Lejars, practica una sinovectomía parcial, cuyos resultados fueron muy satisfactorios debido a que las lesiones estaban circunscritas a un segmento relativamente pequeño de la articulación.

«Hay entonces en presencia de estas formas iniciales de la artritis deformante toda una serie de intervenciones, que deben ser conocidas y pueden ser seguidas sino de una curación completa, por lo menos de una mejoría muy apreciable y prolongada.

En las formas avanzadas, cuando una intervención más intensa se halla contraindicada por las condiciones locales o la edad del sujeto, una artrotomía simple, evacuadora del derrame y de los cuerpos extraños libres o pediculados, puede ser de buena práctica, y por un tiempo más o menos

largo hacer cesar los dolores y volver más fácil el funcionamiento articular.

No es una cirugía brillante, pero es cirugía útil y en presencia de una afección tan incurable y desesperante como el malum senile, no se podrían desperdiciar estos resultados por incompletos que sean y de duración incierta.

## 2º FORMA

En general se aconsejan las resecciones.

Los dolores, su agudez creciente y su tenacidad por una parte; la impotencia funcional de más en más marcada por otra parte, han servido en general de indicaciones a estas resecciones.

Tres puntos de vista hay que tener en cuenta para poder clasificar sus resultados y juzgar el valor exacto de las intervenciones:

1.º Han procurado sedación durable de los dolores?

2.º Han devuelto al miembro un funcionamiento satisfactorio?

3.º Cuál ha sido su influencia, sobre el proceso mórbido mismo, la excisión de las extremidades articulares, de la sinovial espesada, ha evitado que la enfermedad avance o recidive?

La primer resección de la cadera, por una artritis deformante, con diagnóstico hecho anterior-

mente, fué practicada en 1859 por Fock de Madgdebourg.

La cabeza y el cuello femoral estaban confundidas en una especie de masa aplastada, completamente rodeada de osteofitos, el cotilo era 2 veces más ancho que lo normal, no había ligamento redondo; se encontraban osteofitos diseminados sobre la cabeza, el cuello y el gran trocánter.

El enfermo se levanta a la décima semana, los dolores habían desaparecido, pero la marcha se efectuaba aun con muletas cuando la observación termina.

Y esta terminación debe ser notada, ella dá el sentido general de la respuesta que se obtiene casi siempre cuando se interrogan los resultados alejados de estas resecciones; *cesación de los dolores, resultados funcionales mediocres.*

Sobre 24 observaciones y haciendo la salvedad de que es difícil clasificar los resultados de modo preciso para obtener un porcentaje de real valor, Lejars, da la siguiente estadística:

|      |   |                               |
|------|---|-------------------------------|
| 8.3  | % | de muerte.                    |
| 25   | » | resultados funcionales malos. |
| 25   | » | »                             |
| 33.3 | » | »                             |
| 8.3  | » | »                             |
|      |   | regulares.                    |
|      |   | buenos.                       |
|      |   | desconocidos.                 |



Según 16 casos, Alexander Muszkat:

31.25 % mejorías considerables.

50      » curaciones durables.

Se tiene entonces un cierto número de resultados que no son de naturaleza a aceptar la resección de la cadera en la artritis deformante, como una operación a proponer deliberadamente y a presentar como muy favorable en sus resultados.

Para apreciar equitativamente la utilidad de la operación y los beneficios que se pueden obtener es necesario tener en cuenta el estado de impotencia dolorosa en que están o quedarían los enfermos, si este recurso les fuese rehusado.

Un hecho general, casi constante, es la desaparición de los dolores después de estas resecciones; es este un punto de gran importancia.

En cuanto a los resultados funcionales, no se debe olvidar que nos encontramos lo más a menudo, en los casos de este género, en presencia de incurables y que si no se debe esperar y prometer un resultado brillante, una mejoría aún muy incompleta, será siempre bien aceptada.

Si a estos pacientes que están condenados a vivir en cama, se les puede hacer marchar sin dolores, aun cuando sea con muletas, esto será un resultado relativamente bueno.

Hay casos en que el funcionamiento ulterior es bueno y muy bueno en otros.

El término medio de los resultados, sobre todo si se les compara con el estado anterior de los enfermos y la incurabilidad de la afección, es suficiente a mostrar, que en algunas circunstancias, la operación está justificada.

Hay un cierto número de condiciones que parecen ejercer una influencia preponderante sobre el pronóstico funcional de las resecciones en la artritis deformante.

Es ante todo, la edad de los operados. El *malum coxae senile*, está lejos de merecer siempre su nombre, sobreviniendo frecuentemente a una edad poco avanzada, en la edad adulta, en la juventud aún. Los operados jóvenes son aquellos que más beneficios han obtenido con la intervención.

La artritis deformante de origen traumático es aquella que se presta mejor a una intervención realmente útil. Esta es generalmente monoarticular y la forma monoarticular del reumatismo crónico deformante es la única que realmente puede sacar beneficios de la resección.

En condiciones iguales, las exéresis óseas y capsulares bien grandes, son las que han dado mejor resultado post-operatorio.

Hay que tener en cuenta también para poder valorar los resultados, el estado de la musculatura, la atrofia más o menos profunda de los músculos y su propiedad de regeneración.

Lo que se acaba de decir para la cadera se aplica a las otras articulaciones. En ellas también se ha obtenido la cesación de los dolores, rebeldes hasta entonces a otro tratamiento, y resultados funcionales variables.

