

N.º 2844

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SURCOS Y AMPUTACIONES CONGÉNITAS

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

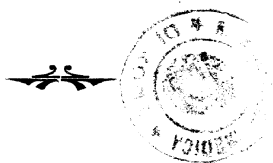
FELIX J. LICEAGA

Ex-practicante menor y mayor externo por concurso de examen
del Hospital de Niños (años 1910 a 1911, 1913 a 1914)

Ex-practicante menor y mayor interno por concurso de examen del Hospital de Niños
(1911 a 1912, 1912 a 1913)

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Torcuato de Alvear (1912 y 1913)

Ex-practicante menor y mayor de la Asistencia Pública de La Plata (año 1913)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junín — 863

1914

Mic. B. 92.6

SURCOS Y AMPUTACIONES CONGÉNITAS

Año 1914

N.º 2844

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SURCOS Y AMPUTACIONES CONGÉNITAS

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

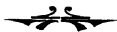
FELIX J. LICEAGA

Ex-practicante menor y mayor externo por concurso de examen
del Hospital de Niños (años 1910 á 1911, 1913 á 1914)

Ex-practicante menor y mayor interno por concurso de examen del Hospital de Niños
(1911 á 1912, 1912 á 1913)

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Torcuato de Alvear (1912 y 1913)

Ex-practicante menor y mayor de la Asistencia Pública de La Plata (año 1913)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junio — 863

1914

Man
Os. 6
9.6

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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

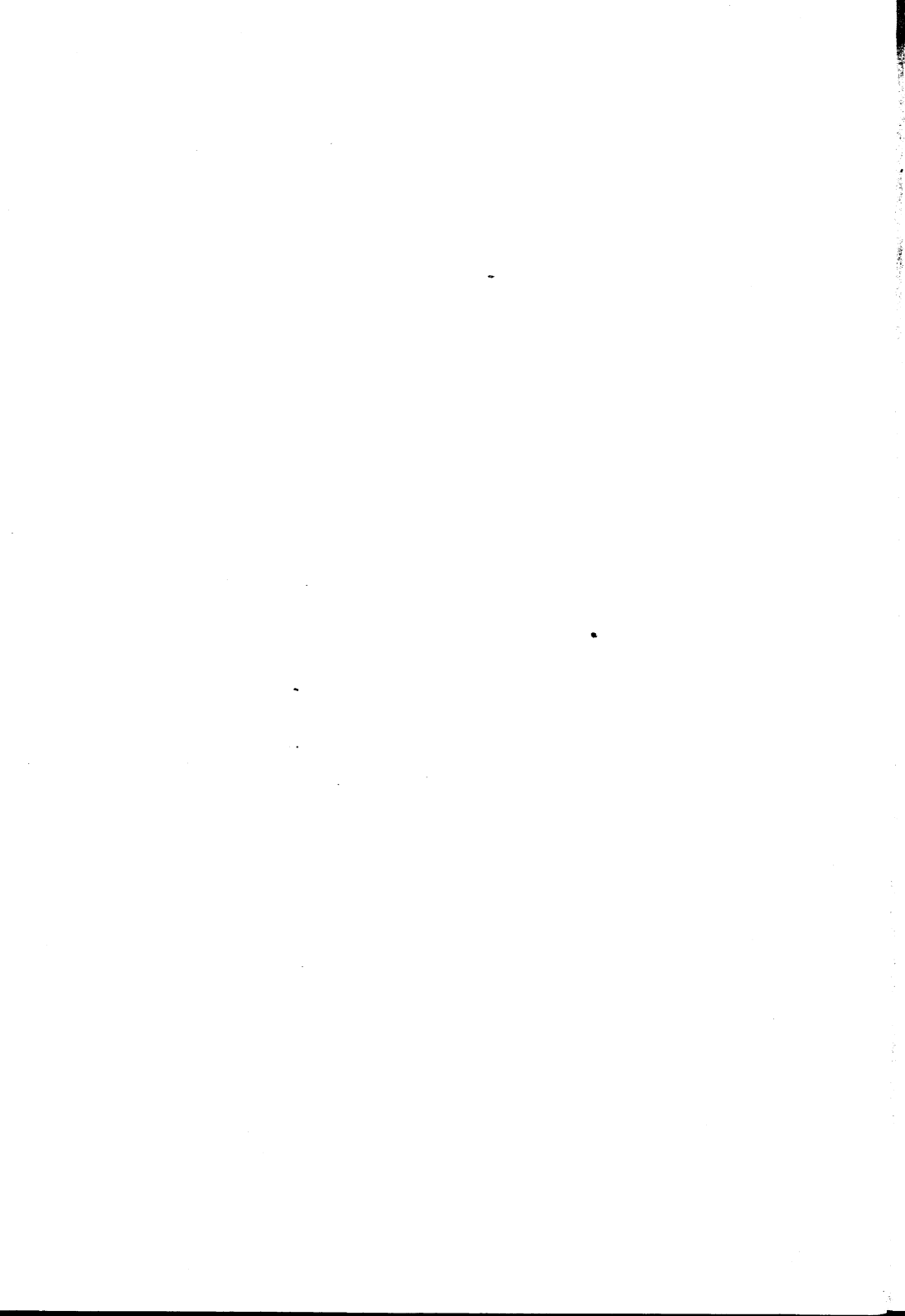
Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

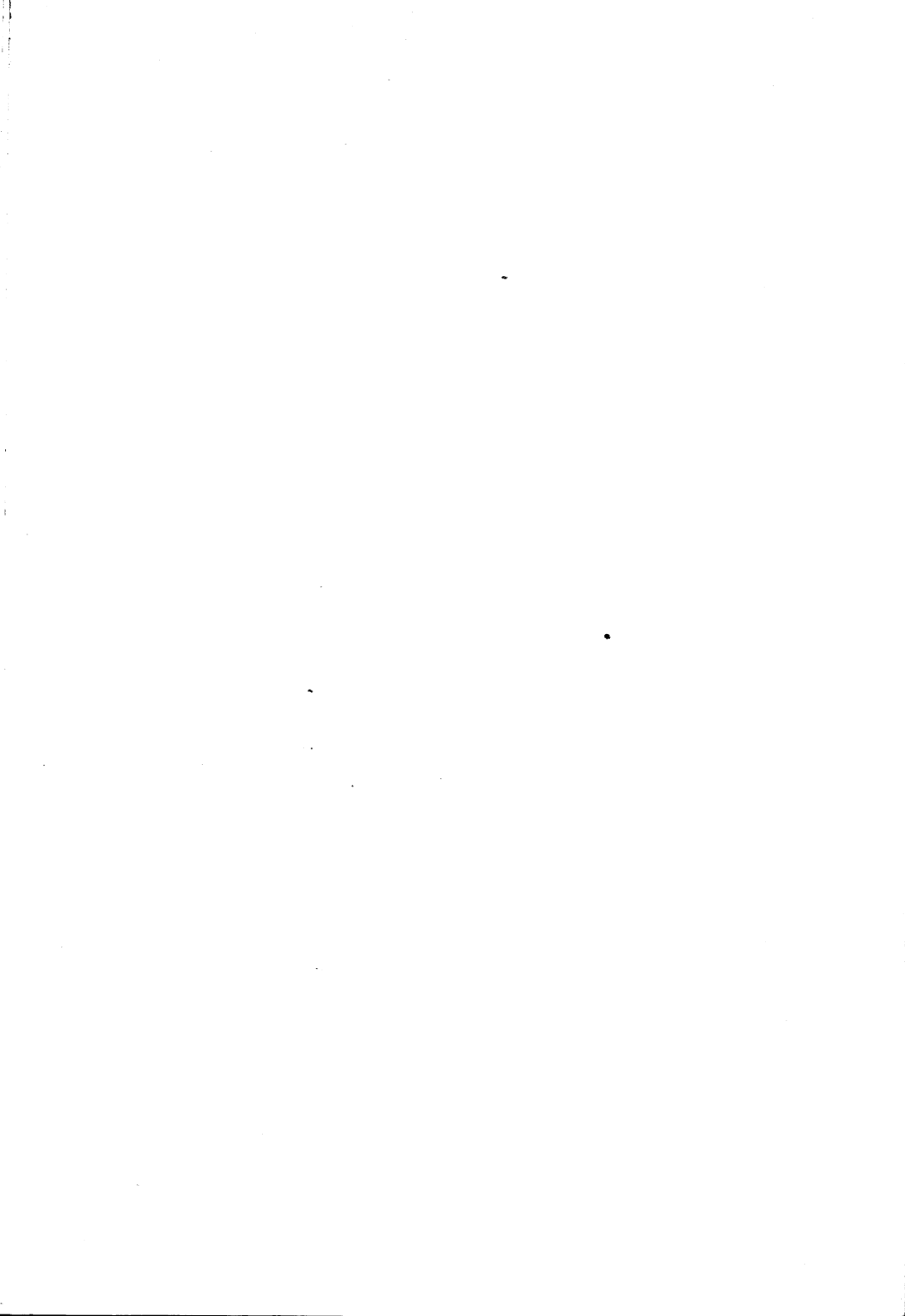


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMACO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEFAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » JUAN A. BOERI (suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

- » » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)
-

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» J. T. BACA

» J. Z. ARCE

» P. N. ARATA

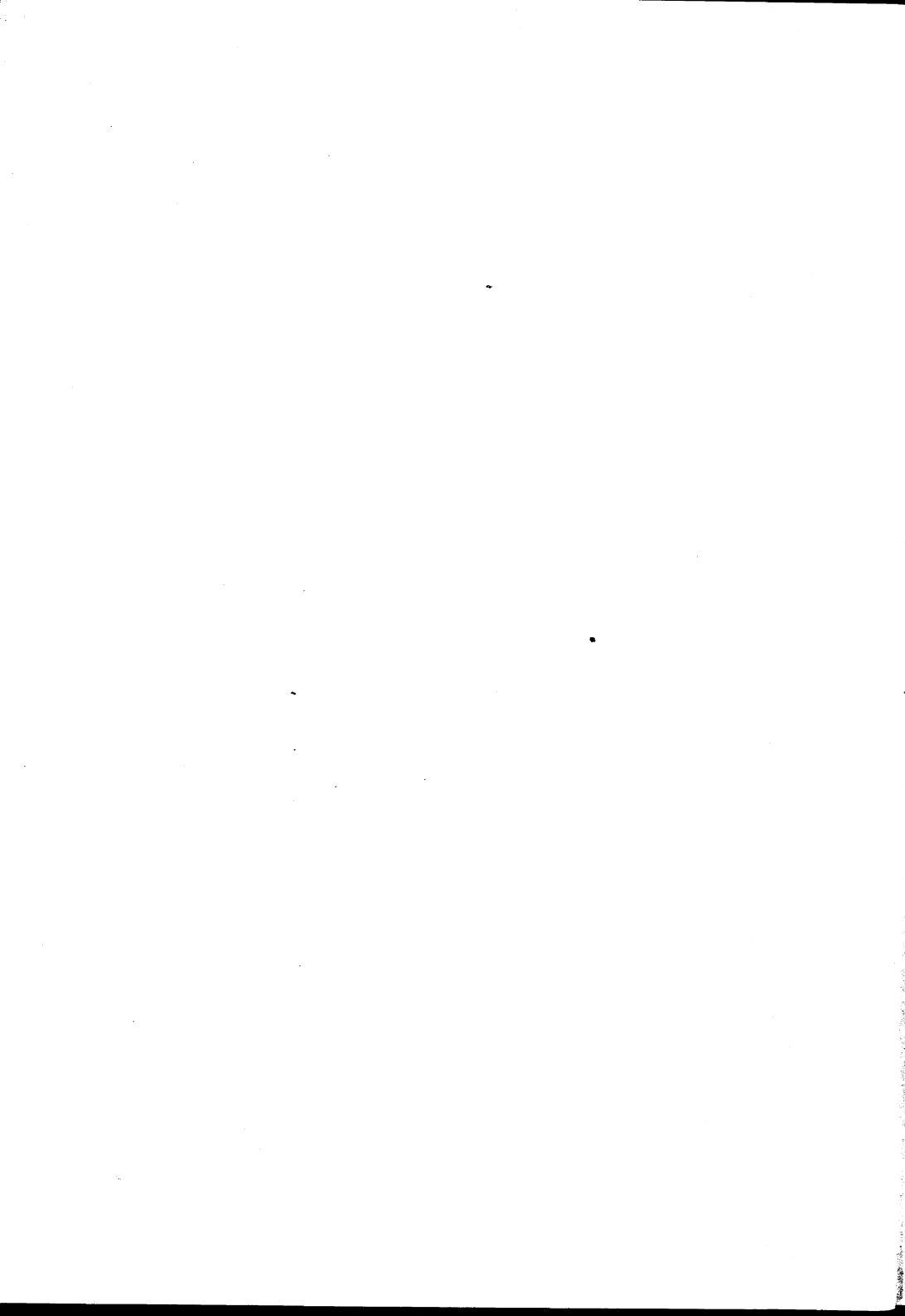
» F. DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN



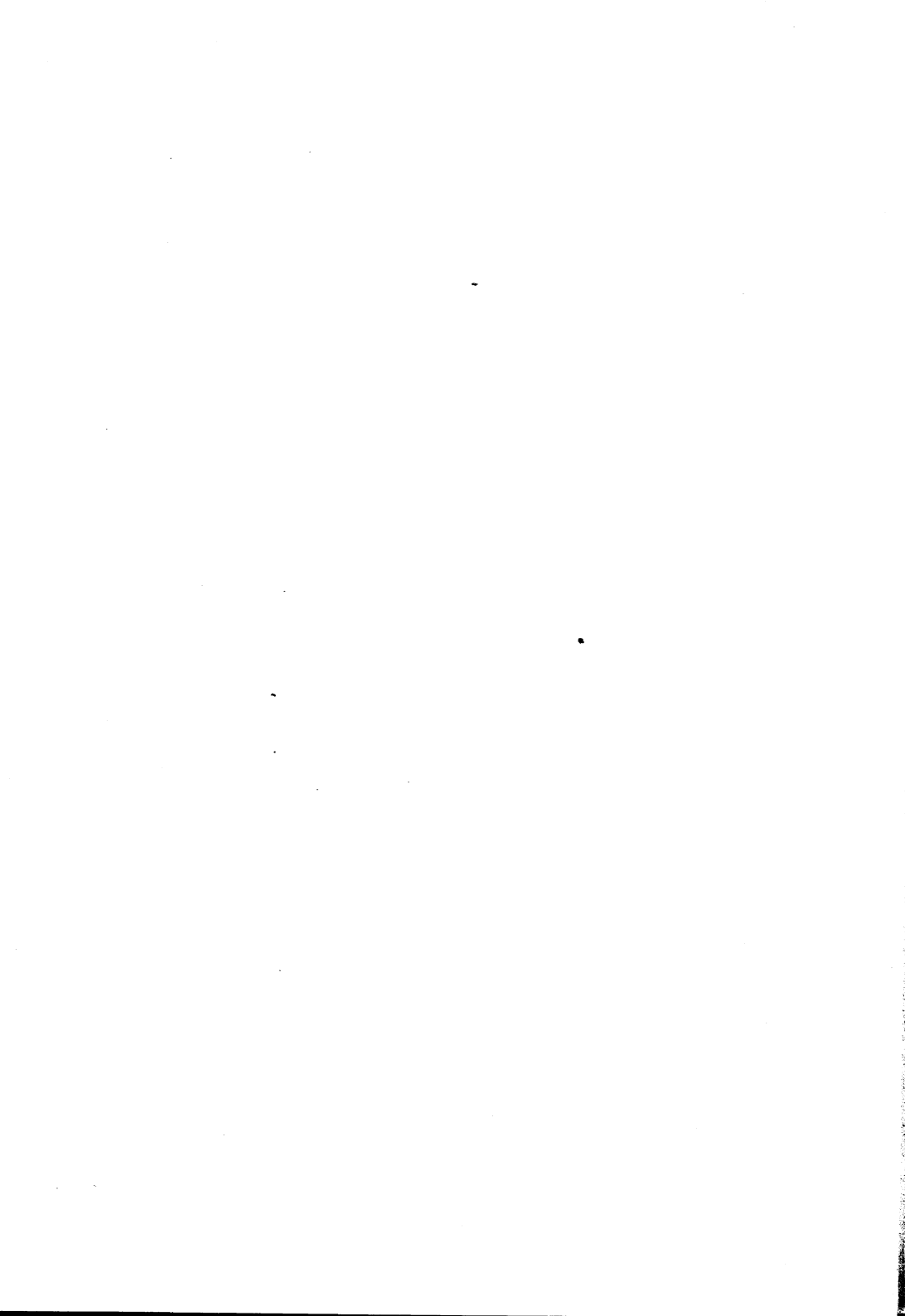
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU (interino)
	» JOSÉ ARCE (interino)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
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 ejercicios clínicos }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica..... }	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO 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



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA

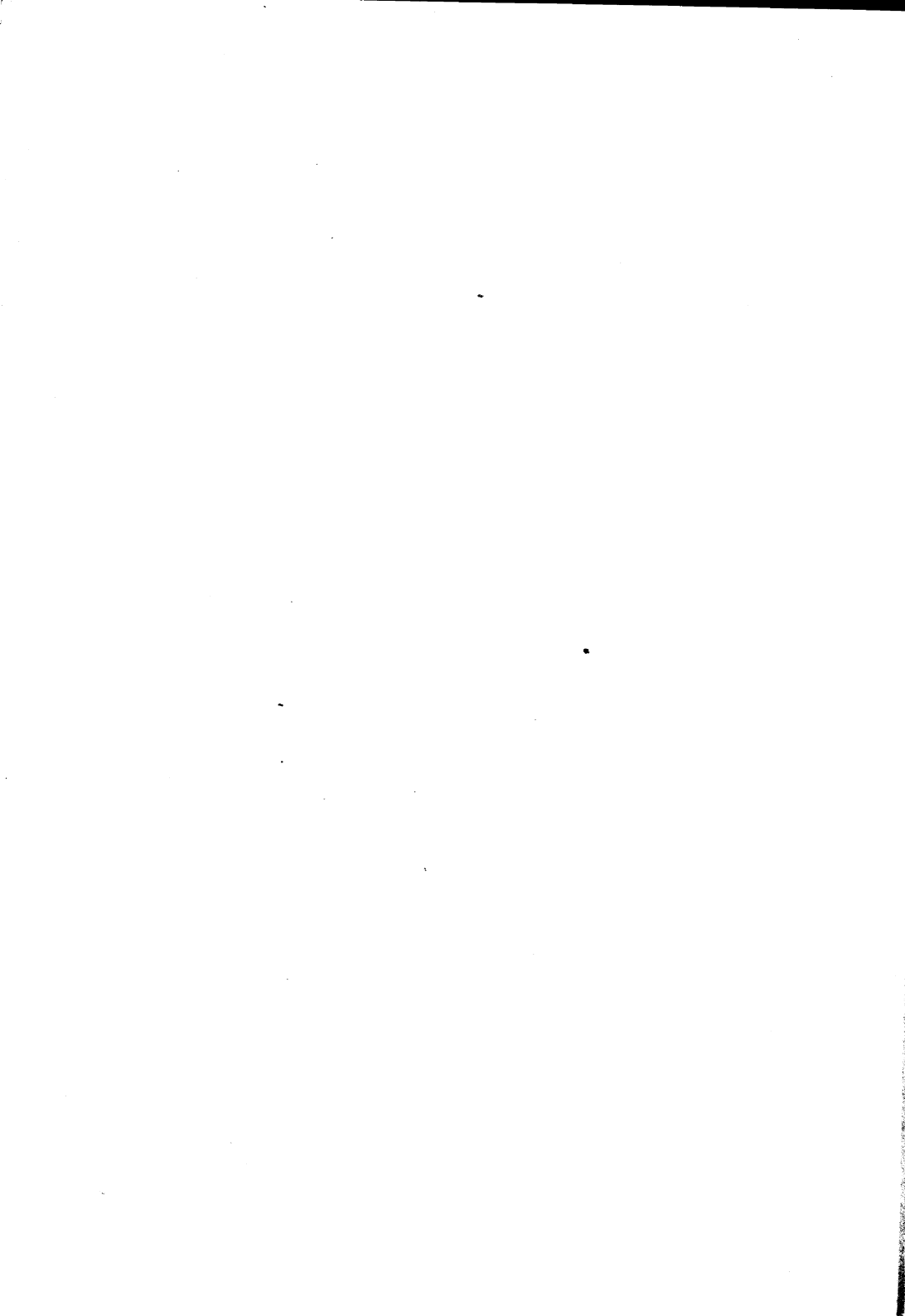


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU (en ejer.)
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	» ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia.....	» CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa	» JOSÉ MORENO
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica..	» PEDRO CHUTRO
» Génito-urinaria.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	» NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	» PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	» BERNARDINO MARAINI
» oto-rino-laringológica..	» JOAQUIN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	» FERNANDO R. TORRES
» Médica.....	» PEDRO LABAQUI
» Pediátrica.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
» Ginecológica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
» Obstétrica.....	» ADOLFO NOCETTI
Medicina Legal.....	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE (en ejer.)
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ (en ejer.)
	» ALBERTO PERALTA RAMOS »
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JOAQUIN V. GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Catedráticos titulares

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

Asignaturas

Catedráticos extraordinarios

Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
---	-----------------------

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica.....	{ » PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica.....	DR. OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Química orgánica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química inorgánica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Parto fisiológico y Clínica Obs- tétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obs- tétrica.....	{ DR. FANOR VELARDE

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Parto fisiológico y Clínica Obs- tétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obs- tétrica.....	{ » J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

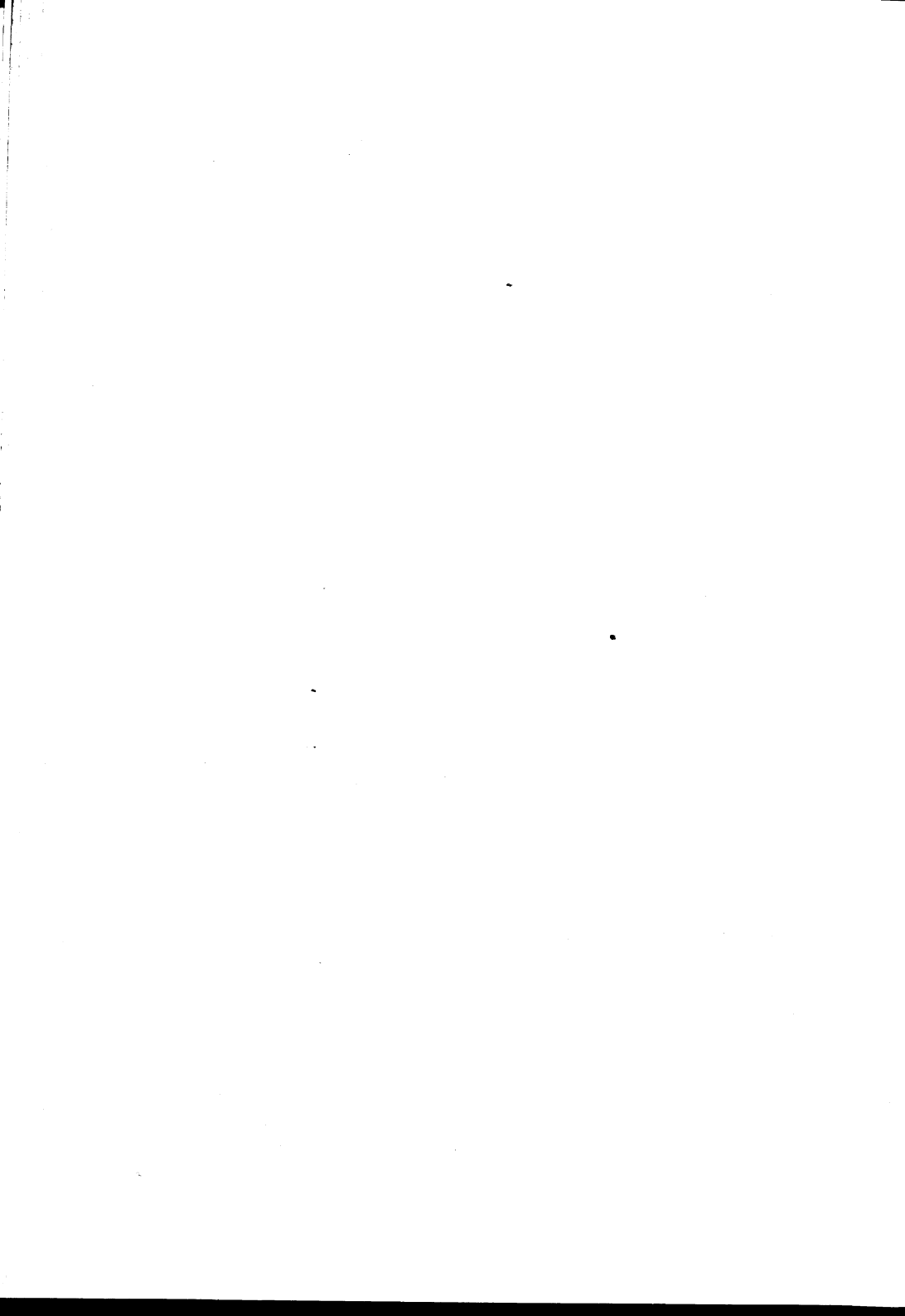
Asignaturas

Catedráticos titulares

1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

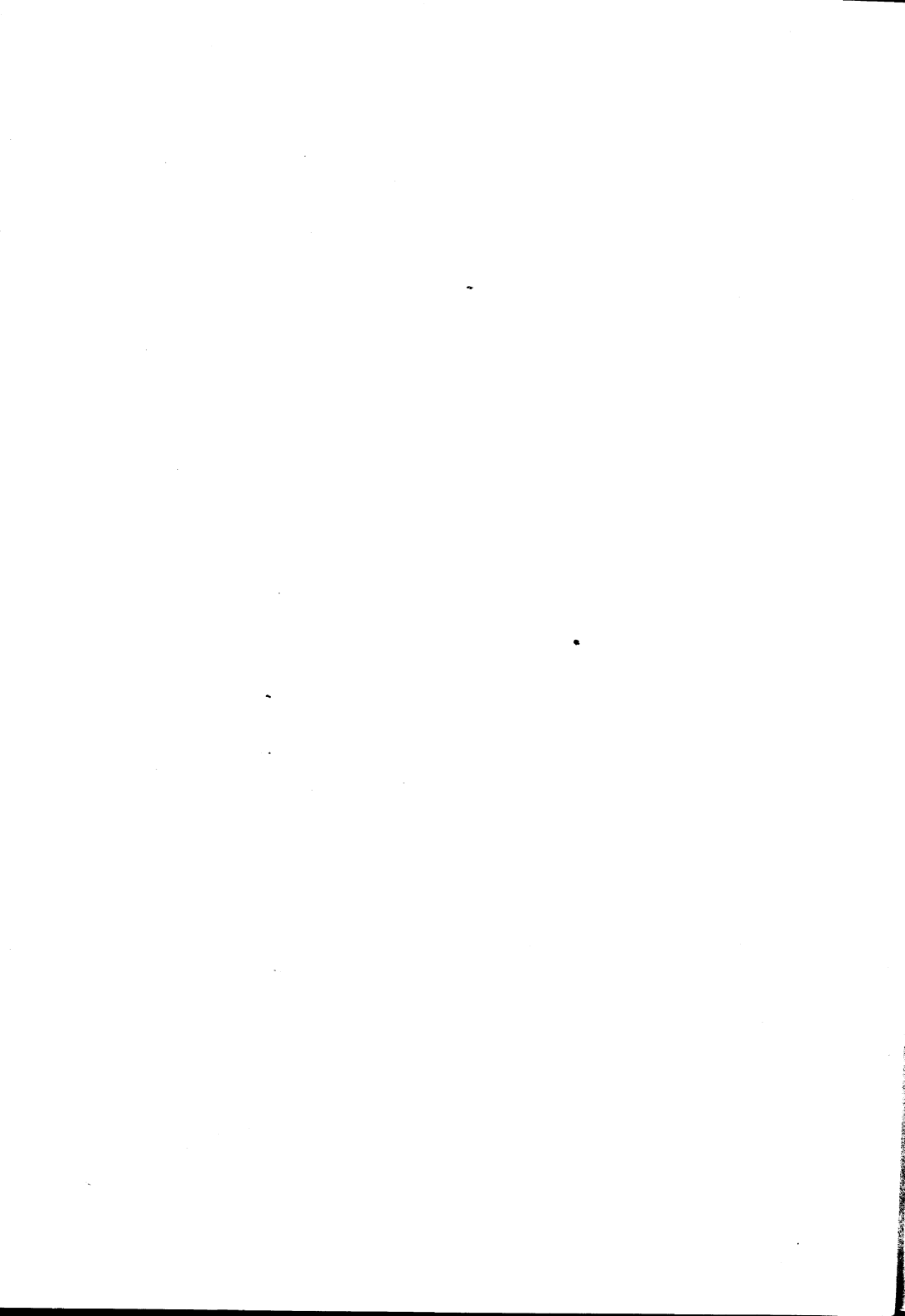
DR. ALEJANDRO CABANNE



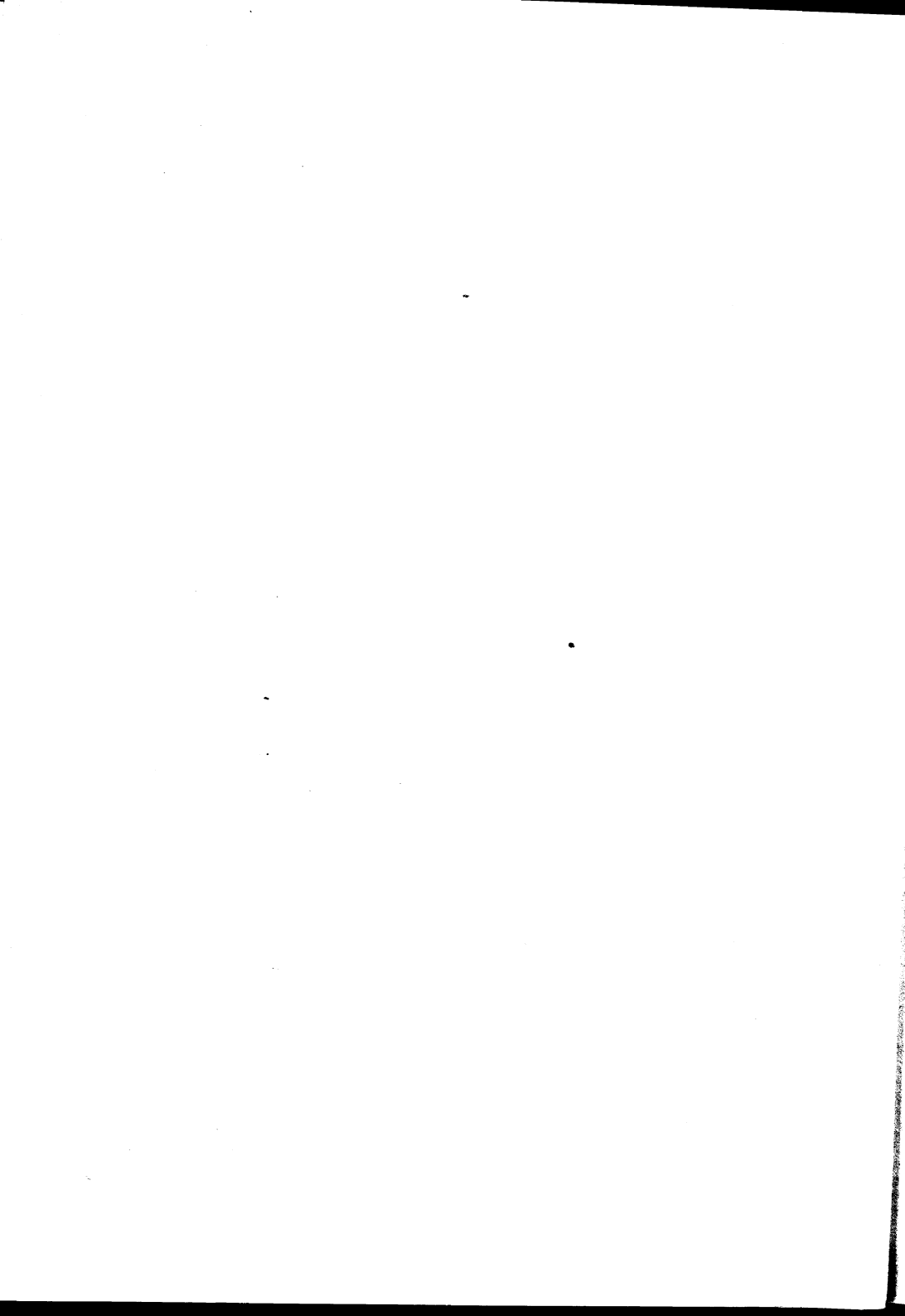
PADRINO DE TESIS:

DOCTOR CARLOS LAGOS GARCIA

Cirujano de los Hospitales de Niños y San Roque



A MIS PADRES



A MIS HERMANOS

SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

A vuestro ilustrado criterio presento este trabajo de tesis como última prueba para optar el título de Doctor en Medicina.

Como tema he elegido «Surcos y amputaciones congénitas», por la oportunidad que he tenido, durante mi estadía como Practicante del Hospital de Niños, de observar numerosos casos de malformaciones de las extremidades, entre las cuales me llamaron la atención las que presentaban surcos y amputaciones.

La impresión recibida por el examen de estos enfermos, debido á las lesiones cutáneas que presentaban, me han hecho decidir á pensar que podrían ser éstas el resultado de la acción mecánica y no el de la alteración de los centros nerviosos, habiendo lle-

gado á comprobarlo al investigar la causa productora en cada uno de los casos estudiados.

Permitidme que dedique estas líneas al Dr. Carlos Lagos García, quien me ha honrado en todo momento con su amistad sincera, sus enseñanzas y sus consejos sanos, y al acompañarme en este acto como padrino de tesis, hago constar mi profundo y eterno agradecimiento.

Al Cuerpo médico del Hospital de Niños, y especialmente á los doctores Máximo Castro, Marcelo Viñas, Patricio Fleming, Eliseo Ortiz, Abel Zubizarreta, Alfredo Larguía, Ramón Cucullu, Ambrosio Quadri, Neocle Ragusin, Pacífico Díaz, Rogelio Fumasoli, Pedro Franza y Ricardo Lynch, en cuyas salas y consultorios á su cargo, he recogido la mayor parte de los conocimientos prácticos que poseo, espontáneamente les comunico mis afectos y reconocimiento.

Reconozco al Dr. Ramón Arana, ex-Médico Interno del Hospital de Niños, las distinciones que ha tenido para conmigo, las que tendré presente en todo momento.

Al Médico Interno de mi guardia, Dr. Horacio Amante Angió, y al Dr. Rodolfo Rivarola, el recuerdo cariñoso de su ex-Practicante y amigo.

A los jefes de Servicios á que he pertenecido en el Hospital Torcuato de Alvear, especialmente á los doctores Cayetano Sobre-Casas, Félix A. Celesia,

Bernardo Houssey y Luis Galotti, reconozco sus enseñanzas y finas atenciones.

A mis compañeros del Hospital de Niños, con quienes he compartido mis aprendizajes, á la vez que las horas más felices de mi vida de estudiante, les brindo la seguridad de mi amistad sincera.

A mis compañeros de Internado del Hospital Torcuato de Alvear, quienes fueron en todo momento tan atentos conmigo, un recuerdo grato.

A los doctores Máximo Castro, Marcelo Viñas y A. Copello, de cuyo Servicio de Cirugía he recogido el material para la confección de este trabajo, muy agradecido.

HISTORIA

La historia de las amputaciones congénitas data desde la antigüedad, pues los libros hipocráticos contienen algunos ejemplos de estas afecciones.

En el siglo XII, Ambrosio Paré cita dos casos de amputaciones congénitas. Chaussier, en el año 1812, relata el caso de una amputación congénita del brazo izquierdo. El miembro amputado fué encontrado en el líquido amniótico.

Watkinson, en el año 1824, publicó un caso de amputación congénita de la pierna, producida por arriba de los maleolos, y en este caso el pié fué encontrado en el útero. La cicatriz de este muñón era completa y no presentaba trazas de gangrena.

Zagorki cita una observación de un feto de 5 meses, atacado de encefalocelos y deformación del tórax, que presentaba también la pierna amputada. El muñón era redondeado, y una brida membranosa

resistente partía de él, llegaba á la pierna izquierda y la enrollaba. Se observaba que el pie estaba bien conformado, però su desarrollo no correspondía sino al de un feto de 12 semanas más ó menos.

En el año 1832, M. Mont Gomeri relató un caso comunicado por M. Leveret. Se trataba de un feto de 8 meses, que presentaba amputaciones congénitas del pulgar derecho entre la primera y segunda falange del anular de la misma mano, á la altura de la articulación metacarpofalangeana. El dedo pulgar estaba unido al muñón por una especie de sustancia ligamentosa, alrededor de la cual se encontraba un cordón membranoso que se extendía desde el pulgar amputado al pequeño dedo, sobre el cual se veía una ranura profunda.

Fistsch ha constatado un caso de amputación congénita, en el cual el miembro amputado había sido expulsado 15 días antes del nacimiento.

Moreau, en el año 1847, igualmente, cita el caso de un niño que presentaba amputaciones y surcos congénitos de varios dedos y en ambas piernas; observando la placenta, se notaban muchísimas prolongaciones membranosas y filiformes.

En el año 1851, Brocca presentó un niño con amputaciones al nivel del codo del lado izquierdo y por encima de la rodilla del mismo lado, notándose que el muñón era regular, con cicatriz completa.

Martín de Yena, en el año 1858, cita el caso de

un niño que presentaba una amputación congénita del brazo izquierdo, observándose en el muñón una cicatriz reciente. La parte amputada fué hallada en el momento del alumbramiento.

En el año 1861, M. de Berand, en el momento del nacimiento de un niño encontró una brida que había seccionado completamente las dos piernas.

En 1864, M. Margolin relata un caso de amputación congénita de la pierna izquierda, y Wenzel Grubel, en el año 1869, relata otro caso en que el niño presentaba amputaciones espontáneas de muchos dedos y surcos congénitos. Estos surcos eran tan profundos, que habían amputado hasta los tendones.

Menzel, en el año 1874, cita el caso de un niño de 38 días, que presentaba surcos congénitos de los dedos medio y anular de la mano derecha y también en el dedo medio de la mano izquierda.

Mauricio Londguet en el año 1876, cita la observación en un niño de un año de edad, que presentaba surcos congénitos circulares en el muslo derecho á la altura del tercio inferior, en la segunda falange del cuarto dedo izquierdo y en la tercera falange del tercer dedo de la misma mano. Este niño presentaba además un pie bot y sindactilia.

El profesor Lanelongue en el mes de Noviembre de 1882 presentó á la Academia de Medicina de París un niño atacado de amputaciones congénitas.

Le faltaban varios dedos y además presentaba un surco situado á la altura del tercio superior y tercio medio de la pierna. Este surco era muy profundo y se hacía cada vez más, lo que indujo á M. Lannelongue á hacer una autoplastia.

En el año 1883, M. Reclus presentó á la Sociedad de Cirugía de París un niño de 12 meses de edad atacado de pie bot varus derecho y sindactilia de los tres dedos del medio. En la pierna izquierda, á la altura del tercio inferior existía un surco circular profundo. M. Reclus le practicó á este enfermo una operación, y los resultados fueron muy favorables.

El Dr. Yeaanel de Toulouse, en el año 1886, ha observado un niño de 4 meses de edad que presentaba una amputación congénita del quinto dedo de la mano izquierda, y por encima de la primer falange. El pie izquierdo no poseía ningún dedo, y la pierna del mismo lado presentaba surcos congénitos profundos. Estos fueron operados y el resultado fué satisfactorio.

El Sr. Hortelout en el año 1887 cita el caso de un enfermo de 45 años de edad, que presentaba lesiones en las dos manos y un surco circular muy profundo por encima de la rodilla izquierda.

En el mismo año el Dr. Redard relata la observación de un niño de un año que presentaba surcos congénitos y amputaciones espontaneas.

En el año 1889 el profesor Prust publicó una observación de un niño que presentaba amputación congénita del muslo izquierdo y surco congénito del antebrazo derecho. M. Brousolle en el año 1890 presentó y publicó el caso de un niño que presentaba un surco congénito y único, localizado en la pierna derecha y á la altura del tercio superior.

En el mismo año M. Variot cita el caso de un niño que presentaba amputación congénita del antebrazo derecho en la unión del tercio superior y tercio medio.

El Dr. M. Tournier cita dos observaciones de amputaciones congénitas en el antebrazo, y que no iban acompañadas de ninguna otra malformacion.

En el mes de Mayo del año 1892, los señores M. Barrette y Bigot publicaron la observación de un enfermo con polidactilia y sindactilia, presentando además amputaciones de la segunda y tercera falange del segundo y tercer dedo de la mano derecha. En los demás dedos existían surcos congénitos circulares de profundidades distintas.