En la rodilla la anquilosis ha sido ciertas veces realizada y la intervención ha sido entonces seguida de un resultado excelente; sólido, rectilíneo e indolente, el miembro se volvía apto a un funcionamiento útil y la soldadura de las superficies óseas es la mejor garantía contra las recidivas.

A veces el estado de atrofia y de degeneración grasosa de los huesos no permite un resultado tan favorable e importa estar advertidos.

Lejars, cita 2 casos de artritis deformante de la rodilla, en las cuales después de hacer resección, hace sutura ósea.

Hay mejoría, pero las suturas no prenden.

En el hombro y en el codo la resección ha sido practicada con fortuna diversa, los dolores en general han cesado, pero el funcionamiento ulterior ha sido muy mediocre.

En el puño la resección ha sido tentada 3 veces por Muller, 2 veces parcial, los dolores no desaparecen; en el tercer caso fué más amplia comprendiendo la primera y una parte de la segunda

fila de los huesos del carpo. Cita además los casos siguientes:

*Hallux valgus*.—Resección de la articulación metatarso-falángica seguida de cesación de los dolores y anquilosis rectilínea casi completa.

*Articulación témporo maxilar derecha*.—Resección del cóndilo. Los dolores desaparecen, la movilidad fué restaurada. Al cabo de 3 años la curación se mantenía.

*Pulgar derecho*.—Resección de la articulación metacarpo-falángica. Resultados excelentes.

*Articulación de Chopart*.—Resección de la cabeza del calcáneo. Resultados satisfactorios.

*Articulación calcáneo escafoidea izquierda*.—Resección. Se atenúan los dolores, la marcha no fué posible, sino con bastón.

La última pregunta: «Cuál es la duración de la mejoría y en los casos muy afortunados de la pseudo curación? Son definitivas?»

La repuesta no puede apoyarse sino sobre documentos muy poco numerosos, sin embargo parece que la recidiva no solamente no tiene nada de fatal, sino que no sobreviene en ninguna época, en un cierto número de casos.

Hay varias observaciones que se han seguido unas después de 2, 2 1/2, 3, 4 y hasta un caso después de 10 años que no se presentaban recidiva.

La amplitud de la exéresis tiene una gran importancia en los resultados lejanos y en el pronóstico funcional de la articulación tratada.

### 3<sup>er</sup> FORMA

El terreno no es favorable a la acción quirúrgica, la multiplicidad de las localizaciones, la marcha invasora del proceso, volverían ilusoria aunque fuese realizable, toda intervención de alguna importancia.

Y sin embargo, en la práctica en presencia de casos particulares, esta forma general muy racional en sí, es demasiado absoluta. Aun en las artropatías múltiples, puede ser que las lesiones y los dolores predominen sobre una de las articulaciones, o ciertas deformaciones particulares se vuelvan una indicación suficientes a intervenciones útiles, aun la resección.

El enderezamiento de los miembros es la principal indicación quirúrgica, en la forma poliarticular del reumatismo crónico deformante. Puede prestar a veces servicios excelentes.

La resección no es el único procedimiento de corrección de las aptitudes articulares viciosas y dolorosas.

Cuando los huesos no están muy deformados, o que su deformación no constituye el principal

obstáculo al enderezamiento (la radiografía provee para la solución de este problema los mejores datos), será suficiente recurrir a las secciones tendinosas y aponeuróticas múltiples.

Lo que importa ante todo es no recurrir a la rotura forzada, a las maniobras ciegas y brutales de enderezamiento mecánico brusco; se expondrá a producir los desórdenes más graves y se comprometería los resultados, despertando y agravando el proceso local.

Practicado sin violencia, después de secciones fibrosas suficientes, el enderezamiento no es seguido de ningún accidente, aun en los focos de artritis en plena actividad.

Puede decirse que haya un tratamiento quirúrgico del reumatismo crónico deformante? Sí, sin duda, si se establece una apreciación sabia y razonable. No será cuestión de hacer pasar a la cirugía operatoria, la cura de toda artritis crónica reumática, especialmente las poliartritis deformantes. Pero, es posible en un cierto número de casos, por intervenciones de orden diverso en relación con la diversidad misma de las lesiones, artrotomías, sinovectomías, resecciones, enderezamientos, obtener mejorías durables y aun curaciones.





## OBSERVACION I

*J. D.*—54 años.—*Junio 14 1915.*—*Sala del Dr. D. Prando.*

*Diagnóstico.*—Artritis crónica de cadera. Sarcoma de partes blandas.

*Diagnóstico pos-operatorio.*—Artritis deformante.

*Antecedentes.*—Blenorragia. Chancro «blando» hace 25 años. Tiene dolores nocturnos oseos de «La rodilla para abajo» que duran desde la hora de acostarse 9 p. m. hasta la madrugada.

Estos aparecen una vez por semana. En algunas ocasiones se mantenían durante 2 o 3 días. Son dolores intensos que no ceden a las fricciones, masages, etc.

Ligero acortamiento y rotación externa del miembro inferior derecho.

Sintomatología de artritis crónica de cadera.

Hace 4 meses que el enfermo notó una «hinchazón» a nivel de la ingle derecha. Es una tu-



mefacción que ha ido gradualmente aumentando hasta deformar la región. Ocupa partes blandas alrededor de la articulación.

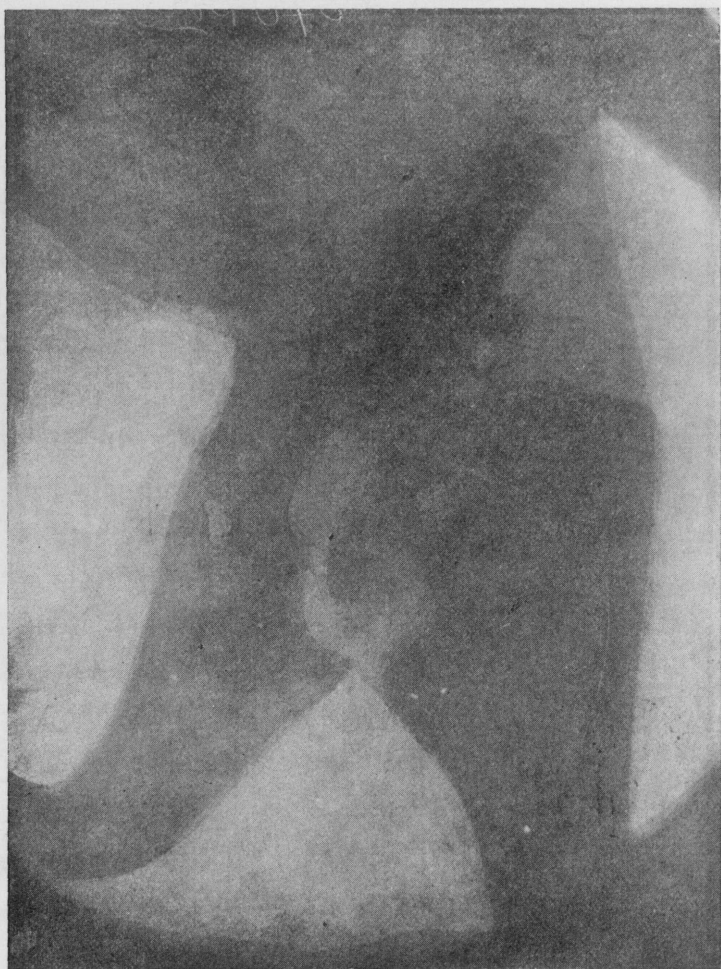
Es un tumor elástico, resistente, ligeramente tenso, regular, uniforme. no pulsátil. Nótase sin embargo la arteria levantada y latidos de mayor intensidad que en el lado izquierdo. Punción—Ver radiografía.

*Intervención.* --- Julio 14—1915.—Incisión para ligadura de la ilíaca externa, y dejando el pliegue inguinal una segunda incisión por debajo, de 14c, siguiendo el borde anterior del sartorio, en la parte más saliente del tumor.

Se constata por incisión inferior que el tumor ocupa los planos más profundos y que ha rechazado los vasos. Se prefiere abandonar esta vía, tratando al mismo tiempo de limitar el tumor y conocer su naturaleza.

Incisión sobre el gran oblicuo. Sección de algunas fibras del pequeño oblicuo y transverso. Se llega a la grasa preperitoneal. Se separa todo hacia arriba. Se abre la vaina del psoas, se vé el crural y bastante llevada hacia adelante y adentro a la arteria ilíaca externa. Se limita hacia arriba el tumor que sobrepasa unos 5 c. del pliegue inguinal.

Se aborda por la incisión inferior, abriendo la vaina del sartorio, se vé la femoral desplazada





hacia adentro, fibras del recto anterior, una gruesa rama externa de la femoral (femoral profunda) y por fin la capsula. (Antes de esto se han hecho varias punciones con agujas de grueso calibre, que han resultado negativas.

La capsula tiene el aspecto de quiste hidatídico.