El profesor Kirmisson, en su tratado de las enfermedades quirúrgicas de origen congénitos, cita el caso de una niña que al mismo tiempo que presentaba pie bot varus equino congénito del lado derecho tenía amputaciones también congénitas de los dedos y surcos profundos que estrangulaban la parte inferior de la pierna izquierda.

En la «Revista de Ortopedia» del mes de Marzo de 1903, el Dr. Guisel publicó dos observaciones de niños que presentaban al mismo tiempo surcos, amputaciones, sindactilia y pie bot congénitos.

Entre nosotros en el año 1902 el Dr. Daniel J. Cranwell publicó en la «Revista de la Sociedad Médica Argentina» meses de Noviembre y Diciembre, un caso de amputación de ambos muslos á la altura del tercio inferior en un niño de 18 días. El muslo derecho tenía 9 centímetros y medio de largo y terminaba por un muñón donde la parte ósea redondeada recordaba los cóndilos femorales un poco atrofiados. Por debajo y por detrás se terminaba por pequeños apéndices del tamaño de una cereza que se asemejaban á un dedo rudimentario. El autor atribuye esta malformación á la falta de desarrollo.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Entre las distintas modalidades de la patología intrauterina, existen unas clases de afecciones que desde un tiempo á esta parte vienen llamando vivamente la atención de los observadores; estas afecciones se caracterizan y se manifiestan en el recién nacido por la presencia de surcos ó amputaciones, que dado su origen intrauterino y por lo tanto anterior al nacimiento, han recibido el nombre de surcos y amputaciones congénitas.

En el inmenso número y variedad de las malformaciones congénitas los surcos y amputaciones tienen efectivamente una modalidad propia. La simple observación basta para sugerir en nuestro espíritu y en lo que ataña á su producción ó patogenia, una idea distinta á la que nos acompaña cuando tratamos de representarnos el proceso obscuro y silencioso que ha determinado otra clase de deformaciones congénitas.

Las teorías que se han emitido para explicar las causas que pueden producir estas afecciones son varias.

Algunos autores entre ellos Chaussier, sostienen que las amputaciones congénitas son debidas á un proceso gangrenoso. No me parece fundada esta causa por cuanto si existiera gangrena dejaría ella rastro de su existencia. Además nosotros hemos observado que las amputaciones que se efectuaban al comienzo de la vida intrauterina presentaban un muñón en que la piel era sana y no había cicatriz. Esto nos explica que no había existido gangrena, pues esta nos hubiera dejado sus indicios y no la piel sana como en realidad se encontraba.

En el año 1882, M. Mogomery emitió una teoría en la cual las amputaciones y los surcos congénitos eran producidas por bridas membranosas, adhiriéndose á esta teoría M. Simpson. Los numerosos casos que hemos tenido oportunidad de observar nosotros, en niños con surcos congénitos en que conservaban restos de esas bridas como por ejemplo en la observación n.º 1 nos hace sostener que las amputaciones y surcos congénitos son producidas por la acción mecánica de dichas bridas.

Hilaireret en el año 1887, fundó su teoría sobre un caso que presentó de amputación de la cabeza en que el cordón estaba enrollado al rededor del cuello y habiéndose observado también otro caso aná-

logo, reforzaron esta teoría. Ahora bien la explicación de esta teoría estaría bien para los casos de amputaciones de cabezas y las partes de los miembros de dimensiones importantes pero no para las amputaciones y surcos de los dedos. Un año después el Dr. Martín de Yenna, fundándose en una observación en que había existido fractura de esa parte explicaba estas malformaciones diciendo que para que existiera debía haber previamente, como él lo había observado, una fractura, pero esto es inadmisible puesto que solamente se trataba de un caso. Además aceptando esta teoría ¿cómo se explicaría la formación de los surcos congénitos?

Kuster para explicar los casos de amputaciones y surcos congénitos dice que primeramente se produce una inflamación circunscripta de la piel durante la vida intrauterina; consecutivamente á esta inflamación se produciría un anillo de tejido cicatricial muy retráctil que aumenta cada vez más y así se va produciendo la retracción hasta terminar por la amputación.

El Dr. Silva Luna escribió un artículo en el año 1867, en el que considera una misma entidad mórbida á las amputaciones congénitas y la enfermedad del Ainhiun, pero no es posible aceptar esta teoría desde el momento que las amputaciones y surcos congénitos aparecen siempre en el momento del nacimiento, mientras que en la enfermedad del Ainhiun,

el niño nace perfectamente sano y después de un tiempo aparecen los síntomas de esta enfermedad y además en la enfermedad del Ainhiun la lesión es única, mientras que en las amputaciones y surcos congénitos se encuentran lesiones múltiples.

Los Doctores M. Lanelongue en el año 1882, y M. Reclus en 1883 y Ponst en el mismo año pensaron discutir la misma teoría cuando se les aparece otra teoría nerviosa que Beclard la emitía en esta forma: «en cuanto á la mutilación de los dedos ella se explica por disminución de la acción nerviosa que debe ser más marcada en la parte que recibe más reacción de los nervios y por la disminución de la circulación que debe sobre todo hacerse sentir por ser las partes más alejadas del centro».

J. Guerni expone su teoría en que considera estas malformaciones como consecuencia de la acción nerviosa primitiva. M. Longuet en el año 1876 sostiene la teoría que J. Guerni había expuesto y desde entonces se le considera y denomina con el nombre de teoría de Longuet. No tiene la teoría de M. Longuet por base el examen de los centros nerviosos sinó, la coexistencia de otras malformaciones como la sindactilia y el pié bot que generalmente acompañan á las amputaciones y surcos congénitos. Más tarde M. Thoreus sostiene lo mismo con respecto al pié bot en su tesis, pero se puede explicar más

racionalmente aquí también como el resultado de la acción mecánica.

M. Variot ha demostrado en el examen que hizo por medio de cortes á la médula de un caso de amputación congénita del antebrazo, á la altura del tercio superior y tercio medio del lado izquierdo, que había una atrofia de los cuernos anteriores y posteriores; por el lado derecho, en que el miembro era normal, no presentaba ninguna modificación. La causa de la amputación puede ser que no sea esa, y que las lesiones que M. Variot observó en ese niño de tres años de edad, al hacer los cortes de la médula, sean el resultado de la amputación de su antebrazo. Además, este autor explicaría solamente con esta teoría los casos de amputación de un solo miembro y superior.

Nosotros creemos que al encontrarnos con una anomalía ó deformidad, cuyo modo de producción queremos averiguar, ya que no siempre es posible saber el por qué de producción, debemos en primer lugar dirigir nuestra atención á la Embriología, seguros que casi siempre encontraremos en ella la clave que nos hace falta para traducir ó interpretar lo que se presenta á nuestra observación.

En ese tren de averiguación en los dominios de la Embriología, recorriendo el incalculable número de fases ó actitudes porque pasa el embrión antes de llegar á su completo desarrollo, nos encontramos

muy frecuentemente con formas ó estados que son idénticos á los que constituyen la malformación que tratamos de interpretar. La vulgar ectopía del testículo, por ejemplo, no es más que un estado embrionario perdurado después del nacimiento.

Todas esas malformaciones que representan estados que fueron, pero que ya no deben ser, excitaron vivamente el genio de Geoffroy Saint Hilaire, y de ahí nació su célebre hipótesis de la detención del desarrollo, completada con la del exceso de desarrollo para explicar aquellos otros casos donde la malformación, lejos de pecar por hipoformación, constituía, por el contrario, una hiperformación: la hipertrofia del clitoris, por ejemplo.

El objeto de nuestro estudio, los surcos y amputaciones congénitas, no entran por cierto en la categoría de las anomalías que acabamos de enunciar. El embrión, en ninguna faz de su desarrollo normal, presenta ni surcos, ni amputaciones. La Embriología, pues, no puede darnos formas ó estados similares. En la interpretación que buscamos, el ováculo del embrión permanece mudo por esta vez. Como veremos más adelante, la clave de los surcos y amputaciones está en las enfermedades de las envolturas del embrión.

Para explicar las amputaciones y surcos congénitos, ya hemos visto que numerosos autores se fundan en la teoría nerviosa; pero ésta queda sin prue-

bas, como lo hemos también demostrado. Hemos observado un buen número de casos en que se han encontrado con bridas amnióticas y aún más en el mismo momento en que se producía la amputación. Trataremos, pues, de buscar las relaciones que hay entre estas bridas y las malformaciones que son el objeto de nuestro estudio.

La mayor parte de las veces se trata de pequeñas bridas de 1 á 2 centímetros de extensión, y otras veces de bridas de varios centímetros; sus extremidades se encuentran una libre y la otra en la extremidad de los dedos ó sobre cualquier otra parte de los miembros, haciendo presa á la parte que ha podido tomar; tratándose de los dedos, unas veces los encuentra á estos libres ó adheridos entre sí (sindactilia). En la observación I se notó, después de varios días, que el niño conservaba entre sus surcos profundos una brida que era la causa de la amputación.

M. Moreau observó las bridas implantadas en la cara fetal de la placenta y libres en el líquido amniótico. La localización de estas bridas varían, observándose en las manos, en los pies, en los dedos, etcétera, etc. Según su localización, M. Jeannel las distingue:

1.º Bridas inter-amnióticas, y que el mismo Jeannel duda de su existencia; tienen estas bridas dos puntos de apoyo sobre la pared amniótica; y

con la parte media, éstas ejercerían su acción sobre el feto.

2.º Las bridas amnio-fetales. Ellas van, como su nombre lo indica, del feto al amnios; se insertan en el cordón del feto, ó en la placenta, ó en la vecindad placentaria del cordón.

3.º Bidas feto-fetales, que van, como lo indica lo nombre, de una á otra parte del feto. Entre otras, hay una observación de M. Montgomeri, en que habla de bridas que pasaban de las dos manos á los dos pies.

4.º Algunos autores hablan de bridas libres en que podían explicarse por la rotura debida al movimiento que ejecuta el feto en la vida intra-uterina.

5.º Bidas velamentosas que cubren los dedos y que nos explicarían bien las sindactilias que van acompañadas comúnmente á los surcos y amputaciones congénitas.

6.º Adherencias amnióticas que, como su nombre lo indica, son pequeñas bridas adheridas al feto, de distintos milímetros y aun centímetros de extensión, y que se romperían al momento del nacimiento, dejando ulceraciones sobre el feto.

¿Cómo se podría explicar la formación de estas bridas? Para esto, también numerosas teorías se han expuesto, entre las cuales citaremos la de M. Montgomery, en que atribuye la formación de estas bridas en un líquido amniótico de un linfoplástico.

M. Mahler, en 1907, piensa que se trata de una infección y que el líquido amniótico está sometido á la acción de un fermento que precipita la fibrina y la explicación de las malformaciones estaría en que moviéndose el feto, se movería éste con las bridas y la compresión sobre ellas producirían las amputaciones y en un período menos avanzado los surcos congénitos.

No sería muy satisfactoria la explicación por esta causa, pero se puede tener en cuenta que la infección siempre produce trastornos, y que estos modificarían el líquido amniótico y aun la cantidad del mismo.

De todas las teorías, la más aceptable para explicar estos hechos es la de Dareste, que dice que las malformaciones se producirían por la compresión del embrión por capuchones amnióticos que lo recubren.

Estudiando la producción artificial de monstruosidades ha demostrado Dareste que el amnios puede, por falta de su desarrollo, comprimir ciertas partes del embrión en contacto con él, y que esta compresión, cuando interesa las membranas, puede causar muchos defectos; falta de desarrollo, soldaduras, desviaciones y que estos efectos pueden encontrarse asociados ó separadamente.

« Cuando el amnio falta en su desarrollo mientras » que el embrión sigue creciendo, comprime nece-

» sariamente las partes del cuerpo del embrión sobre las cuales ella se aplica. Esta compresión produce efectos distintos.

» Tanto, ella puede producir una falta de desarrollo y entonces el hecho es evidente y comparable al que se produce haciendo presiones como en el orden patológico.

» El desarrollo de tumores tiene frecuentemente por resultado determinar la atrofia de los órganos vecinos.

» Se ha buscado en terapéutica de emplear la compresión para determinar la atrofia y la reabsorción de los elementos mórbidos.

» Hay una diferencia importante entre la atrofia que caracteriza la falta de desarrollo y aquella que tiene lugar en estado definitivo.

» En el primer caso hay falta de formación de los elementos histológicos, y en el segundo estos elementos son parcialmente destruidos y reabsorbidos.

» En otros casos la compresión que ejercida por el amnios produce la desviación y el desplazamiento de ciertas partes; tales son las diversas desviaciones de la columna vertebral y de los miembros.

» En fin, la compresión ejercida por el amnios pone en contacto las partes que en estado normal deben quedar separadas, determina la producción

» de adherencias que son irregulares ó que obedecen
» á la ley de las partes similares.

» Es, pues, un resultado de mis observaciones
» que la mayor parte de las anomalías y las monstruosidades, simples y por diversas que ellas sean,
» resultan de un mismo hecho inicial; una falta de
» desarrollo del embrión ó de sus anexos. »

Esta teoría de Dareste es general para las malformaciones, y nos explica en block las diversas lesiones que se observan en las enfermedades atacadas de malformaciones.

Es indiscutible que de todas las teorías é hipótesis que sobre el particular hemos tenido oportunidad de consultar y que reproducimos esquemáticamente, ya que el tiempo y la falta de material nos ha impedido controlarlo experimentalmente, la teoría de Dareste llena para nosotros, en una forma más completa, la explicación necesaria para darse una idea del desarrollo de estas anomalías.

La formación de las bridas, hoy por hoy, aceptada por la mayor parte de los experimentadores, sería fácilmente susceptible á nuestro juicio, de ser la causante principal de los surcos y amputaciones congénitas. No nos seduce la idea de imputar al cordón umbilical la formación de estas anomalías por cuanto no concebimos ni conocemos caso alguno en que el niño haya nacido con el cordón colocado sobre el surco. Por otra parte bien se ve por

la forma de los surcos observados que la causa productora debe haber sido un elemento de escaso volumen ó espesor, y no un cordón del tamaño del cordón umbilical. Para nosotros los rarísimos casos en que el cordón haya aparecido como causa del surco, lo creemos dudoso. Más fácil nos es aceptar que la brida haya llevado ó arrastrado consigo al cordón umbilical hacia el surco haciendo creer en la posible formación del surco por la compresión del cordón. En otros casos el cordón ha sufrido un estrechamiento ó compresión. En estos dos casos el aborto se produce por la falta de irrigación del feto y esto nos hace sostener también que no puede ser la explicación de las causas de amputaciones y surcos congénitos, por cuánto todos los casos que presentamos se tratan de niños nacidos á término y todos han sobrevivido perfectamente bien al nacimiento.

SURCOS CONGÉNITOS

La existencia de los surcos sobre sus diferentes teorías, en los distintos casos observados, se ha presentado á nuestro examen como la manifestación de una afección puramente congénita. La herencia no parece tener ninguna importancia y raramente se han observado algunos ejemplos de varios casos en una misma familia como el de M. Trelard que observó que un hermano y una sobrina padecían de la misma enfermedad. Así mismo Scontteten ha tenido oportunidad de constatar que en una familia existían dos hijos que tenían amputaciones congénitas.

Nosotros no hemos observado ningún caso en que los padres ni hermanos habían padecido de estas malformaciones.

El sexo no tiene ninguna importancia y se observa en ambos sin predominio de número en unos ó en otros.

Es muy raro encontrar los surcos congénitos como única malformación, pues van por lo general acompañados de amputaciones cuya localización varía y de otras malformaciones como la sindactilia, la polidactilia, el pié bot, etc., etc.

Esta multiplicidad de malformaciones han sido señaladas por M. Reclus en el año 1889 para demostrar la diferencia que existía en los surcos congénitos que pueden ir acompañados de otras malformaciones y la enfermedad ainhun que se presenta como un surco único.

No tiene ninguna importancia la situación de los surcos congénitos para distinguir esta afección de sus congéneres.

Los surcos congénitos pueden estar situados en los miembros superiores ó inferiores. En los primeros, se encuentran el brazo, antebrazo, manos y dedos; y en los segundos, en todas partes. Los casos más comunes se encuentran en los dedos de los pies y de las manos. De los dedos de las manos el único en que no se encuentra esa anormalidad es en el pulgar debido posiblemente á la posición que ocupa con respecto á los demás dedos, sirviendo estos de resguardo, recubriéndolos é impidiendo así que las bridas hagan presa de él.

En los dedos de los piés, el más afectado es el dedo gordo, debido posiblemente á que se encuentra más saliente que los restantes y exponiéndose por

lo tanto á que las bridas lo aprisionen más fácilmente.

Por lo general las amputaciones congénitas se encuentran aisladas, no sucediendo lo mismo en los surcospor cuanto se observan varias en el mismo miembro ó en cualquiera de los otros.

Son muy raros los casos en que estos surcos se han encontrado aislados. Sin embargo M. Broussole cita uno situado en el tercio inferior de la pierna izquierda y nosotros en el Hospital de Niños hemos tenido la oportunidad de observar un caso (Observación 9.^a) en que el surco era único, situado en el tercio superior y tercio medio de la pierna derecha. Otro caso, (Observación 22.^a) en que el surco era único y situado en el tercio medio é inferior también del lado derecho, y un tercer caso, (Observación) en que el surco también único estaba situado en el tercio inferior de la pierna izquierda. No obstante es regla general que los surcos congénitos aparezcan múltiples y no únicos. De todas las observaciones 26 de surcos congénitos M. Brocca observó una sola vez en el miembro superior, y en todos los demás casos, ya sean solos ó acompañados de amputaciones congénitas, estaban localizados estos surcos en el miembro inferior.

El Dr. Griseld de las 33 observaciones que ha efectuado los han encontrado repartidos en la siguiente forma:

Seis veces al nivel de los condilos femorales.

Siete veces debajo del platillo tibial.

Veinte veces por arriba de los maleolos.

En el Hospital de Niños hemos observado la mayoría de los casos de surcos congénitos sobre los miembros inferiores, pero más sobre la pierna á la altura del tercio superior y tercio medio; y no como el Dr. Grisel que ha notado la mayor parte de los casos por encima de los maleolos tibiales y peroneos.

Los surcos congénitos pueden ser completos ó parciales en el primer caso envuelven completamente al miembro, y en los surcos parciales solamente toman una parte del miembro.

Pueden los surcos completos ser perpendiculares ó disponerse oblicuamente con respecto al eje del miembro, siendo raro observar los que se sitúan oblicuamente.

La profundidad de los surcos congénitos puede considerarse igual en toda su extensión. Hay casos en que el surco es muy profundo en la cara anterior interna y externa y en la parte posterior apenas se percibe el surco, ó á la inversa es muy profundo en la parte posterior de la pierna, y la parte anterior apenas es percibido. En los surcos parciales la profundidad es distinta también, á veces, pudiendo ser la misma en toda su extensión.

Cualquiera que sea la profundidad de esos sur-

cos, las extremidades se confunden poco á poco y de una manera insensible con la superficie vecina.

El Dr. Brocca ha observado surcos espirales. Estos surcos son completos, entendiendo que envuelven el segmento del miembro que atacan; pero desde el punto de vista funcional, ellos son parciales, pues sus extremidades están separadas por una banda de tejido sano y donde su presencia se opone al estrangulamiento del miembro.

A pesar de que esos surcos han sido observados por M. Geannec y se encuentran en una observación del Dr. Camilo Levaseur, nosotros no hemos tenido la oportunidad de observar ningún caso en que existiesen esos surcos espirales.

La profundidad de los surcos es extremadamente variable y puede presentarse desde la simple depresión, que dejaría un hilo pasado comprimiendo suavemente la piel, hasta la depresión, que llegaría á las partes más profundas haciendo tracción enérgicamente sobre ambos cabos de dicho hilo.

Cuando los surcos son parciales, la piel conserva sus caracteres propios, presentando vello, y en algunos casos se han observado pelos; cuando estos surcos son superficiales, es muy fácil distinguirlos, sobre todo cuando se coloca el miembro de perfil. Los surcos profundos semejan ser producidos por una incisión mucho más enérgica y ofrecen una depresión más ó menos variable. Están limitados por dos

bordes en que á veces la parte superficial está en contacto é impide esta forma ver el fondo del surco.

Estos bordes pueden ser desaparejos y gruesos; en otros casos miden apenas algunos milímetros. Si se le separa los labios de estos surcos, se nota que su superficie es húmeda, de coloración rosada, y la piel que la tapiza ofrece la apariencia de la que se observa en los repliegues numerosos de las personas gruesas, y en el fondo se nota con mucha frecuencia materia sebácea producida por las glándulas del mismo nombre que se encuentran en esa región.