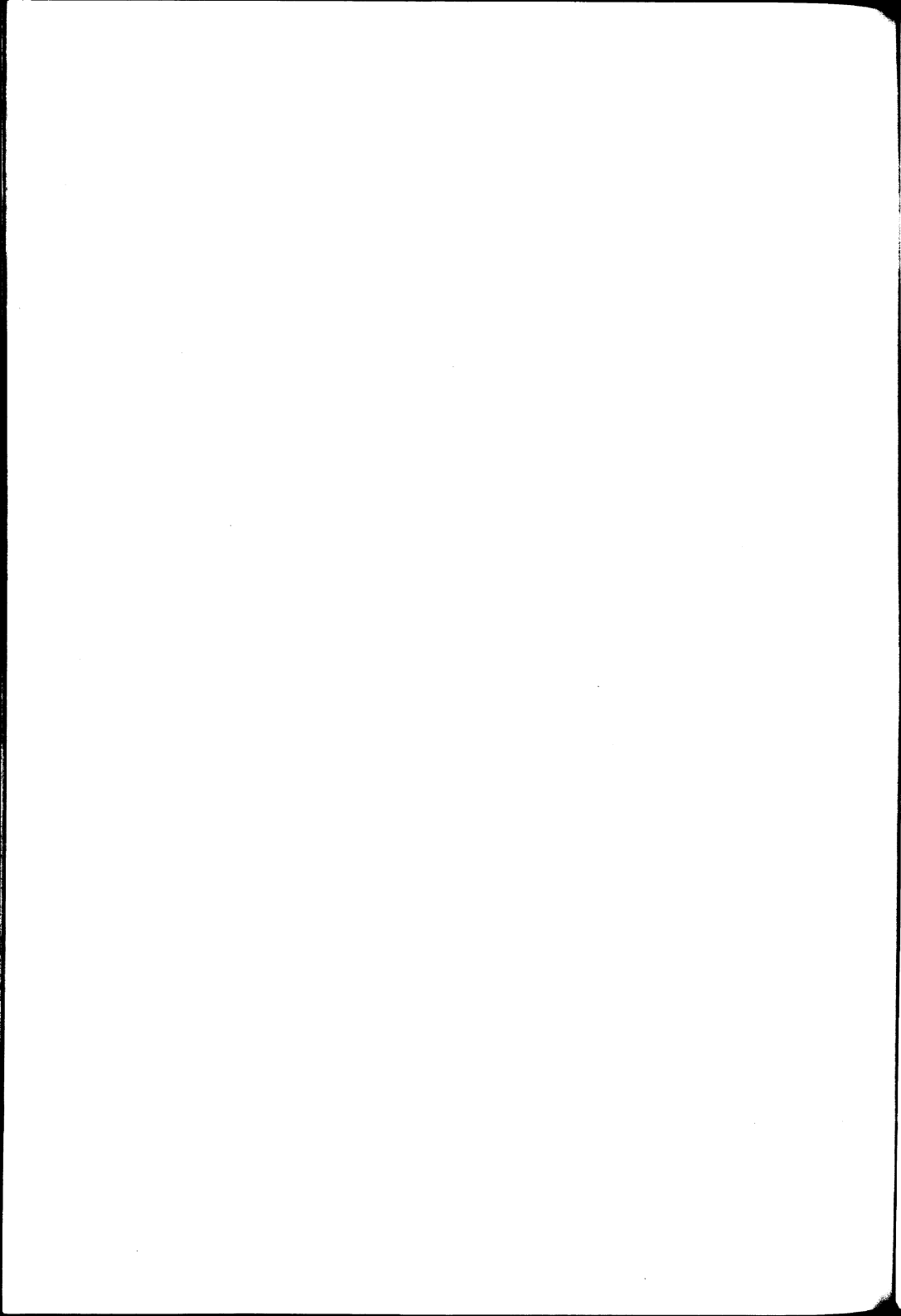
Se van incindiendo sus diversas capas, mostrando un espesor de 2c., es resistente, fibrosa, con porciones oseas en su espesor. Abriendo la cavidad articular salen alrededor de 100 gramos de un líquido espeso, siruposo, de color «Caramelo.»

Dentro de la cavidad articular se encuentra una regular cantidad de vellosidades de la sinovial, semejando los cordajes del corazón, con la diferencia que estas vellosidades se hallan sueltas y son por separado enucleadas con las pinzas.

Se limpia la cavidad articular de ellas y luego se constata la atrofia y deformación de la cabeza femoral, la hiperproducción en viscera de gorra al nivel del acetabulum.

Se reseca una pequeña porción de la capsula (para exámen). Se deja un drenaje de gasa.—Capsulorrafía.





## OBSERVACION II

V. F., 21 años, Julio 17 de 1915.—Sala del  
Dr. D. Prando

*Diagnóstico.*—Artritis deformante de codo derecho.

*Antecedentes.*—Hace 5 años «fiebre gripal.» Hace 3 años «la misma enfermedad.» Guarda cama durante un mes y otro de convalecencia.

Hace ya 8 años que nota una deformación de su codo derecho. La cabeza del radio forma un pequeño tumor, irregular, doloroso.

Hay una extensión máxima en ángulo de 120° y flexión máxima en ángulo de 45°.

Nótase marcada atrofia muscular del biceps, supinador y radiales y también en los epitrocleanos.

La pronación y supinación son completas.

Operación Junio 27.

Se hace la anestesia de Kulemkampf con 15 c. c. de solución al 2 por ciento. A pesar de haber inyectado en el tiempo que el enfermo acusaba hormigueo y dolor en los dedos, se consigue una anestesia buena, pero no total.

Incisión de Kocher, cápsula no muy espesada. A su abertura sale líquido claro, de tinte amarillento, espeso, «acaramelado», en una cantidad aproximada de 40 c. c. Se encuentra una rata articular constituida por cartilago y núcleo central óseo, del tamaño de una pequeña avellana.

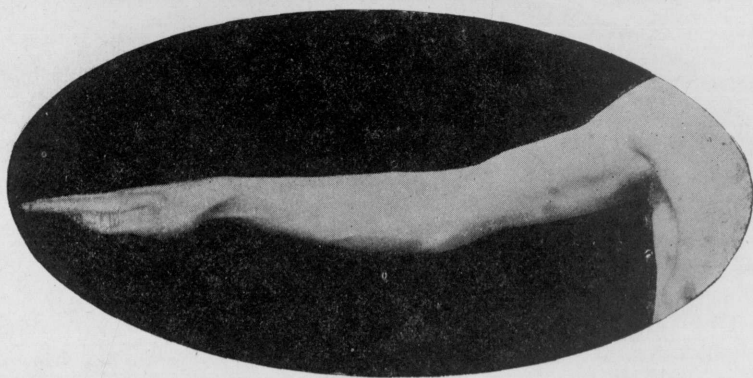
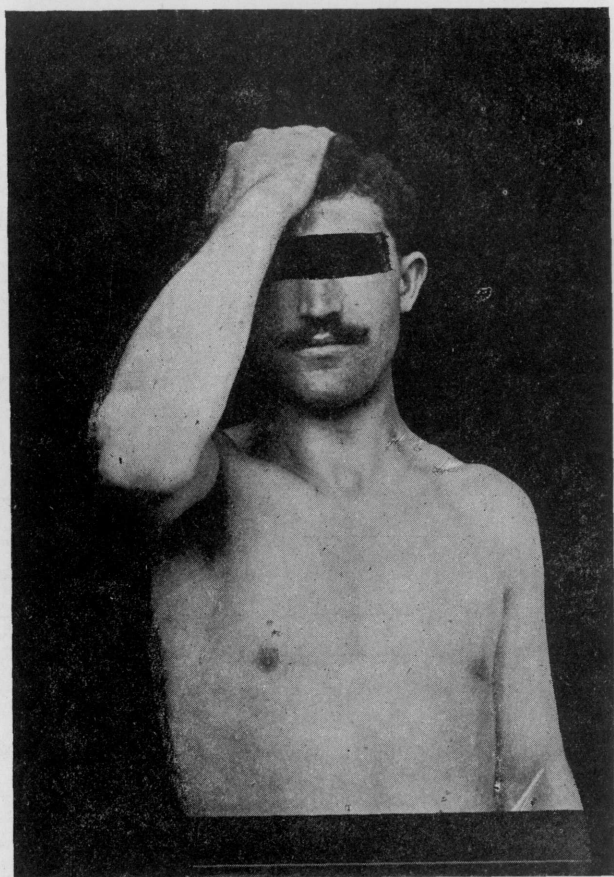
Hay adelgazamiento notable en la capa de cartilago, a nivel del cúbito, en la fosa que corresponde a la apófisis coronoides existe una verdadera ulceración irregular en el cartilago.

La cabeza del radio muy aumentada de volumen y en forma de hongo muy característica.

La estructura ósea de la epifisis humeral está también muy modificada, hay atrofia; y el epicóndilo y muy especialmente la epitroclea, están alterados en su forma, y han disminuído de volumen.

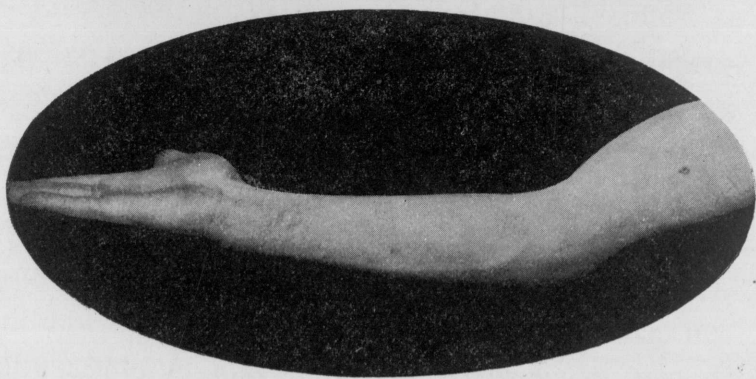
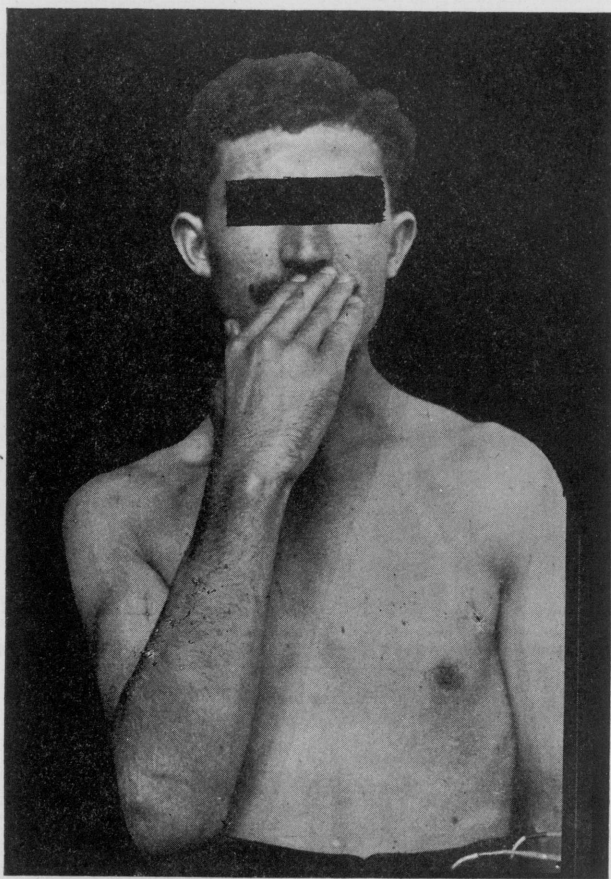
Se hace una resección ortopédica dejando parte de la fosa olecraneana y sacando la troclea humeral, epicóndilo y epitroclea.