La piel es normal, habiéndose encontrado casos con cicatrizaciones; así M. Leprebot ha constatado un caso en que la parte profunda de un surco de la pierna se encontraba una cicatriz, y en un caso nuestro hemos observado lo mismo.

El Dr. M. Bart ha constatado un caso de surco profundo del tercio inferior del muslo de un niño en que la piel estaba normal en la parte superior, y en la parte posterior estaba descubierta, dejando ver el tendón del triceps. M. Bar suturó la parte que se encontraba al descubierta.

Lo mismo que la profundidad, la movilidad del surco varía mucho. Puede ser muy móvil cuando el surco es superficial; pero cuando el surco es profundo, esta movilidad es menor y depende de las partes que anatómicamente haya tomado el surco é

impidiendo así las funciones que desempeñaba esas partes anatómicas, como ser la piel misma, los tendones, etc., etc.

Puede también ser adherente á la aponeurosis subyacente, y entonces es también inmovilizable. De todos los casos, los más frecuentes son los surcos localizados, inmediatos á los maleolos peroneanos, y estas adherencias impiden los movimientos, pero respetan los nervios y venas y no producen ninguna interrupción.

Se observa esto, por lo general, en los casos en que la localización de la piel está muy cerca de las partes óseas. Entonces el surco no puede ser muy profundo, pues dista muy poco espacio entre ésta y el hueso, como sucede en la región de los maleolos. Cuando el surco se produce en una región de muchos músculos, como en el tercio inferior ó en el tercio medio del muslo; el surco, para llegar á la parte ósea, ó sea al fémur, tiene que atravesar una capa de varios centímetros de músculos y demás elementos, y entonces se observan modificaciones considerables.

M. Brocca ha encontrado al nivel de un surco supramaleolar, un solo tendón, continuando á la masa fusionada de los músculos de la región ántero-externa, el tendón de Aquiles, un pequeño tendón que continuaba la masa seccionada de los músculos profundos de la región posterior adheridos á la tibia,

la sección de la tibial posterior que desaparece por debajo del surco, la continuación del espacio interóseo por fractura del peroné, donde el fragmento superior se suelda á la tibia, mientras que el fragmento inferior queda libre, y en fin, la incurvación hacia adentro de la tibia.

Los vasos superficiales pueden estar seccionados y la nutrición del segmento inferior se hace gracias á los vasos profundos y á las anastomosis; los nervios por lo general son respetados.

Las reacciones nerviosas son distintas para todos los autores que han tratado de investigarlas, y los fenómenos dolorosos y las anestias existen raramente.

Las partes situadas por arriba y por debajo de los surcos sufren distintos trastornos. En la parte superior es raro observar alguna anormalidad; pero en cambio, en la parte que está por debajo del surco puede encontrarse atrofiada, hipertrofiada y también permanecer normalmente. La hipertrofia de las partes que se continúan con los surcos es rara, y el Dr. Quillón no encuentra otra explicación sino atribuible á la acción de estos surcos. Cuando la atrofia existe, es tanto más marcada cuanto los surcos son más profundos, y esta atrofia se explicaría debido á la falta de irrigación que produciría el surco profundo al efectuar la separación de los cabos de las arterias superficiales; pero no sería esta

la explicación de los casos en que los vasos están intactos. Hay casos en que se observan otras lesiones alrededor de los surcos; así M. Reclus ha observado linfomas y nosotros hemos tenido la oportunidad de observar un caso (observación IV), en la cual puede verse los dedos medio é índice de la mano izquierda por debajo de la amputación están hipertrofiados; el dedo índice de la mano derecha, así como también el segundo y tercer dedo de la misma presentan hipertrofia que se atribuye á linfomas. En los surcos de los dedos se observan los mismos caracteres y las mismas variedades que en los surcos de las demás partes de las extremidades. Ellos también pueden ser oblicuos ó perpendiculares á los ejes de los dedos ser superficiales ó profundos, y abarcar toda la circunferencia del dedo ó solamente tomar una parte de él. Se pueden observar surcos espirales y circulares; los primeros son rarísimos y los segundos son los más comunes. Todos los dedos pueden presentar surcos al mismo tiempo, viéndose en algunos casos que son algunos de los dedos los lesionados.

Repetiremos aquí lo anteriormente expuesto de que el dedo pulgar presenta la misma inmunidad, que se explica por la posición que ocupa con respecto á los demás, es decir, dirigido hacia adentro y recubierto por los otros. En la primera y segunda falange es donde más se observan frecuente-

mente los surcos y sobre todo en la parte media de éstas.

Su profundidad es más acentuada en la parte media y á veces perceptible en las partes laterales; sus bordes aquí también están tapizados de piel normal. Y en el cauce se observa una sustancia sebácea. Algunas veces en las partes laterales se ven cicatrices que interrumpen estos surcos.

Los surcos pueden estar, con relación á las partes subyacentes, móviles y completamente independientes; los hay adheridos á la vaina sub-aponeurótica, y en otros casos adheridos á las partes óseas. Cuando estos surcos están pegados al esqueleto se observa que están unidos á él por una vaina fibrosa, desapareciendo los tendones y algunas veces el hueso. El segmento terminal se encuentra movable y adherido al resto por un tejido cutáneo fibroso, flexible y muy delgado, pudiendo contener el segmento inferior un núcleo óseo ó á veces cartilaginoso.

Cuando la falange ó articulaciones están respetadas, no siempre se hallan normales, por cuanto se observan deformaciones, desviaciones laterales, flexiones permanentes ó temporarias, atrofia é hipertrofia. Esta hipertrofia puede á veces ser ósea.

M. Lechere la ha observado por medio de una radiografía, siendo esta hipertrofia el resultado de la alteración de las partes blandas y debidas, según

M. Bart, Wenzel, Gruber, Menzel, como resultado de análisis histológicos á «una dermatitis fibrosa hipertrófica con éxtasis de los vasos linfáticos, es decir, lesiones elefantíasicas consecutivas á un edema prolongado.»

La histología de los surcos congénitos nos da ausencia de toda evolución propia, carácter cicatricial, es todo lo que se observa en el examen histológico de los surcos.

En los surcos superficiales una parte de la epidermis y del dermis no presentan alteraciones; no así en los surcos profundos donde las diferentes masas musculares son llevadas hasta las partes óseas. En estos casos en que los surcos son muy profundos la epidermis está alterada y el dermis está transformado en una sustancia fibrosa, no presentando ni papilas ni glándulas.

Los estudios histológicos hechos por M. Jeannel para demostrar las alteraciones que sufre la piel, nos dan una idea mejor de estas alteraciones, diciendo lo siguiente: «La epidermis no ofrece modificación alguna, hay al nivel de la brida la misma epidermis por arriba, y por debajo de ella es á veces más gruesa.

Se ve sobre muchísimos cortes en el mismo fondo del surco y en el sitio de la brida, los golletes de las glándulas sudoríparas abarcar el cuerpo mucoso y abrirse al interior. Yo no he visto pelos en ningún

punto. Las papilas del dermis son absolutamente sanas y normales.

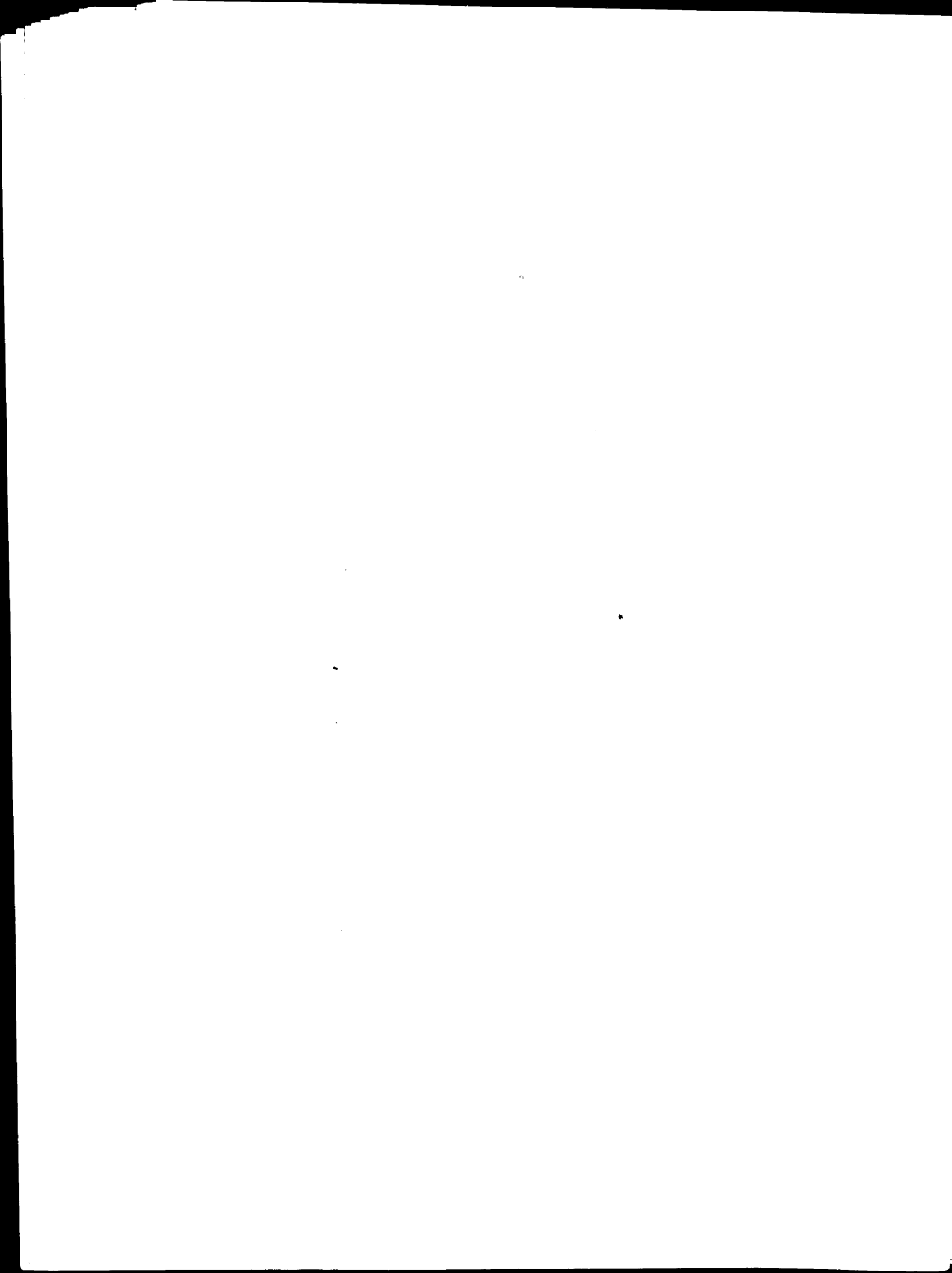
El dermis presenta solo una alteración al nivel de la concavidad del surco. Esta verdaderamente esclerosada, compuesta de trozos fibrosos y entrelazados los unos con los otros y aumentando á veces su espesor hasta el punto de doblarlo. En el seno de estos trozos fibrosos, en la zona esclerosada y sobre toda su altura, se ven glándulas sudoríparas recubiertas por la producción fibrosa.

M. Bar. que ha examinado un surco de un dedo anular, nos dice: «La parte profunda está formada así: epidermis de espesor normal, dermis adelgazada, formada por un tabique de tejido fibroso; no hay papilas ni glándulas. Los vasos sanguíneos son menos numerosos que en estado normal. Por debajo del surco todos los tejidos no presentan ninguna anormalidad.»

Otro examen practicado por el mismo autor, llega á la siguiente conclusión: «Labio superior: á medida que se alejan del fondo se nota que la papila se deforma, los vasos son más anchos que las partes normales de la piel. El dermis es de más en más fibroso y un poco espeso, se notan algunas glándulas sudoríparas, pero como comprimidas por tejido fibroso que la envuelven. Fondo del surco: La piel está muy modificada. La epidermis presenta gran espesor; semeja formar muchos tabiques entre los cua-

les se ve un conjunto negruzco formado probablemente de materias orgánicas acumuladas durante la vida del niño. La dermis forma una masa de tejido fibroso que se continúa sin línea de demarcación con el periostio, no presenta vestigios de papilas ó glándulas al nivel de la vaina de los tendones, todos los tejidos están transformados en block en tejidos fibrosos que va desde la epidermis al hueso. Labio inferior: epidermis espesa, papilas pequeñas, pero en suma es casi normal.

Las glándulas sudoríparas existen, pero son muy pequeñas. La dermis tiene una estructura fibrosa muy acentuada.



AMPUTACIONES CONGENITAS

Las amputaciones congénitas parecen producirse por la acción mecánica de las bridas amnióticas. Existiendo el miembro formado perfectamente, la amputación se realiza por la causa ya expuesta, lo mismo que si por una indicación terapéutica el cirujano la efectuara.

Es menester no confundir á las amputaciones congénitas con la etromelia, hemimelia, focomelia, etc., pues en estas afecciones falta una parte del miembro y en algunos todo el elemento anatómico. La amputación congénita sería la resultante de la amputación de un miembro desarrollado, mientras que la ectromelia, por ejemplo sería la falta de desarrollo de ese miembro.

Varía mucho el sitio de estas afecciones. Montgomery y Simpson refieren que es más frecuente encontrarla en el lado izquierdo que en el derecho y

nosotros hemos tenido la oportunidad de confirmar esta observación sobre todo cuando se trataba de los miembros superiores como podrá verse en las observaciones

Es raro encontrar una amputación sola y por lo general va acompañada de otras malformaciones como ser la sindactilia, al pié bot, etc.

En los dedos es más común observar estas amputaciones que en las demás partes de las extremidades y se encuentran en distintos grados desde la simple ranura hasta la amputación completa.

El profesor Grisel ha comprobado que es mucho más frecuente encontrar las amputaciones congénitas de los dedos que de las demás partes del miembro, pues sobre 43 casos historiados, 33 eran de los dedos, encontrándose también en ellos surcos congénitos que no son, sino, el comienzo de estas amputaciones.

En el transcurso de 16 años en el servicio de Cirugía del Hospital de Niños de Buenos Aires se han presentado alrededor de 40 casos siendo la mayoría de ellos niños amputados congénitamente en los dedos. Ahora con respecto al miembro superior é inferior en la mayoría de los casos la amputación pertenecía al miembro superior.

Recorriendo las distintas Maternidades de Buenos Aires no hemos encontrado ningún caso de los que presentamos en el presente trabajo.

Se observan estas amputaciones en todos los dedos y falanges, pero de todos ellos el más comúnmente afectado es el dedo gordo de los pies.

En el dedo pulgar es difícil encontrar esta afección, pues parece que tuviera cierta inmunidad, lo que explica fijándose en la posición que ocupa este dedo con respecto á los demás, encontrándose dirigido hacia adentro sobre la palma de la mano y los otros recubriéndolo, lo que hace que le sirvan de defensa á los ataques de las bridas anmióticas, mientras que en el dedo gordo de los pies no sucede esto por cuanto sobresale más que los otros dedos y está completamente al descubierto, lo que hace se vea más frecuentemente lesionado.

Sin embargo Parrot, Leprevot, y Pirian relatan casos de mutilaciones del dedo pulgar. Nosotros no hemos tenido oportunidad de observar ninguno de estos casos. A la altura de las articulaciones es muy raro observar amputaciones, sin embargo M. Jeanne cita el caso en que la sección se encontraba á la altura de la articulación metacarpo-falángica. Entre nosotros el Dr. Carlos Lagos García ha observado un caso de amputación congénita en una mujer de unos 25 años de edad en la que la sección estaba á la altura de la articulación carpometacarpiana, presentando el muñón cicatrizado desde el momento de su nacimiento.

De todas las amputaciones las que más abundan

son aquellas que se producen en la parte media de la falange.

Los muñones están por lo general bien desarrollados y en perfecto estado, notándose algunas veces ulceraciones, que son debidas á la rotura del pedículo produciéndose esta rotura después de la vida intrauterina, notándose en estos casos que las ulceraciones son poco extendidas, que curan rápidamente y dejando cicatriz según la forma del muñón y la evolución que ha tomado durante el tratamiento.

La forma de la cicatriz es muy variable, pudiendo encontrarse en forma estrellada y umbilicada.

En las observaciones VI y 25 se ve la cicatriz umbilicada.

En esta última condición se encuentran casi todas las amputaciones congénitas de embarazo.

El tamaño de esta cicatriz depende además del sitio y del tiempo en que se ha efectuado la amputación, pues es más pequeña cuanto más precoz ha sido efectuada. En los casos de amputación al final de la vida intrauterina es del tamaño del muñón que se desprende. Cuando no presenta ninguna cicatriz y el muñón está recubierto de una piel normal movable, nos demuestra entonces que la amputación es producto de una lesión embrionaria, no así en las veces que existe cicatrización por cuanto hace pensar en que la amputación se ha producido tardíamente.

La localización varía, pero, por lo general, está la cicatriz en la parte media del muñón, notándose que hace relieve. Cuando la piel está adherida al hueso ó á la articulación, la cicatriz se encuentra entonces en medio de una depresión.

Se observan también al nivel de los muñones pequeñas masas, pequeñitos tubérculos cutáneos sin ninguna consistencia, del tamaño de una lenteja ó poroto y á veces de mayor tamaño, y semejando una cereza por su dureza y hasta por su coloración.

La sección de estos tubérculos presenta la consistencia de un tejido grasoso y recubierto de piel normal. Estos tubérculos no sólo se observan localizados en los muñones, sino á veces sobre las falanges, habiéndose observado también sobre distintas partes del cuerpo.

Para explicar la formación de estos tubérculos, el Dr. Grisel lo atribuye á formaciones trazadas por la brida amniótica y debida á la constricción de la brida que produjo la amputación. Esta es la teoría más aceptada. Simpson, Brodia, Overti, M. Duval, han dotado al embrión con las propiedades de los animales de sangre fría y los tejidos tendrían tendencia á la regeneración, y entonces daría así lugar á la formación de esos tubérculos. Pero estas son simples hipótesis, y creemos, como el profesor Grisel, en la influencia de las bridas para la formación de los tubérculos.

La Anatomía Patológica del muñón comprende tres partes:

1.^a Un revestimiento superficial formado por piel normal ó cicatricial.

2.^a Una capa fibrosa unida al tabique profundo del dermis y al periostio espesado, y sobre la que vienen á insertarse los tendones extensores y flexores con sus correspondientes vainas.

3.^a Segmento de falange donde la extremidad superior queda intacta.

RELACIÓN ENTRE LOS SURCOS Y AMPUTACIONES CONGÉNITAS

Entre los numerosos casos que hemos observado, se ve que se encuentran estas dos afecciones unidas, siendo por lo tanto muy estrecha la relación que existe entre ellas.

Hemos hecho notar que los surcos congénitos existen en distinto grado, es decir, desde la simple ranura que parecía ser producida por la presión de un hilo suavemente pasado sobre la piel, hasta los enormes surcos que llegaban hasta las partes óseas y que en un período más avanzado seccionaban el miembro.

Hemos observado también algunos surcos congénitos en que las partes seccionadas dejaban su extremidad móvil, y algunas veces sostenida apenas por un tejido fibroso, como en la observación VII, del Dr. Carlos Lagos García.

Dijimos también que existen amputaciones com-

pletas de todos los miembros y á distintas alturas, habiendo insertado casos en que las partes amputadas habian sido encontradas simultáneamente al alumbramiento.

Así hemos citado en el capítulo primero las observaciones de M. Chaussier en el año 1812, siendo una de ellas la de un brazo amputado, en que la parte separada fué encontrada en el líquido amniótico. Watkinsnn, en el año 1824, encontró un pie amputado en el útero, y M. Zagorsky presenta un caso en que el pie estaba sostenido por una brida de naturaleza membranosa, observando que la brida producía la compresión.

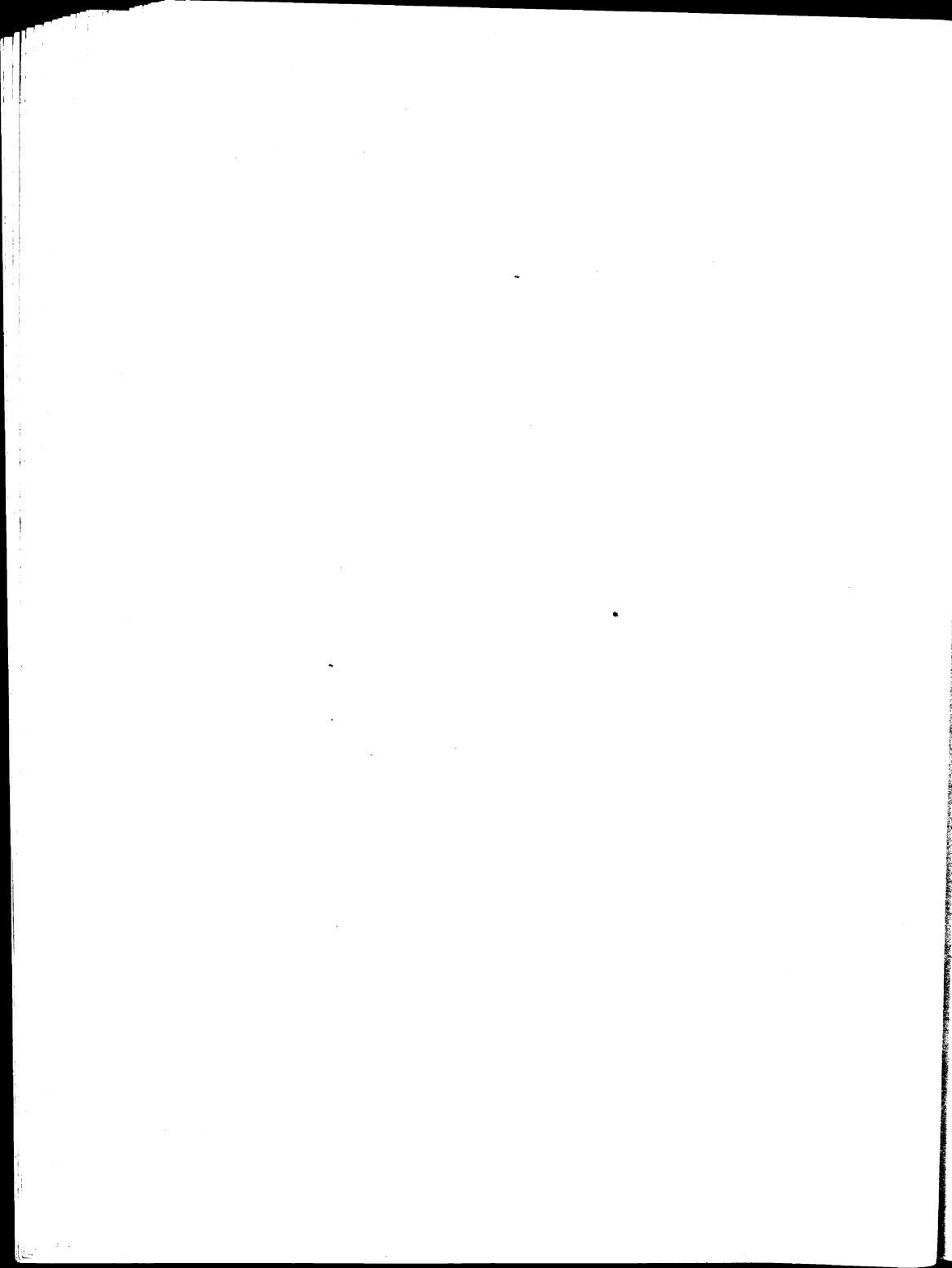
Numerosos son los casos en que el surco es tan acentuado que, retenida la parte atacada, en el momento del nacimiento, por un pedículo, caía al cabo de algunos días, como se ve en la observación VII, ya citada.

Por otra parte, es frecuente observar distintas pronunciaciones de los surcos en un mismo sujeto, portador, por ejemplo, de una verdadera gama de profundidad de los surcos, desde los más superficiales hasta los que llegan á la superficie ósea, y en donde poco ha faltado en realidad para que ese surco concluyese por amputar completamente el segmento sobre el cual se ha desarrollado.

Como lo hemos observado en el enfermito n.º 1. En este caso puede verse en la mano derecha cómo

el surco sobre el anular, es casi superficial, el del dedo medio más profundo y el del índice ha llegado á la superficie de la primer falange. Un grado inmediatamente mayor en la evolución de este surco hubiera producido la amputación completa del dedo índice.

Existe, pues, una relación bien estrecha entre los surcos y las amputaciones congénitas, pues, como lo hemos dicho, no son sino el último grado de los surcos congénitos.



TRATAMIENTO

El tratamiento varía según la lesión que tenga el enfermo, pues á pesar de suponer que en una amputación no hay nada más que hacer, resulta en algunos casos equivocado, y de ahí que se debe en primer término aconsejar el ejercicio del muñón en la medida de lo posible.

Existen casos en que estos amputados se acostumbran desde muy temprano á hacer uso de su muñoncito, y como jamás han tenido su miembro formado, no lo extrañan.

En la observación VI el niño hace uso de su muñón para llevar los objetos: riega el jardín de la estación Saavedra, donde él vive, y se desenvuelve bastante bien.

Otros enfermos, á pesar de las mutilaciones de sus dedos, dibujan, cosen, etc., etc. Pero nunca podrán desempeñar sus funciones como con un aparato protético.

Hay que tener presente la edad al colocar el aparato, pues tratándose de niños de pequeña edad, desempeñan indudablemente muy buenas funciones con sus prótesis, pero se tropieza con el inconveniente de que estos aparatos son caros, como se encuentran los niños en un período de desarrollo, el miembro sano crece, y de ahí resulta la desigualdad de ambos miembros, lo que hace menester cambiar los aparatos cada varios años para conservar la buena estética hasta la edad en que el crecimiento se detiene. Se usan numerosas clases de aparatos protéticos que disimulan muy bien la lesión, ya sean fijos ó con movimiento completo. En la observación X se ve en esta niña perfectamente disimulado su defecto, manejando bien su brazo para llevar objetos de diversas clases, ya sea por presión ó por suspensión de su miembro artificial.

Igualmente se usan aparatos para los miembros inferiores, que restablecen el equilibrio y la marcha.

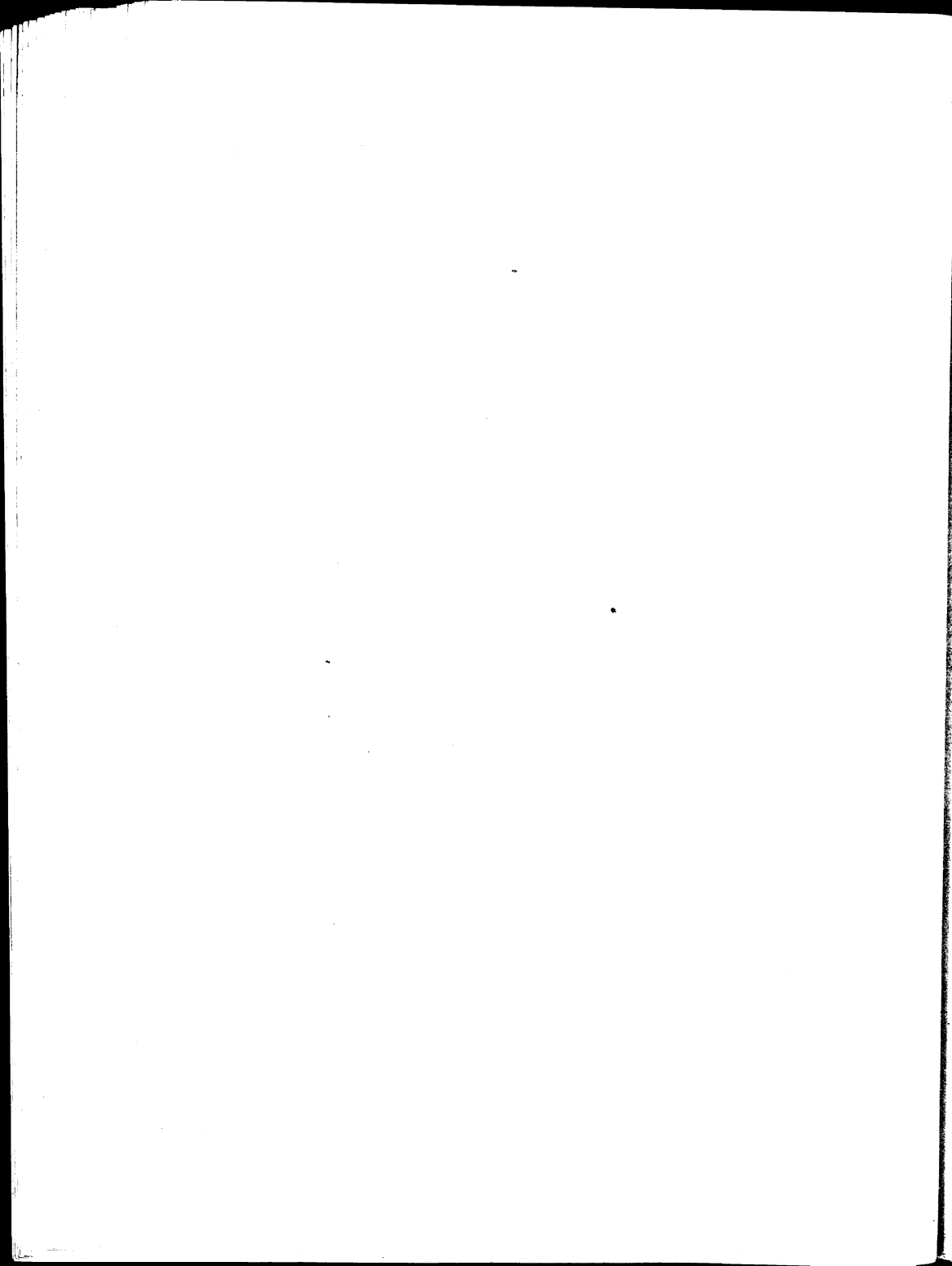
Tratándose de surcos, la conducta varía, según el surco de que se trate, si es superficial y no impide para nada los movimientos, lo mejor de todo es abstenerse á todo tratamiento. Si por el contrario, se trata de un surco profundo y que se encuentra adherido á los órganos subyacentes que le impidan las funciones á los órganos vecinos, entonces el cirujano debe intervenirlo. La edad tiene alguna acción para resolver la intervencion, y si se trata de un

niño recién nacido, puede y debe evitarse la operación hasta que tenga más de nueve meses de edad.

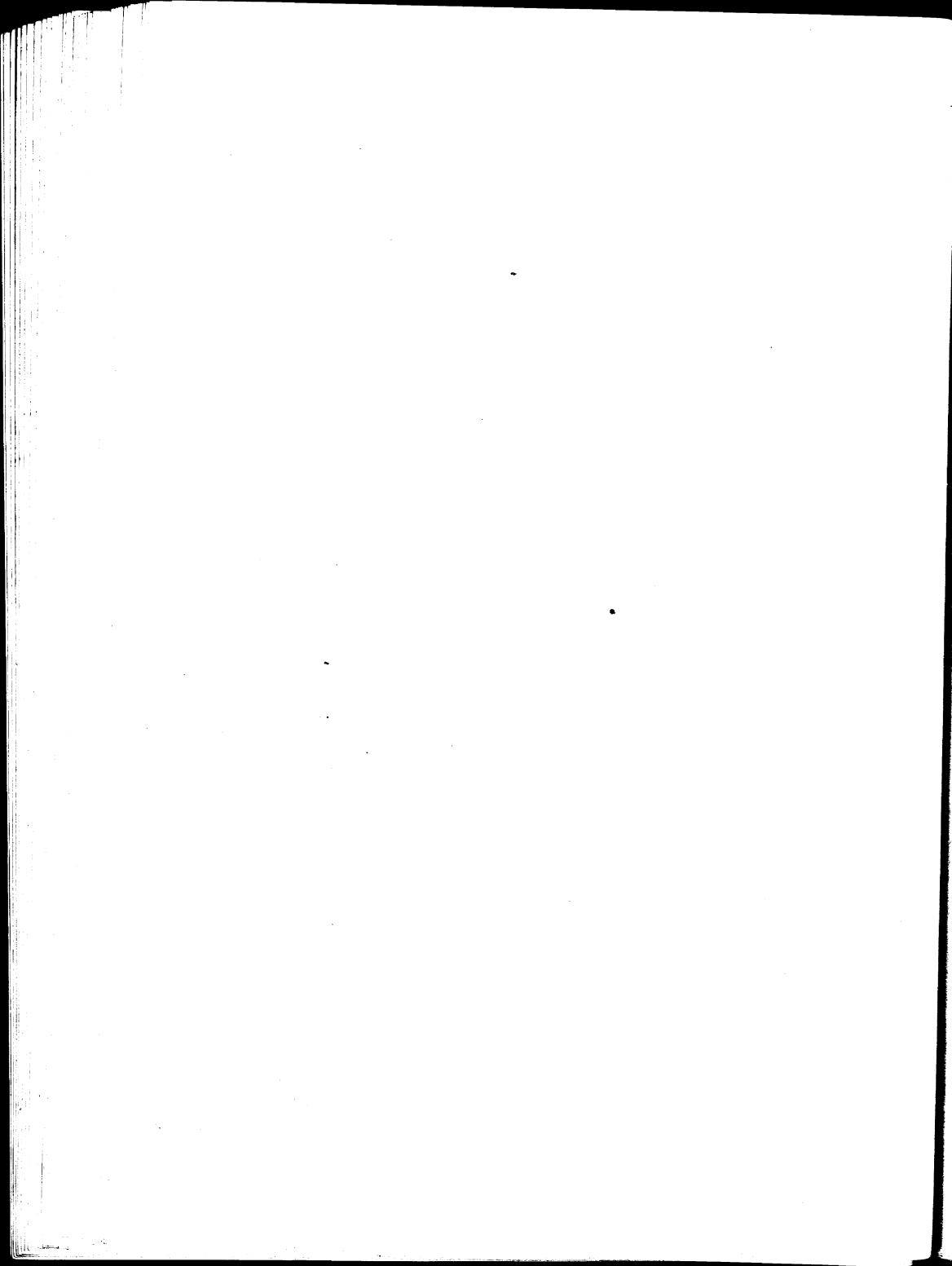
La operación de los surcos consiste, previa anestesia clorotórmica, que los niños toleran muy bien, en colocar una banda de Esmarch cuando se trata de un surco muy profundo y de una region de vasos importantes. Se incinde por arriba y por debajo del surco, paralelo á éste la piel el tejido celular subcutáneo y se llega á la aponeurosis. Se tracciona sobre el anillo fibroso que forma el surco hasta desprenderlo, diremos semejante á la corteza de un árbol que se desprende cuando se hacen dos incisiones paralelas y se tracciona el espacio comprendido entre ambas incisiones.

Puede desprenderse todo ó puede también sacarse en algunos casos un tercio del anillo fibroso, dejando para después la extracción del resto. Se termina la operación suturando la piel. Cuando hay hipertrofia por debajo del surco se puede disminuir el calibre del dedo como en la observación IV, en que se hizo una incision en V por debajo del surco disecado al mismo tiempo el anillo fibroso del mismo dedo, extrayendo la parte comprendida entre las dos ramas y suturando la incision.

La operación es de una técnica sencilla, y los resultados en los numerosos casos en que hemos intervenido han sido excelentes.



OBSERVACIONES CLINICAS



Observación I

DEL DOCTOR C. LAGOS GARCÍA

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS

DE LOS DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Dora Pesceche, 7 días, argentina, domiciliada Polas y Prov. Unidas.

Se presenta al consultorio externo de cirugía del Hospital de Niños.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia. Tiene sus padres que viven, son sanos y bien conformados y dos hermanitos bien desarrollados.

Antecedentes personales.—Nacido á término, parto normal. Está criándose á pecho.

Enfermedad actual.—La observaron inmediatamente del nacimiento.

Estado actual.—Presenta en la mano izquierda el

pulgar separado del resto de los dedos y un surco al nivel de la primera falange; el dedo mayor sobremontado por el anular y por el índice presenta en la unión de la segunda con la tercera falange un surco profundo, el anular á esa misma altura se en-



Fig. 1

cuentra también deprimido por un surco; el pequeño dedo libre presenta otro surco en la unión de la segunda falange.

Mano derecha.—El pulgar se encuentra normal, el índice normal en la configuración.

De su parte interna sale una pequeña brida que une al tercero y cuarto dedo, los cuales están unidos con surcos entre sí y al índice por la brida ya descrita.

El pequeño dedo unido al anular y estrangulado en su extremidad libre de tal modo que ésta (la extremidad libre) ha caído al séptimo día espontáneamente bajo la forma de una pelotita cianótica se-

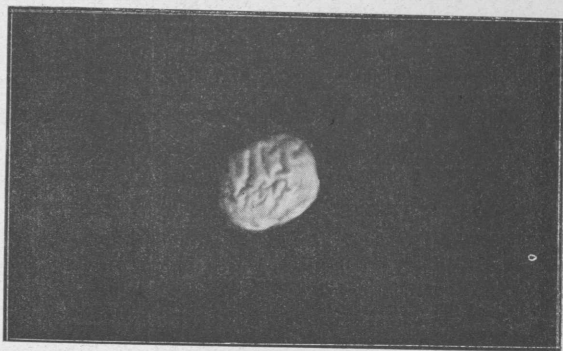


Fig. 2

mejante á una pequeña uva madura morada. La fotografía nos muestra la extremidad caída al 7.º día en circunstancias que el Dr. Carlos Lagos García, se encontraba examinando el enfermito.

El pié izquierdo nos muestra sindactilia incompleta entre el 2.º y 3.º dedo.

En el pié derecho, falta completamente el dedo gordo, el 2.º y 3.º están deformados soldados entre sí y el 4.º y 5.º atróficos.

El resto del organismo no presenta ninguna anormalidad.

Observación II

(PERSONAL)

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

María Esther Gargugino, 6 años de edad, domiciliada en la calle Brasil 3075.

Antecedentes hereditarios.—Padres bien conformados y sanos, tiene cuatro hijos también bien conformados y sanos, siendo la penúltima de los hijos la actual enferma. Durante el embarazo la madre no tuvo ninguna enfermedad ni sufrió ningún accidente.

Antecedentes personales.—Nacida á término, parto normal, fué criada á pecho hasta la edad de un año y seis meses, no habiendo tenido ninguna enfermedad de importancia.

Enfermedad actual.—Es congénita notando al nacer la falta del antebrazo á la altura del tercio superior y tercio medio y la mano izquierda del mismo lado.

Estado actual.—Presenta á dos traveses de dedo por debajo de la articulación del codo izquierdo una amputación con muñón en forma cónica, piel lisa y sin vello y notándose en la extremidad y en la

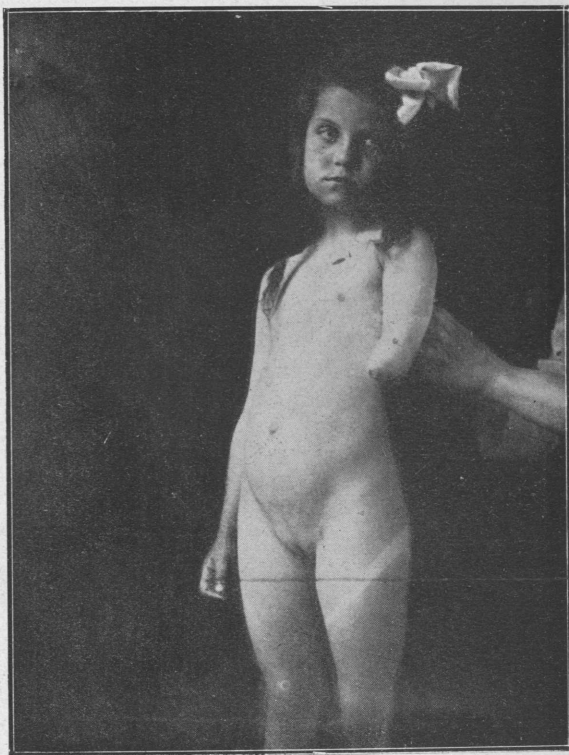


Fig. 3

parte media una cicatriz umbilicada de coloración blanquecina. A la palpación se observan las epífisis del cúbito y radio, no siendo doloroso á la presión.

Los movimientos del muñón están conservados,

notándose que ejecuta la flexión, extensión, rotación, perfectamente.