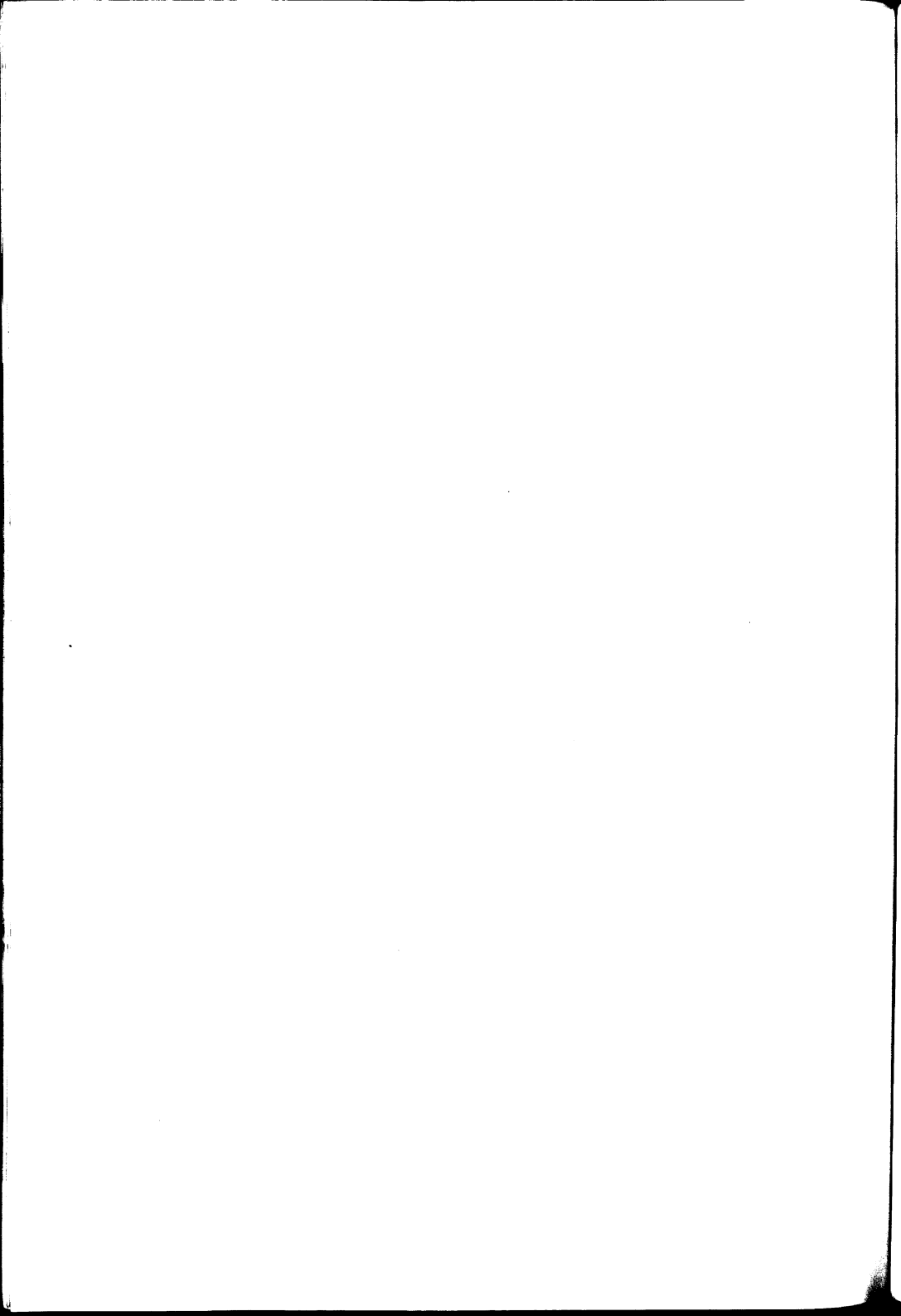
Los movimientos de flexión y extensión son











completos. Cierre sin drenaje. Se pone ángulo de 120° colocando una aleta con brin enyesado.

Julio 28.—Edema de la mano.—37°6 de temperatura. Dolor intenso.

Julio 29.—Necesidad de retirar la aleta.

Se coloca sobre la cara interna una tabla, la mano en posición intermedia entre la pronación y la supinación.

Agosto 6.— Comienza la movilización.

Agosto 9. — Flexión y extensión máxima muy dolorosa, pero posible.

Es dado de alta un mes después de la intervención.

Los movimientos de extensión y de flexión se ejecutan con mucha facilidad y no son dolorosos; la primera es completa y la segunda se detiene en un ángulo menor de 90°.

Los movimientos de pronación y supinación son normales.

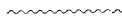
En Agosto de 1917, es decir 2 años después, se vuelve a ver al operado, que actualmente desempeña las funciones de mozo de café, y se constata lo siguiente:

Movimientos de extensión, pronación y supinación completos. La flexión se detiene en ángulo menor de 45°. Puede llevar con suma facilidad su mano a la cabeza, nariz y boca, manifestando el enfermo que puede hacer uso de

su miembro sin experimentar esa sensación de cansancio y pesadez que tenía antes de la intervención.

No hay deformación articular y ha desaparecido la atrofia del biceps, notándose por el contrario durante la flexión del antebrazo y la contracción de este músculo un relieve más marcado que en el lado sano.

Tiene mayor fuerza en su mano derecha que en la izquierda.