La radiografía nos muestra la articulación nor-

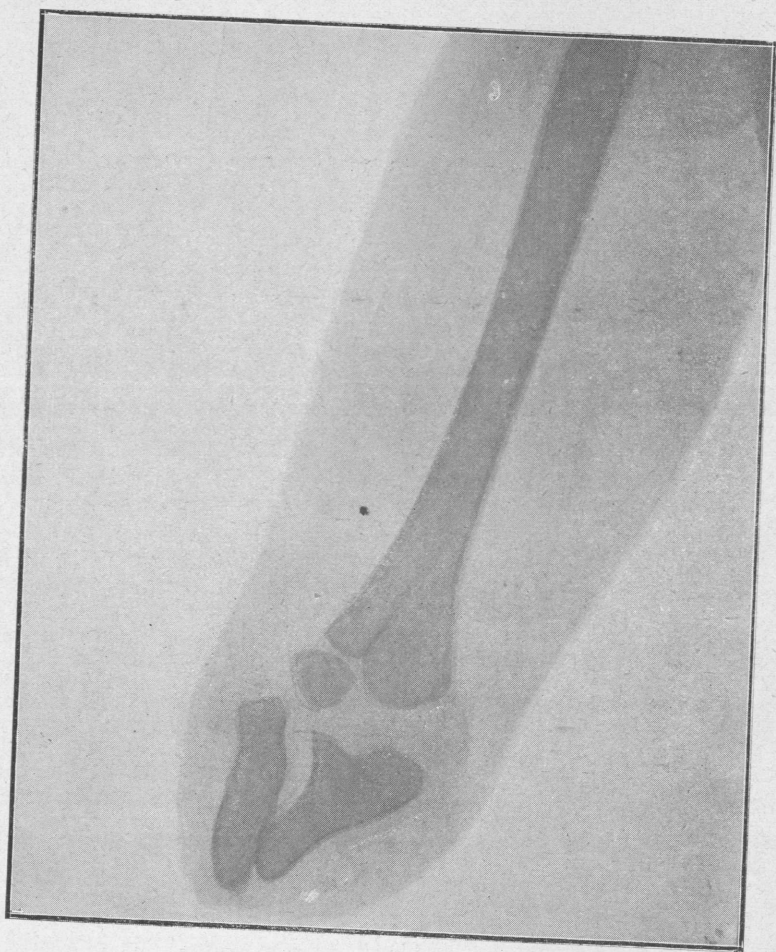


Fig. 4

mal y las epífisis superiores del cúbito y radio hasta la altura del sitio de la amputación.

El resto de su organismo se encuentra perfectamente bien desarrollado, en buen estado de nutrición y revela ser entre sus hermanitos la más inteligente.

Tratamiento.—En esta niña se ve que su muñón está en muy buenas condiciones para llevar un aparato protético, pues los movimientos los ejecuta en todo sentido pero tiene el inconveniente de la edad, pues como se encuentra en período de crecimiento dentro de un par de años el brazo con prótesis será más corto que el del lado sano.

Se trata de hacer conservar bien el muñón y como la Sociedad de Beneficencia de la Capital, le ha donado un aparato protético la niña disimulará con él la falta del miembro amputado conservará su muñón en buenas condiciones de desarrollo y le ayudará á desembolverse con este miembro.

Observación III

(PERSONAL)

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DOCTORES MÁXIMO, CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Alberto Pana, de 3 meses de edad, argentino, domiciliado en Haedo.

Antecedentes hereditarios.—Los padres no han tenido jamás enfermedades de alguna importancia. El primer embarazo terminó por un aborto de 3 meses. Nace luego otro niño bien conformado y sano. Un tercer embarazo á término da á luz al niño de la presente historia clínica. La madre refiere haber recibido un golpe sobre el vientre en el tercer mes de este embarazo.

Antecedentes personales.—Nacimiento á término, presentación de vértice, pesando 3 kilos 500 gramos; se alimenta á pecho y no ha padecido hasta el momento actual de más enfermedad que la que describimos.

Enfermedad actual.—Las lesiones que presenta-

ron en el momento de su nacimiento, según testimonio de la partera que atendió su alumbramiento.

Estado actual.—Presenta en su mano derecha el pulgar y pequeños dedos normales.

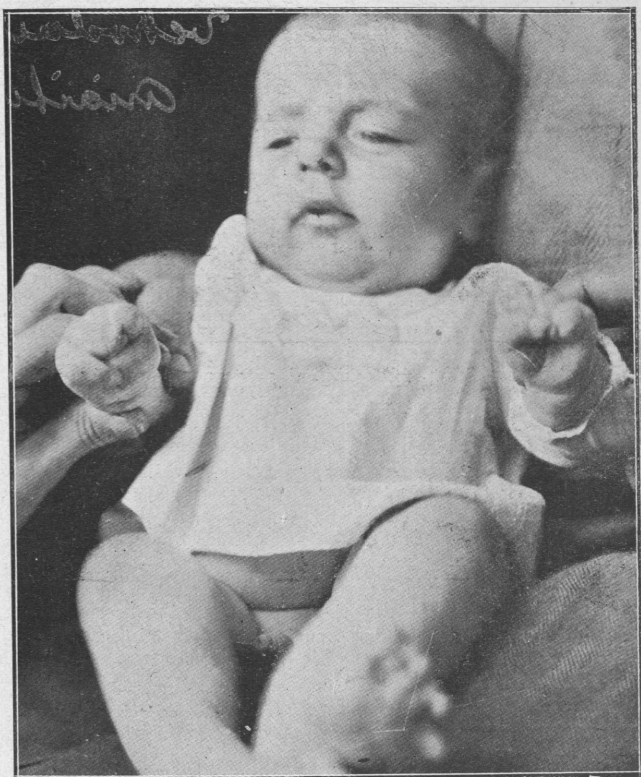


Fig. 5

El dedo medio, anular é índice están unidos en masa común (sindactilia); en el borde libre de la masa hay una cicatriz irregular y que en el lado del pequeño dedo es menos vascularizada que en el



Fig. 6

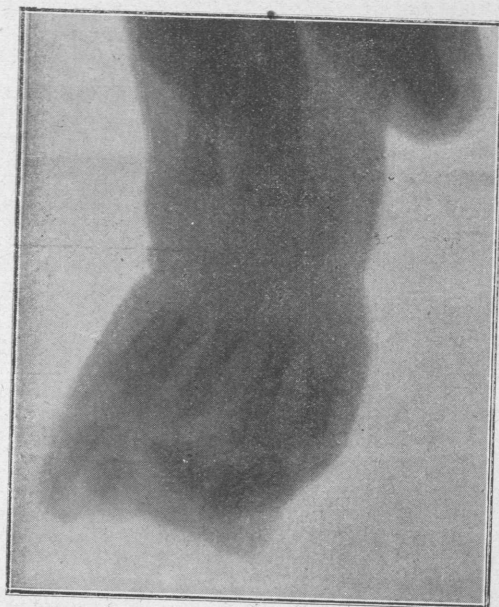


Fig. 7

dedo pulgar, en que se muestra mucho más congestionado.

El pie derecho presenta una amputación del dedo pulgar al nivel de la primera con la segunda falange, como se ve en la radiografía.

Carece de la segunda falange, y en el borde libre

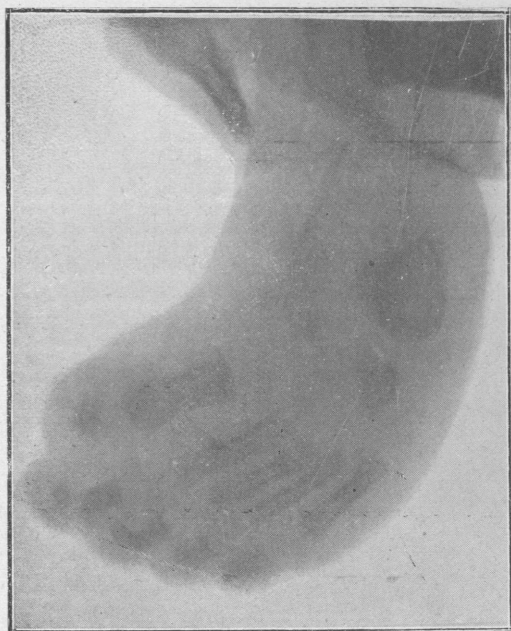


Fig. 8

hay una cicatriz umbilicada. Este pie es varus equino.

Tratamiento.—Previa anestesia clorofórmica del enfermo, se le hace una tenotomía al pie derecho y se le inmoviliza en buena posición.

A los 8 días se le saca el aparato y se le hacen masajes durante un mes, corrigiéndose muy bien con este tratamiento su pie bot.

Diciembre 6.—Se le extrae el borde cicatricial y mámelonar de la masa común de la mano izquierda; se sutura y cura muy bien.

El análisis histológico nos muestra el carácter cicatricial. En parte la epidermis está alterada y la dermis transformada en una sustancia fibrosa. Se observan escasas papilas y glándulas.

Observación IV

(PERSONAL)

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DOCTORES M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Pedro Ciotti, 1 mes y 10 días de edad, domiciliado en Marcos Paz.

Antecedentes hereditarios.—El padre tiene 26 años de edad y la madre 24 años; son bien conformados y no han tenido ninguna enfermedad de importancia.

Antecedentes personales.—Niño primogénito, no ha habido abortos, el parto ha sido á término y normal. Está criado á pecho por la madre y no ha padecido de ninguna enfermedad.

Enfermedad actual.—Es congénita, notando inmediatamente de nacer, la partera, surcos en los dedos de la mano, y por debajo de ellos los dedos aumentados de volumen.

Estado actual.—Tamaño del niño normal á su edad, llamando la atención el aumento de volumen

del dedo índice por debajo de un surco muy visible y á la misma altura de éste, otros dos surcos en los dedos anular y medio. La piel no presenta ninguna anormalidad. El dedo índice carece de uña. La palpación de la mano nos hace notar la existencia completa del esqueleto, de la misma manera que se constata por la radiografía,

Los surcos son parciales, situados sobre el dorso

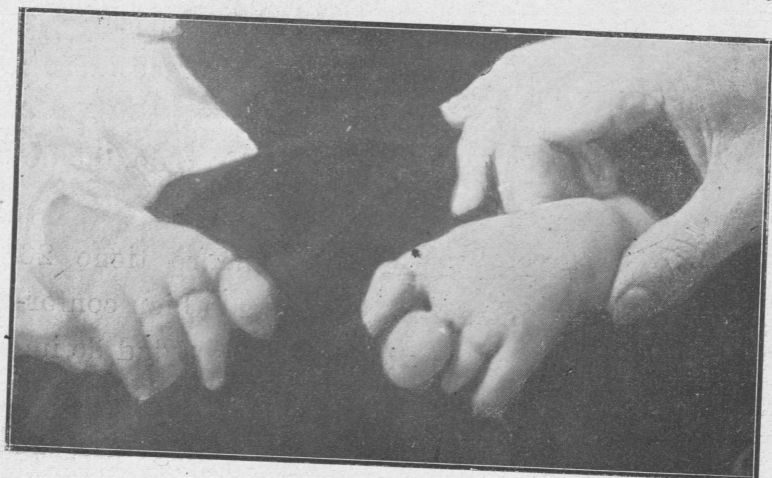


Fig. 9

de la mano; es más profundo el dedo índice, siguiéndole después el medio y luego el anular. Este surco se hace á la altura de la parte media de la primer falange; no presenta en los bordes ni vellosidades, ni sustancias que llame la atención. Los bordes de estos surcos son movibles.

Por encima de estos surcos no se observa nada de anormal, siendo lo contrario por debajo, donde se

ve la extremidad distal de los dedos enunciados hipertrofiados. La extremidad del dedo índice es del tamaño de una nuez, redondeada, de consistencia blanda y de color morado; presenta en la parte externa una pequeña hendidura, indicio de una uña.



Fig. 10

Mano izquierda.—Tamaño normal, excepto los dedos medio é índice, que se encuentran aumentados de volumen, comenzando esa hipertrofia á un centímetro por debajo de la articulación metacarpo-falángica. El tamaño del dedo índice es comparable

al de una almendra, y el del dedo medio á una nuez grande; el dedo anular también está un poco aumentado de volumen por debajo del surco; los restantes normales. La coloración de la piel es normal,



Fig. 11

no presenta vello, ni pelos. Por la palpación se constata que el esqueleto óseo está desarrollado y la radiografía nos comprueba tal aserción.

En esta mano los surcos son menos pronunciados, son también parciales del lado dorsal, y solamente en el dedo índice toma la cara lateral derecha.

Se encuentran los surcos á la altura de la parte media de la primer falange, no presentando por arriba ninguna anormalidad y por debajo se observa una hipertrofia desigual de los dedos índice, anular y medio, siendo esta hipertrofia más pronunciada en el dedo medio, para degradar en el anular, donde se le observa ligeramente. La piel es lisa, de coloración pálida y consistencia blanda.

Operación.—Previa anestesia clorofórmica, se le diseca el anillo fibroso del dedo pulgar de la mano derecha, se le incinde en forma de V, cuyas ramas terminan sobre el anillo disecado. Se extrae la parte comprendida entre las dos ramas de la V, observándose que sale á la presión líquido incoloro, filante. Se suturan los bordes de estas dos ramas y los del anillo disecado, sacándose los puntos á los 7 días. Ha quedado reducido al tamaño normal y no se percibe sino ligera cicatriz.

Junio 29.—Se le hace la misma operación á los dedos pulgar é índice de la mano izquierda y han quedado del tamaño normal.

Observación V

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DOCTORES MÁXIMO CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Año 1908.—Angela Diovini, de 13 meses de edad, domiciliada en San Miguel, es traída al consultorio externo de cirugía.

Antecedentes hereditarios.—Los padres son sanos y bien constituidos; tienen cuatro hijos sanos y bien conformados.

Antecedentes personales.—Nacida á término, parto normal, está alimentada á pecho.

Enfermedad actual.—Data desde su nacimiento, notando la partera que le faltaba el pie izquierdo y que presentaba un muñón con cicatriz.

Estado actual.—Niño en muy buen estado de nutrición, no presentando á no ser su mutilación de la pierna izquierda, ninguna otra anomalía. La altura de la amputación se encuentra en el tercio inferior de la pierna izquierda.

El muñón es redondeado, recubierto por piel normal y terminando por una cicatriz regular y blanquecina. No es doloroso á la presión. La radiografía



Fig. 12

nos muestra los huesos á la altura de sus epífisis inferiores amputadas normales, el resto y la articulación de la rodilla también normales.

La parte del miembro izquierdo guarda la misma relación en desarrollo que el miembro derecho. El

resto de su organismo no presenta ninguna anormalidad.

Tratamiento.—Siendo muy pequeña la niña se le

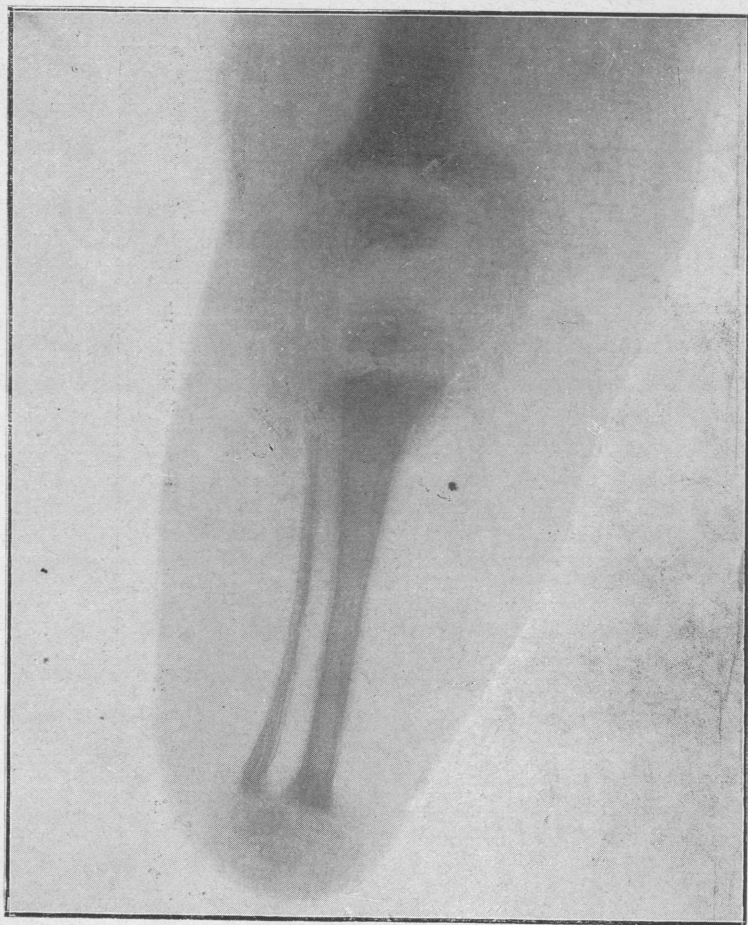


Fig.-13

aconseja esperar unos años más para colocarle un aparato protético que disimule su lesión y que desempeñe las funciones del pie.

Observación VI

(PERSONAL)

Felipe Albanese, de cinco años de edad, argentino y domiciliado en Saavedra (F. C. S.)

Antecedentes hereditarios.—Los padres son sanos y bien conformados, tienen ocho hijos vivos, todos son sanos y ninguno presenta anormalidades.

Antecedentes personales.—Nacido á término y en parto normal, ha sido criado á pecho y no ha tenido ninguna enfermedad.

Enfermedad actual.—Data desde el momento de su nacimiento en que notaron la ausencia de parte de su miembro izquierdo y superior.

Estado actual.—Niño en buen estado de nutrición, no presentando ninguna otra anormalidad que la lesión antes dicha y revelando ser muy inteligente.

El miembro superior izquierdo está amputado á la altura del tercio superior del antebrazo, presentan-

do un muñón que ejecuta bien los movimientos de flexión, extensión, rotación, etc. La fotografía nos muestra el niño con su muñoncito en flexión.

La piel es normal y libre en toda su extensión-

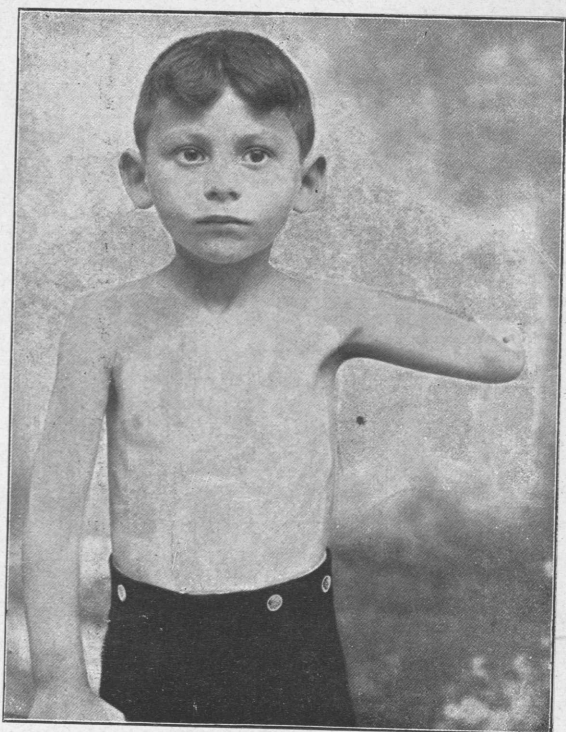


Fig. 14

presentando en su parte terminal una cicatriz umbilicada. La palpación nos muestra un muñón musculoso y no doloroso.

La articulación del codo no presenta ninguna anormalidad.

Tratamiento.—En este caso el niño tiene su muñón en muy buenas condiciones para llevar un aparato protético, pues su muñón está muy bien desarrollado; él toma con su muñoncito, entre el pliegue que forma el codo con éste, los objetos y se desempeña así para ejecutar ciertos actos; riega las plantas, tomando una regadera con el miembro amputado, en la estación de Saavedra, donde él vive.

Se le ha aconsejado un aparato protético, á pesar de que pronto con la edad sufriría un acortamiento con relación al miembro opuesto, pues con él conservará su muñon en buenas condiciones, disimulará su malformación y podrá desempeñar mejor sus movimientos; está actualmente en construcción un aparato protético completo para este enfermito.

Observación VII

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Natalio Furione, argentino, domiciliado en el Gran Chaco es traído al Consultorio Externo á los diez días de edad.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Nacido á término, parto normal está criándose á pecho de la madre.

Enfermedad actual.—Congénita presentando las manos y los piés con surcos y amputaciones.

Estado actual.—En la mano derecha se observa que el dedo anular está amputado á la altura de la articulación metacarpofalangiana, presentando á esa altura una cicatriz y un pequeño apéndice mamelonado. El dedo medio y á la altura de la primera y segunda falange presenta un surco parcial sobre el lado de la palma de la mano; el dedo anular presen-

ta un surco profundo circular y total, á la altura de la primera y segunda falange.