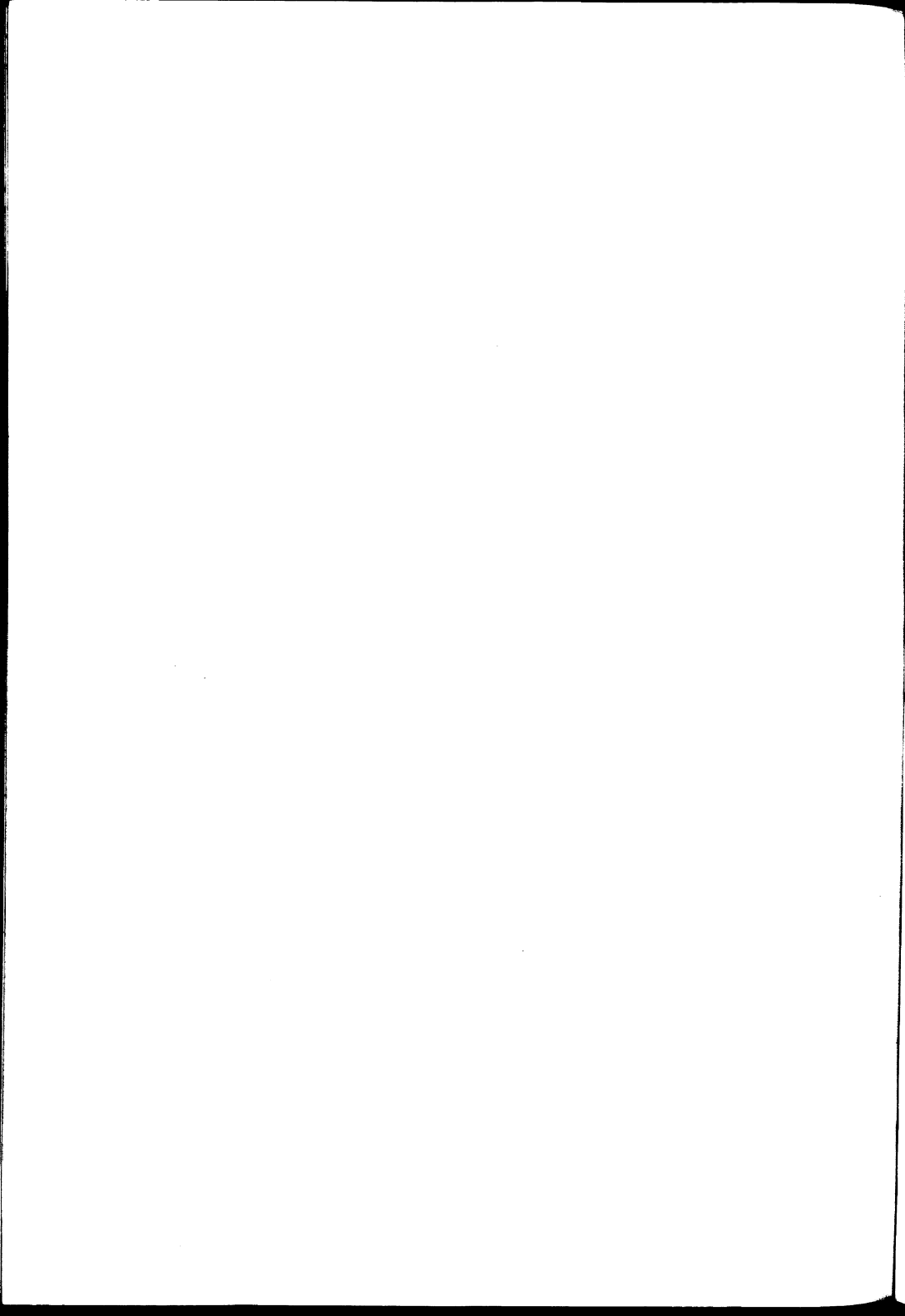




















### OBSERVACION III

*A. M.—19 años.—Agosto 4 de 1915.*

*Sala del Dr. D. Prando.*

*Diagnóstico.*—Artritis deformante de codo derecho. Genu-valgun-izquierdo.

*Antecedentes.*—No recuerda con exactitud la época en que comienza su afección del codo.

Hay una atrofia no muy marcada en antebrazo y brazo. Flexión completa. Ligera limitación en supinación y pronación. El límite de extensión se detiene en 90°.

Dolor a la presión a nivel de la cabeza del radio.

Ver radiografías.

Operación Agosto 7. — Anestesia clorofórmica. Incisión de Kocher. Músculos en buen estado de nutrición. Sección del anconeo, abertura a nivel de la cabeza del radio, esta se muestra

aumentada de volumen y con atrofia de su cartílago

Hay una lesión difusa, pero con localización de mayor intensidad en algunos sitios.

El cartílago tiene el tipo de «terciopelo».

Hay puentes fáciles de desgarrar, que fijan el húmero al olécranon, y llama sobre todo la atención la deformación de la apófisis coronoides que se muestra muy saliente y a gran curvatura.

Se reseca la casi totalidad de los cóndilos, una pequeña porción del olécranon, y a pesar de esto, por la contractura de los flexores, biceps particularmente, no es posible llegar a la extensión completa.

Se coloca un yeso en extensión. Se coloca una tabla anterior y otra posterior. Se hace una gran ventana. Es necesario retirar la tabla anterior por fenómenos agudos de compresión.

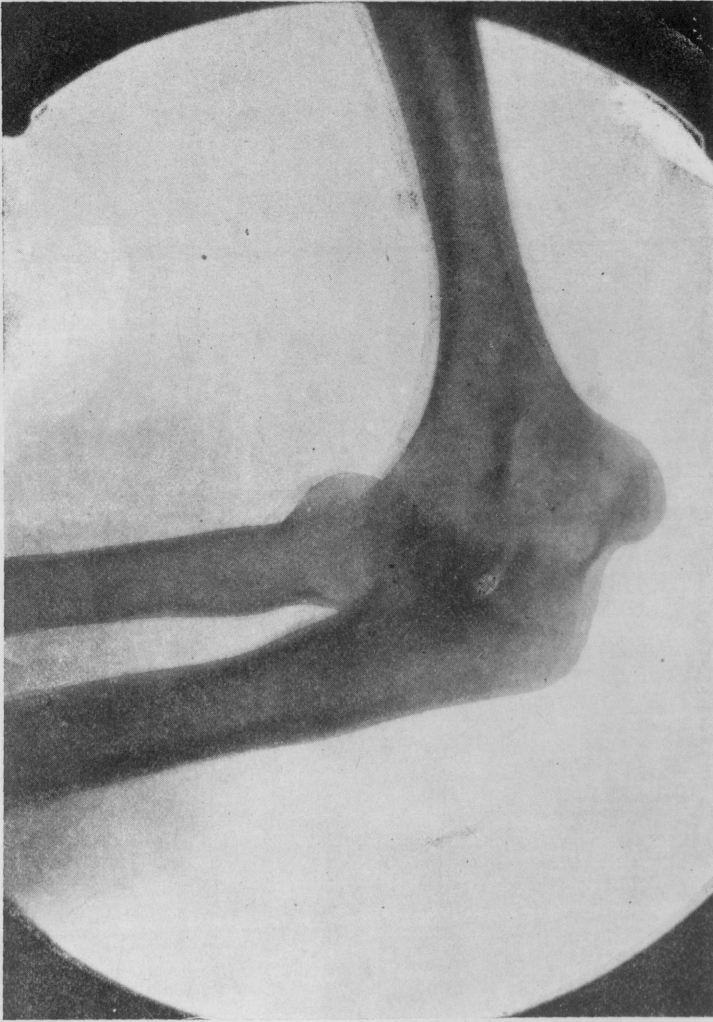
Agosto 20. — Comienza la movilización y el masaje.

Octubre 15.— Hay limitación de la flexión, extensión y supinación.

Bajo anestesia clorofórmica se consigue hacer una total extensión y supinación, pero la flexión se detiene en 45°.

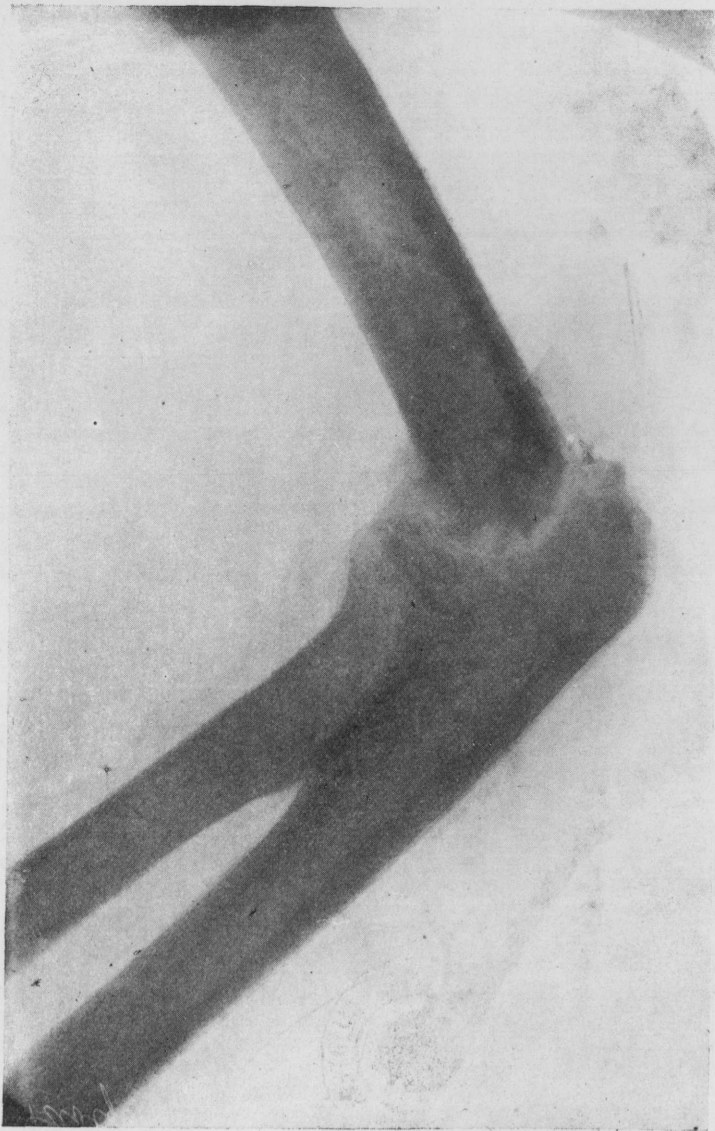
La fuerza va gradualmente aumentando, consiguiendo el enfermo levantar sin inconveniente veinte kilos.













Se continúa el tratamiento de masajes y movilización.

Es dado de alta de la sala en las siguientes condiciones:

Movimientos de extensión completos. La flexión se detiene en ángulo de 45°.

La pronación y supinación sin llegar a ser completas son sin embargo muy marcadas.

Este operado que es panadero, vuelve a su trabajo.

Algún tiempo después manifiesta que puede desempeñar sus funciones, con mayor facilidad que antes de la intervención.



Buenos Aires, Octubre 1° de 1917

Nómbrese al señor Consejero Dr. Daniel Cranwell, al profesor titular Dr. Avelino Gutiérrez y al profesor suplente Dr. Pedro Escudero para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires, Octubre 29 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 3371 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

*J. A. Gabastou.*



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Indicaciones operatorias en las artritis deformantes.

*Daniel Cranwell.*

### II

¿Puede invocarse una causa única para toda y cualquier clase de artritis deformante?

*Avelino Gutiérrez.*

### III

Acción del radium en las diversas formas del reumatismo crónico.

*Pedro Escudero.*

30594