La mano izquierda presenta el dedo pulgar suelto y normal, el pequeño dedo lo mismo que éste, nor-

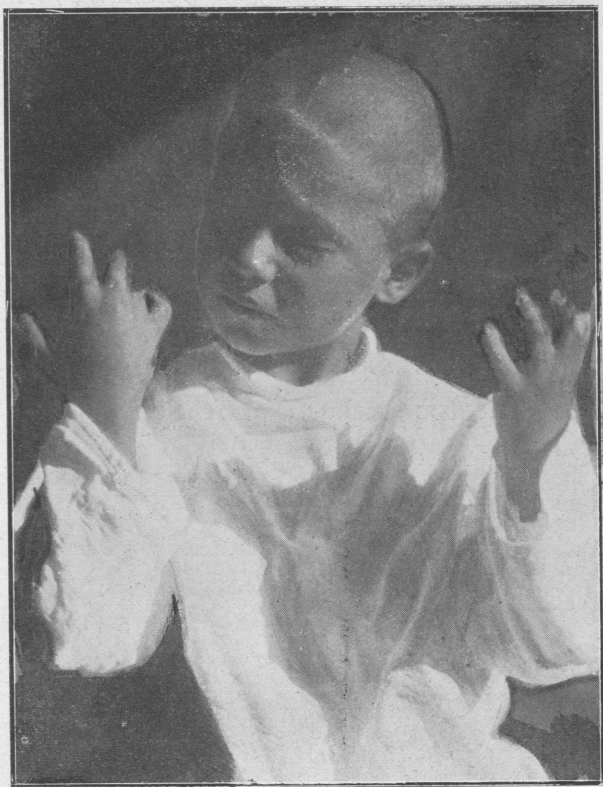


Fig. 15

mal, el índice amputado á la altura de la parte media de la primera falange, el dedo medio presenta un surco completo en la parte media de la última falange y el dedo anular está afectado de surco cir-

cular profundo á la altura también de la parte media de la tercera falange.

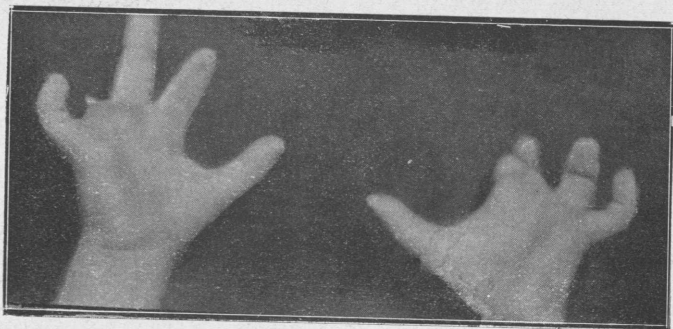


Fig. 16

El pié derecho presenta surcos en la tercera falange de los tres primeros dedos.

De todos estos surcos el más profundo es el del dedo gordo y de los restantes sobre todo el del tercer dedo, es muy poco perceptible.

En el pié izquierdo también se observa surcos de



Fig. 17

los tres primeros dedos tomando solamente la parte dorsal y atacando principalmente el dedo medio

pues, su surco es más profundo y obsérvase también que la parte que está por debajo del surco, está hipertrofiada.

El resto de su organismo se encuentra normal.

Tratamiento.—Como no le impiden estas lesiones ejercer sus movimientos y camina muy bien se le deja en el mismo estado.

Observación VIII

DEL DR. RODOLFO A. RIVAROLA

CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL DE NIÑOS

JEFE DR. PARERA, MÉDICOS: R. CUCULLO, R. RIVAROLA

Y DOCTORA A. FLEULER

N. N., argentino, de 6 días de edad, domiciliado en esta capital, es traído al consultorio externo del Hospital.

Antecedentes hereditarios.—Los padres y hermanos son sanos y bien conformados.

Antecedentes del enfermo.—Nacido á los 9 meses en parto normal, peso, 3 ks. 300, notó la partera que el niño presentaba en el brazo izquierdo un surco profundo, en el fondo del cual se encontraba adherida una membrana que élla extrajo. Está alimentándose á pecho de la madre.

Estado actual.—No presenta otra anormalidad que la de su brazo izquierdo, en el cual, en su parte

media, existe un surco dirigido de arriba hacia abajo, de afuera á dentro, circular, total muy profundo, sobretodo en la parte externa que llega casi al hueso, encontrándose en el fondo restos de membranas que se han extraído. Los bordes son libres y regulares. No existe atrofia en ninguna parte de su miembro. Los movimientos están bien conservados.

Tratamiento.—Se le regulariza la alimentación, y, como se trata de un enfermito en que su lesión no le molesta por el momento, se le aconseja á los padres que lo traiga dentro de un año para extraerle el anillo fibroso que produce dicho surco.



Observación IX

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Carlos Zabala, de tres meses de edad, argentino, domiciliado en la calle Gallo 513, es traído al Consultorio del Hospital de Niños.

Antecedentes hereditarios.—Padre sano y bien constituido, ha habido un aborto de tres meses antes del actual enfermo y cuatro hijos sanos y bien conformados.

Antecedentes personales.—Nacido á término, parto normal, está alimentándose á pecho.

Enfermedad actual.—En el miembro superior izquierdo falta la mano, notándose pequeños apéndices colocados en la extremidad del muñón y que no sobresalen sino apenas unos cinco milímetros.

La piel de este muñón es normal y algunos surcos aparecen entre un apéndice y otro. La cicatriz

es terminal y blanquecina. No es doloroso á la palpación y se constata la ausencia de metacarpianos y falanges; que se comprueba por la radiografía.

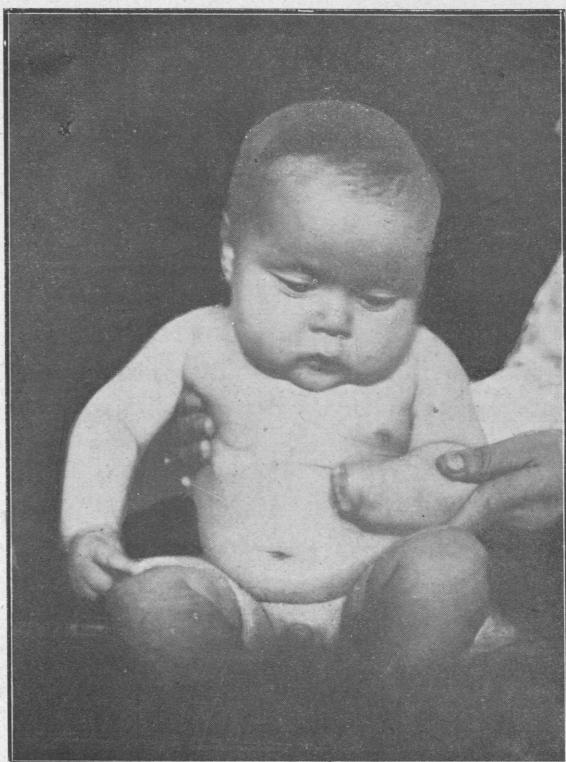


Fig. 18

El miembro opuesto es normal.

El pié derecho presenta un talus valgus. El pié izquierdo es normal.

En el resto de su organismo no se observa ninguna anomalía, encontrándose el niño en muy buen estado de nutrición.

Observacion X

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

José Goris, de 5 meses de edad, argentino, domiciliado Junin 1555, es traído al Hospital de Niños.

Antecedentes hereditarios.—No tiene ninguna importancia.

Antecedentes personales.—Nacido á término, está alimentado á pecho, y no ha tenido ninguna enfermedad contagiosa.

Enfermedad actual.—Congénita y presenta un surco muy profundo en el tercio superior de la pierna derecha.

Estado actual.—Niño en muy buen estado de nutrición. Presentando anormalidad en su pierna derecha, donde existe un surco muy profundo situado en tercio superior de dicha pierna. Es un surco circular total tan profundo que penetra en la parte posterior hasta el hueso, seccionando los

músculos. Los bordes del surco son lisos y libres. El pié es un centímetro y medio más corto que el opuesto y la circunferencia de la pierna tomada en la parte de mayor diámetro es un centímetro y medio también más corta que la del lado opuesto.



Fig. 19

Hay un poco de parálisis en este miembro derecho.

Mano derecha—Presenta una amputación congénita de la tercer falange del dedo medio y surco,

á la altura de la parte media de la primer falange del dedo anular.

La mano izquierda no presenta ninguna anormalidad.

Tratamiento.—El 6 de Noviembre de 1909, previa anestésica clorofórmica, se le reseca la parte posterior del anillo cicatricial que mantenía los músculos de la pantorrilla aislados de la porción superior de la misma. Se encuentra el paquete vascular envuelto por una membrana fibrosa muy cerca del hueso. La piel estaba adherida á esta capa fibrosa, después de extraer el anillo se sutura la piel. Curaciones secas y se cura á los ocho días.

Junio 9 de 1910.—La operación ha disminuido el tamaño del surco pero no se ha conseguido modificar la parálisis.

Enero 15 de 1910.—Se le reseca una parte que restaba del anillo en la parte antero-externa y desde entonces parece mejorar.

Observación XI

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS

DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

María Buffini, 11 años, argentina, domiciliada Gavilán 1815.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Nacida á término, parto normal. Criada á pecho en la primera infancia; no ha tenido ninguna enfermedad infecto-contagiosa.

Enfermedad actual.—Congénita; notando los padres al nacer que carecía de parte del miembro superior izquierdo.

Estado actual.—Niña en buen estado de nutrición; facies muy inteligentes y no presentando, á no ser su amputación del miembro superior izquierdo, ninguna otra anormalidad.

Miembro superior izquierdo.—Brazo bien desarrollado, articulación del codo y del hombro normales. Se nota una amputación en el tercio superior

del antebrazo, presentando un muñón de forma cónica con cicatriz umbilicada en su extremidad. La piel que lo recubre es normal.

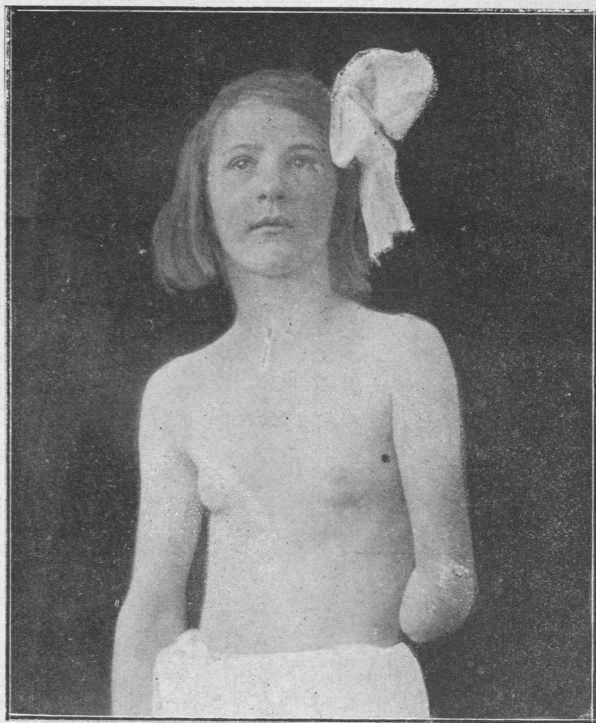


Fig. 20

El muñón goza de todos los movimientos y los ejecuta perfectamente. La palpación nos demuestra la articulación normal y las epífisis superior del cúbito y radio, lo que se comprueba con la radiografía.

Tratamiento.—El tratamiento de esta niña consistió en ejercitar los movimientos de su muñón

hasta que pudo conseguir en él un aparato protético (como se ve claramente en la fotografía).

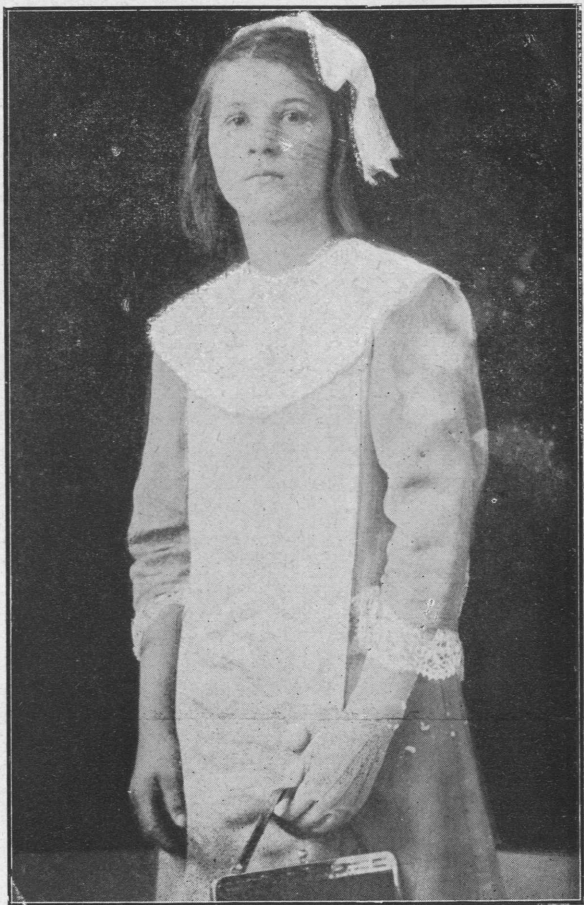


Fig. 21

Enero de 1913.—Se le coloca en el Hospital de Niños el aparato, y como se observa en la fotografía, la niña disimula bien su amputacion, mueve perfectamente su antebrazo y mano.

Observación XII

SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS

DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Roberto Ferro, 8 meses de edad y domiciliado en la Boca.



Fig. 22

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia. Tiene 6 hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales.—Nacido á término y parto normal. Ha sido criado con alimentación artificial, y no ha tenido ninguna enfermedad.



Fig. 23

Enfermedad actual.—Data de su nacimiento, notando la ausencia de parte de su pie derecho.

Estado actual.—En el pie derecho se nota falta del metatarso y dedos; parece estar atrofiado el tarso y en varus equino.

En la tibia y peroné de ambos lados no se observan ninguna anormalidad. La piel del muñón es lisa; hay cicatriz pequeña en el borde terminal del muñón, notándose dos pequeños apéndices redondeados sin uñas. A la altura del cuello del pie hay un surco profundo, de bordes lisos que va desde el borde interno del pie, hasta la parte posterior del mismo.

En el pie izquierdo se observa la ausencia de la última falange del 2.º, 3.º y 4.º dedo; hay sindactilia de estos dedos.

El resto del organismo no presenta ninguna anormalidad.

Observación XIII

SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS

DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Celia Cavanos, un mes, argentina, domiciliada en Buenos Aires.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Nacida á término, parto normal, está criándose á pecho por la madre.

Enfermedad actual.—Notaron los padres que al nacer la niña le faltaba parte de los dedos de la mano y presentaba surcos congénitos.

Estado actual.—La mano derecha nos presenta amputaciones de los cuatro dedos á la altura de la última falange, los que se encuentran unidos en una masa común, presentando una cicatriz terminal rosada y lisa.

La mano izquierda presenta el dedo pulgar libre; el dedo índice y medio amputados en la parte media de la segunda falange; el cuarto dedo con un surco

dorsal profundo y el meñique con surco también menos profundo.

El pie derecho presenta su esqueleto y su articulación normales.



Fig. 24

A la altura de un tercio inferior de la pierna derecha hay un surco profundo completo y circular que llega á seccionar las masas musculares, llegando á tocar casi el hueso, los bordes son libres, no presentando vellos ni pelos, existiendo sustancias sebáceas. Los movimientos no están muy bien conservados.

El pie izquierdo presenta dos surcos por encima de la articulación del cuello del pie, son poco profundos, separados uno de otro á dos centímetros más ó menos.



Fig. 25

Tratamiento.—Previa anestesia clorofórmica se disecciona los bordes de este surco, se extrae el anillo fibroso, se sutura la piel con seda. Cura por primera intención.

El niño ha mejorado y camina con más facilidad.

Observación XIV

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DOCTORES M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Jesús Fraga, 6 días, argentino, domiciliado en Belgrano, es traído al Consultorio externo del hospital.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Nacida á término. Parto normal. Está criándose á pecho de la madre.

Enfermedad actual.—Desde el momento de su nacimiento, la partera observó surcos profundos en el antebrazo y mano izquierda, lo mismo que en el pie izquierdo.

Estado actual.—El miembro superior izquierdo presenta en el tercio inferior del antebrazo un surco que estrecha las partes blandas y llega hasta los huesos.

Este surco es circular, completo, de bordes libres y redondeados. A dos traveses de dedo por debajo

de él obsérvase otro surco fibrinoso menos profundo.

El dorso de la mano y la parte por debajo del surco es el sitio de una lintomatosis. Los huesos del antebrazo son más cortos que los similares del lado derecho. La mano derecha está en posición de bot



Fig. 26

varus. El dedo índice está amputado, y en el sitio de éste se nota un muñoncito mamelonar. Hay braquidactilia de los dedos restantes; faltan las uñas del tercero y cuarto dedo.

En el miembro superior derecho no se observa anomalía alguna en el brazo y antebrazo. En la mano hay braquidactilia y sindactilia de los tres últimos dedos.

En el tercio inferior de la pierna izquierda existe un surco muy profundo, y los padres atestiguan que en el fondo de él había adherida una membrana que ya no existe.

El pie derecho está en bot varus congénito.

Tratamiento.—*Junio 30.*—Se le reseca una tercera parte del surco del antebrazo, y profundamente, por debajo del surco que forma la piel, se nota otro surco fibroso, al que también se le reseca.

Septiembre 13.—Se le opera* la sindactilia que unía el pulgar al dedo medio por el procedimiento de Zeller. Separación de los dedos, restablecimiento de la comisura mediante un colgajo dorsal; sutura de los bordes de la piel de los dedos y del colgajo con seda.

Octubre 6.—Se hace disección y se extirpa la porción externa del surco que circunda la pierna izquierda, en la unión del tercio medio é inferior. Sutura con seda.

Noviembre 17.—Extirpación de la porción interna del surco de la misma, reuniendo los bordes por sutura continua con seda. Curación. Vendaje.

Observación XV

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DOCTORES M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Remigio Correa, 11 días, argentino, domiciliado
Belgrano 3609.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Es traído al hospital por faltarle parte de los dedos y presentar surcos congénitos. El resto de su organismo no presenta nada de particular.

Estado actual.—En el pie izquierdo faltan la segunda y tercera falange del segundo y tercero dedo. Entre el dedo gordo y el segundo dedo, existe un surco profundo que separa la cabeza de los metatarsianos correspondientes.

Se observan las mismas alteraciones en el pie derecho. El surco es más marcado. Obsérvase una sindactilia del cuarto y quinto dedo.

Observación XVI

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DOCTORES M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Jacinto Marri, dos días, argentino, domiciliado
Soler 32, ciudad.



Fig. 27

Antecedentes hereditarios.—Toda la familia bien conformada y sana. Tiene 6 hermanos sanos.

Antecedentes personales.—Nacido á término y en parto normal. Les llamó la atención la falta del

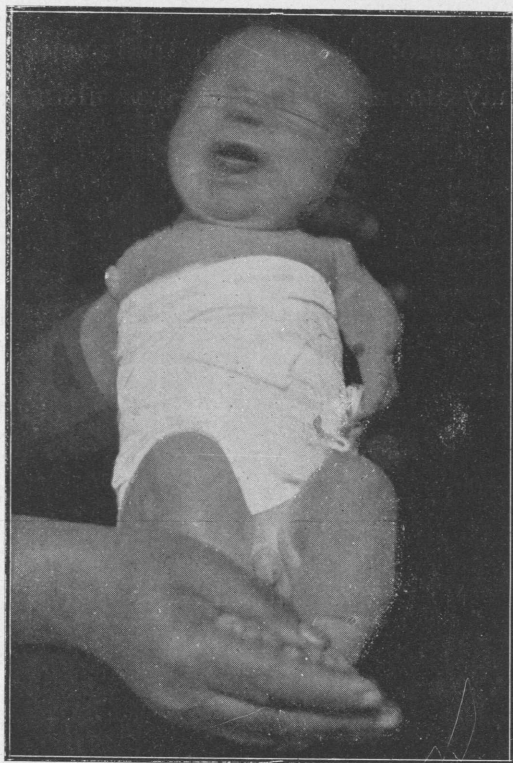


Fig. 28

miembro superior derecho, que la familia atribuye á una mala maniobra de la partera, pero investigando la causa, se constata que al nacer poseía en la extremidad superior, á la altura de la axila, un muñoncito que termina en una cicatriz.

El muñón está recubierto por piel normal, no doloroso á la presión.

Existe clavícula y omóplato; no así el húmero que falta por completo.

El miembro superior izquierdo presenta una anquilosis de codo; el antebrazo está recurvado y en la mano hay amputación de los tres últimos dedos.

Observación XVII

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DOCTORES M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Sara Caroselli, un mes, argentina, domiciliada Montevideo 40, ciudad.

Antecedentes hereditarios.—Abuelos y padres sanos. Tiene tres hermanos vivos, bien constituidos.

Antecedentes personales.—Nacido á término y en parto normal. Está criándose á pecho de la madre; no ha tenido ninguna enfermedad anterior.

Enfermedad actual.—Congénita. Los padres notan la falta de partes de algunos dedos de pies y manos.

Estado actual.—Niño bien nutrido. En la mano izquierda falta la última falange de los dedos índice y medio, estando unidos entre sí, dejando trazos de cicatriz.

En la mano derecha faltan las últimas falanges

de los dedos índice, medio, anular y meñique, llevando los dos primeros un apéndice cutáneo, y el conjunto de los cuatro dedos están unidos en una masa común.

El resto de su organismo normal.

Observación XVIII

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Juan E. Ginatassio, 14 días, argentino, domiciliado en Buenos Aires.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Parto normal y á término.

Enfermedad actual.—La madre asegura que el niño nació con amputación, surcos y pié bot.

Estado actual.—El pié derecho está en bot varus equino. La unión del tercio superior con el tercio medio de la pierna derecha, existe un surco bien neto, profundo, de bordes bien libres. En la pantorrilla se nota una atrofia de un centímetro con relación á la opuesta.

Se observa ausencia congénita de la mano izquierda notándose un muñón en forma de pilon, del que cuelga como apéndice, cuatro tubérculos pequeños

que representan rudimentos de dedos. A dos traveses de dedos por arriba de estos se nota un surco circular profundo.

En la mano derecha se observa amputación con-



Fig. 29

génita de las dos últimas falanges de los dedos medio, anular y meñique, estando estos dos últimos unidos (sindactilia). A la altura de la 2.^a falange del anular, hay un surco con ulceración de la piel que supura y presentándose esa parte ligeramente inflamada.

Tratamiento.—Se trata la úlcera por curaciones secas. Se deja al niño para operarlo cuando tenga un año de edad.

Observación XIX

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Juan Domingo Fernandez, 37 días, argentino, Magallanes 707, Ciudad.

Antecedentes hereditarios.—No hay datos de anomalías iguales á la que presenta el niño en sus antepasados ni en sus colaterales.

Antecedentes personales.—Padres sanos, primos en tercer grado. Hay dos abortos anteriores al enfermo. Hubo una hemorragia á los cinco meses no sintiéndose los movimientos del niño en esta época sino recién á los seis meses. El parto se presentó de vértice.

Estado actual.—La mano derechase presenta con solo 4 dedos, estando amputado el índice á la altura de la parte media de la primera falange, dejando una cicatriz en su extremidad terminal.

La mano izquierda está normal. En la pierna

derecha se nota la falta de peroné en el tercio inferior. La tibia presenta á la misma altura una cresta anterior saliente habiendo un surco que forma una cicatriz umbilicada de un centímetro de largo.

El pié de este mismo lado está en valgus y consta solo de tres dedos, de los cuales, los dos externos están en sindactilia y en el interno independiente tiene la forma de un pulgar.

El miembro izquierdo tiene unos 8 centímetros menos de largo que el derecho, su accertamiento se debe tanto al muslo como á la pierna.

Esta última no presenta cicatriz. El pié atrofiado está en talus valgus constando de dos dedos en sindactilia. Hay cicatriz en la parte que correspondería á los restantes.

Observación XX

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

C. Elneas, de tres meses de edad, argentino, dom-
miciliado en Bs. Aires.

Antecedentes hereditarios.—En la familia no ha
habido ningún caso de malformación.

Antecedentes personales.—Nacido á término, parto
normal, pesando 3 kilos 900 gramos, ha sido ali-
mentado á pecho de la madre.

Enfermedad actual.—Congénita. Notando la au-
sencia de parte del pié izquierdo.

Estado actual.—Bien nutrido y sano. Presenta
una amputación á la altura de la articulación carpo-
metacarpiana, terminando por un muñón recubierto
de piel sana, cicatriz en todo el borde libre anterior.
Los movimientos están muy bien conservados.

La Radiografía nos muestra perfectamente que la amputación está por encima de los metatarsianos, notándose el tarso normal y los huesos de la pierna y articulación normales también.

_____.



Fig 30



Fig. 31

Observación XXI

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS

DRES. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Ubalдино Eraucho, 12 meses de edad, argentino.

Antecedentes hereditarios.—Los antepasados no han tenido ninguna anomalía. Los padres son bien conformados y tienen dos hijos sanos y normales. No han habido abortos.

Antecedentes personales.—Nacido á término. Parto normal, criado á pecho hasta los tres meses, está alimentado artificialmente y se encuentra actualmente con gastro-enteritis.

Enfermedad actual.—Comenzó hace 8 días con vómitos, y desde ayer diarreas; además presenta un surco en su pierna derecha.

Estado actual.—Niño regularmente nutrido, coloración muy pálida de su piel, no presentando otra lesión sino en el miembro inferior derecho, á la altura del tercio inferior de la pierna un surco circu-

lar y muy profundo, llegando hasta las partes óseas. Los bordes son libres y lisos. Hay una atrofia de dos centímetros de diferencia en la circunferencia tomada á la altura de la pantorrilla y comparada con la pierna izquierda. En el pie del mismo lado hay sindactilia del 2.º y 3.º dedo y amputación congénita del dedo gordo, mostrándose una cicatriz pequeña y terminal.

Tratamiento.—Se le cura de su gastro-enteritis, y á los tres meses después se le opera su surco, disecando los bordes de éste, extrayendo el anillo fibroso y uniendo los bordes de la piel.

Observación XXII

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Jorge Díaz, argentino, un mes, es traído al con-

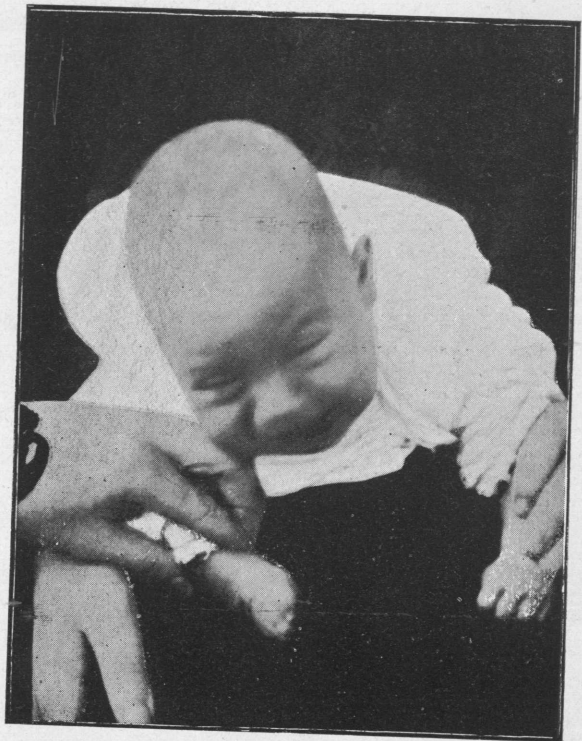


Fig. 32

sultorio externo del Hospital, porque dice la madre que ha nacido con los dedos mal conformados de su mano derecha.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Nacido á término y parto normal.

Estado actual.—El carpo y metacarpo de la mano derecha está completo.

Obsérvanse en las extremidades de los dedos índice, medio y anular surcos completos y profundos. El índice termina en un mamelón sin uña, y el meñique está amputado á la altura de la parte media de la 3.^a falange, dejando una pequeña cicatriz.

El resto de su organismo no presenta ninguna anormalidad.

Observación XXIII

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS

DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Carolina Focas, de 5 meses de edad, argentina.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Parto normal y á término.

Enfermedad actual.—Congénita, no presentando otra normalidad sino surcos y amputaciones.

Estado actual.—Mano izquierda, surco congénito del dedo anular por arriba de la articulación de la segunda con la tercera falange. Mano derecha, atrofica y apelotonada, el pulgar en aducción y adherida á la palma de la mano. Existe un surco vertical profundo que delimita la eminencia thenar.

El índice y dedo medio están atrofiados y hay surcos profundos al nivel de la parte media de la primer falange.

En la pierna derecha hay un surco á la altura del tercio medio inferior, este surco es profundo, total, circular, con bordes libres, dejando por debajo de él una atrofia de todo el resto de la pierna á un cen-

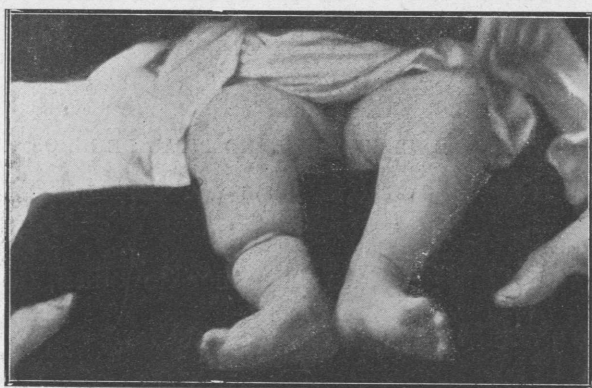


Fig. 33

tímetro comparado con la misma parte de la pierna izquierda.

El pie izquierdo tiene perfectamente todos los movimientos conservados, el dedo gordo con un surco completo á la altura de la parte media de la primer falange. Los otros cuatro dedos restantes sanos.

Observación XXIV

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS

DRES. M. CASTRO, M. VIÑAS Y A. COPELLO

Jorge Sans Valles, de 22 meses de edad, domiciliado en Capitán Sarmiento.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Parto normal y á término. Ha sido criada á pecho por la madre.

Estado actual.—Presenta en la mano derecha el dedo índice amputado á la altura de la última falange. La mano izquierda amputada en los dedos índice y anular, y surcos profundos del medio y meñique. El pulgar libre y sano.

El pie derecho presenta amputación de las falanges de los cuatro primeros dedos á la altura de la primer falange.

En el muslo izquierdo existe un surco perpendicular al eje del miembro, profundo, separando los músculos en la parte externa, circular, de bordes li-

bres y lisos. La parte por debajo de este surco está más atrofiada, de un centímetro de circunferencia en relación con la misma parte de la pierna derecha.

Observación XXV

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS

Felisa Cabrera, sala IV.

Antecedentes hereditarios y personales.—No se conocen.

Estado actual.—Presenta una amputación congénita del tercio superior del muslo derecho. La amputación termina por un muñón recubierto de piel normal, del tamaño del puño de un niño, movable, no doloroso, sin cicatriz. Por encima de este muñón existe un surco completo, profundo, llegando casi al hueso, de bordes separados, mucho más del lado interno que del externo. El resto del organismo normal.



Fig. 34

Observación XXVI

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
DE LOS DOCTORES M. CASTRO, M. VIÑAS Y C. COPELLO

N. N., argentina, de 8 años de edad. Se presenta al Consultorio de Cirugía del Hospital.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Nacida á término, parto normal. No ha tenido ninguna enfermedad, ha biendo sido criada en su primer infancia á pecho.

Estado actual.—Niña inteligente, en buen estado de nutrición, no presentando otra anormalidad que la de su miembro superior izquierdo.

A la altura del tercio superior del antebrazo existe una amputación que termina por un muñón recubierto de piel normal y que en su extremidad terminal presenta una cicatriz umbilicada, como se ve bien en la fotografía.

Los movimientos del muñón los ejecuta perfectamente. La radiografía nos muestra las epífisis superiores del cúbito, radio y articulación del codo del



Fig. 35

mismo lado, normal. A la presión no es doloroso el muñón.

Tratamiento. ---En este caso, teniendo la niña su muñón en perfecto estado, se le aconseja á la madre le coloque un aparato protético, pues, si bien es cierto que la niña se encuentra todavía en período

de crecimiento y que esto hará que dentro de un par de años posea su miembro amputado más corto



Fig. 36

que el sano, tendrá la ventaja de conservar mejor su muñón, disimulará la amputación y podrá ejecutar con su aparato las funciones de que carece.

CONCLUSIONES

1.^a Generalmente existen los surcos juntos con las amputaciones.

2.^a Se observan desde el simple surco hasta la amputación completa, pudiendo decirse que el surco es el comienzo de la amputación.

3.^a Los numerosos casos observados nos permiten afirmar la relación de causa á efecto entre la brida amniótica por una parte y el surco y amputación por la otra.

4.^a No presentan evolución activa; están definitivamente constituidos en el nacimiento y no aparecen jamás otros nuevos después del nacimiento.

5.^a No existe ninguna prueba que nos demuestre el origen trófico nervioso de los surcos y amputaciones congénitas.

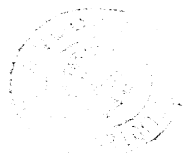
6.^a Por el contrario, el origen exterior mecánico de los surcos y amputaciones, ha sido demostra-

do por el examen anatómopatológico, por su carácter definitivo, por sus relaciones con bridas amnióticas, que es la causa netamente constatada.

7.^a La admitimos porque está basada en la experimentación; en la teoría de Dareste, que explica todas las malformaciones congénitas debidas á la compresión del embrión por los capuchones amnióticos.

8.^a El resultado de las operaciones practicadas en que se extrae el anillo fibroso que estrangula el miembro, nos demuestra una lesión inactiva y no una lesión nerviosa, siempre tenaz y recidivante.

FÉLIX J. LICEAGA.



Buenos Aires, Junio 13 de 1914

Nómbrese al señor Consejero Dr. José Arce, al profesor titular Dr. Pascual Palma y al profesor suplente Dr. Carlos Robertson para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes.»

L. GÜEMES

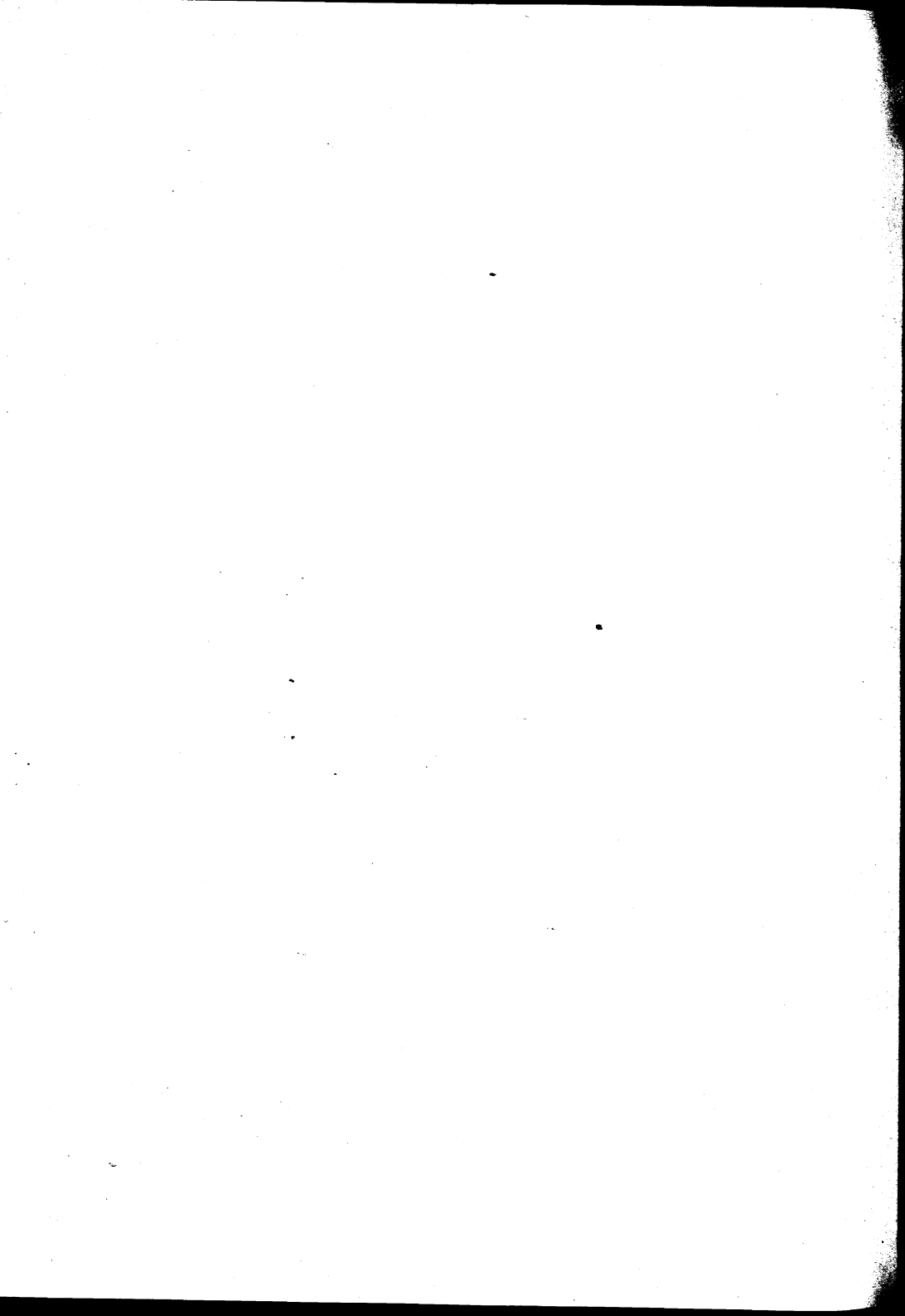
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Junio 24 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2844 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Etiología de las amputaciones congénitas.

José Arce.

II

Relación entre las amputaciones y malformaciones congénitas.

Pascual Palma.

III

Criterio que debe guiar el tratamiento.

Cárlos Robertson.

BIBLIOGRAFÍA

P. Broca.—Bulletin Soc. Anatomique, 1851, pag. 250 y Bulletin Soc. Anatomique de 1890.

Bar.—Contribution à l'étude des amputations congénites. (Paris, 1892).

Comby.—Amputations congénitales. (Grancher y Comby) Traité des maladies de l'enfance. T. V, pag. 177.

Cranwell Daniel J.—Amputacion congénita de ambos muslos. Sociedad Médica Argentina. Tomo X, pag. 866.

Dubois.—Bulletin de l'Académie de Médecine (1847), pag. 991.

De Brun.—Article des amputations de la pratique dermatologique.

Dareste.—De la production des monstruosités.

Duval.—Société d'Antropologie, 1880.

Guemot.—Sobre el rol del amnios en las malformaciones congénitas. Tesis de París, 1912.

Griesel P.—Amputations congénitales et sillons congénitaux. Revue d'Orthopédie, 1903, p. 72, et 139.

Hoff.—Wierk auflage, 1909.

Hovorka.—Ueber spontan amputations (Zeit. f. orth. Chir. T. XV, p. 40).

Kirmisson E.—Maladies chirurgicales d'origine congénitale. Paris, 1898.

Kirmisson E.—Amputation congénitale de la jambe gauche, sillon profond de la jambe droite, syndactilie de la main gauche, malformations des orteils. Revue d'Orthopédie, 1900, p. 67. 1989, p. 271.

Levasseur C.—Des amputations congénitales et des sillons congénitaux. Thèse de Paris, 1903.

Lefrevost.—Gazette Médicale de Paris, 1889.

Lannelongue.—Academia de Medicina, Noviembre 1872.

Le Clerc.—Année Médicale de Caen, 1001, p. 102.

La Pratique des maladies des enfants. T. VII et VIII Paris, 1913.

Maher.—Journ. of the Amer. Med. Assotiation, 31 Août 1901.

Moreau.—Bulletin Anatomique, 1847. Vol. 22, p. 395.

Pichaud.—Thèse Dunas. Bordeaux, 1890.

Recliés.—Bulletin de la Société de Chirurgie, 1889.

Bassetter A.—Amputations congénitales, sillons congénitaux et pieds bots. Revue d'Orthopédie, 1908. T. IX, p. 45 à 68.

Broussole.—Revue des maladies de l'enfance, 1890.

Rousseau.—Contribución al estudio de las bridas congénitas de los miembros. Tesis de 1901.

Relación del Profesor Kirmisson sobre dos casos de malformaciones, presentada á la Sociedad Ginecológica por M. Rudaux en Abril 1902.

Roblot B.—La syndactylie congénitale. Paris, 1906,

Thérèse.—Bulletin de la Société Anatomique, 1890 (5.^e serie. T. IV), p. 473.

Vigot.—Année Médicale de Caen. Mai 1902, p. 71.

Villemin.—Thèse Rousseau. Paris, 1901.

Variot et Chicotaut.—Journal de Chirurgie et Thérapeutique Infantile, p. 889.

Wenzel Gruber.—Archives de Médecine, 1869, p. 598.

Walkinson.—London Medic, and Phys. Sciences, 1832.

