



N.º 2831

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO DE LAS ARTRITIS TUBERCULOSAS

LA CONDRÓ SINOVECTOMIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICOLÁS FASULINO

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Vecinal José M. Bosch (1911);

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Torcuato de Alvear (1912—1913—1914)

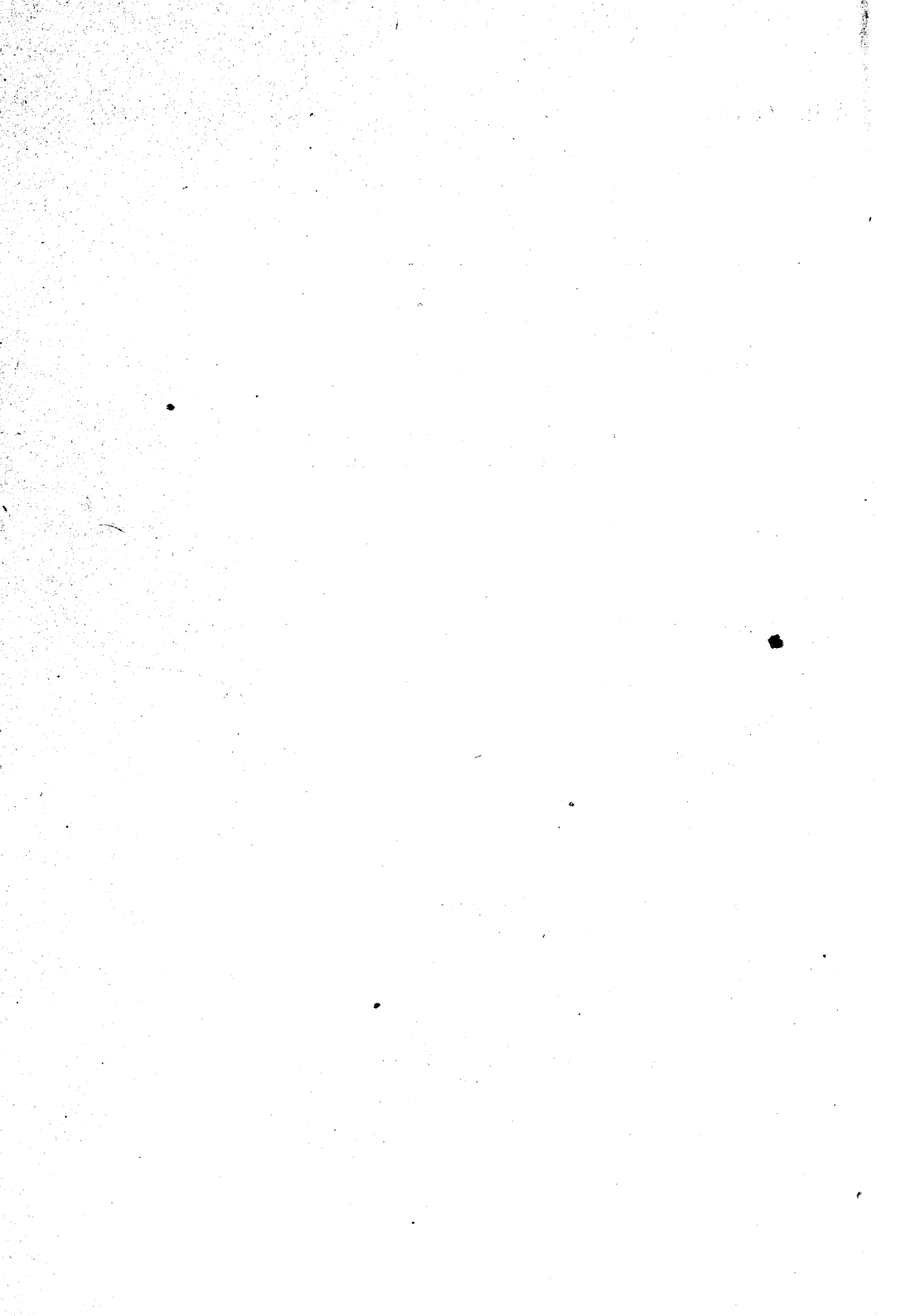
BUENOS AIRES

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

845 — Junín — 863

1914





TRATAMIENTO DE LAS ARTRITIS TUBERCULOSAS

LA CONDRO-SINOVECTOMIA

Año 1914

N.º 2831

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO DE LAS ARTRITIS TUBERCULOSAS

LA CONDRO SINOVECTOMIA

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICOLÁS FASULINO

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Vecinal José M. Bosch (1911)

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Torcuato de Alvear (1912—1913—1914)



BUENOS AIRES

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

845 — Junio — 863

1914

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 ETCHEPAREBORDA
- » » 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 DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUÍN 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.....	» TELÉMAGO 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
» Pediatría.....	» ÁNGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

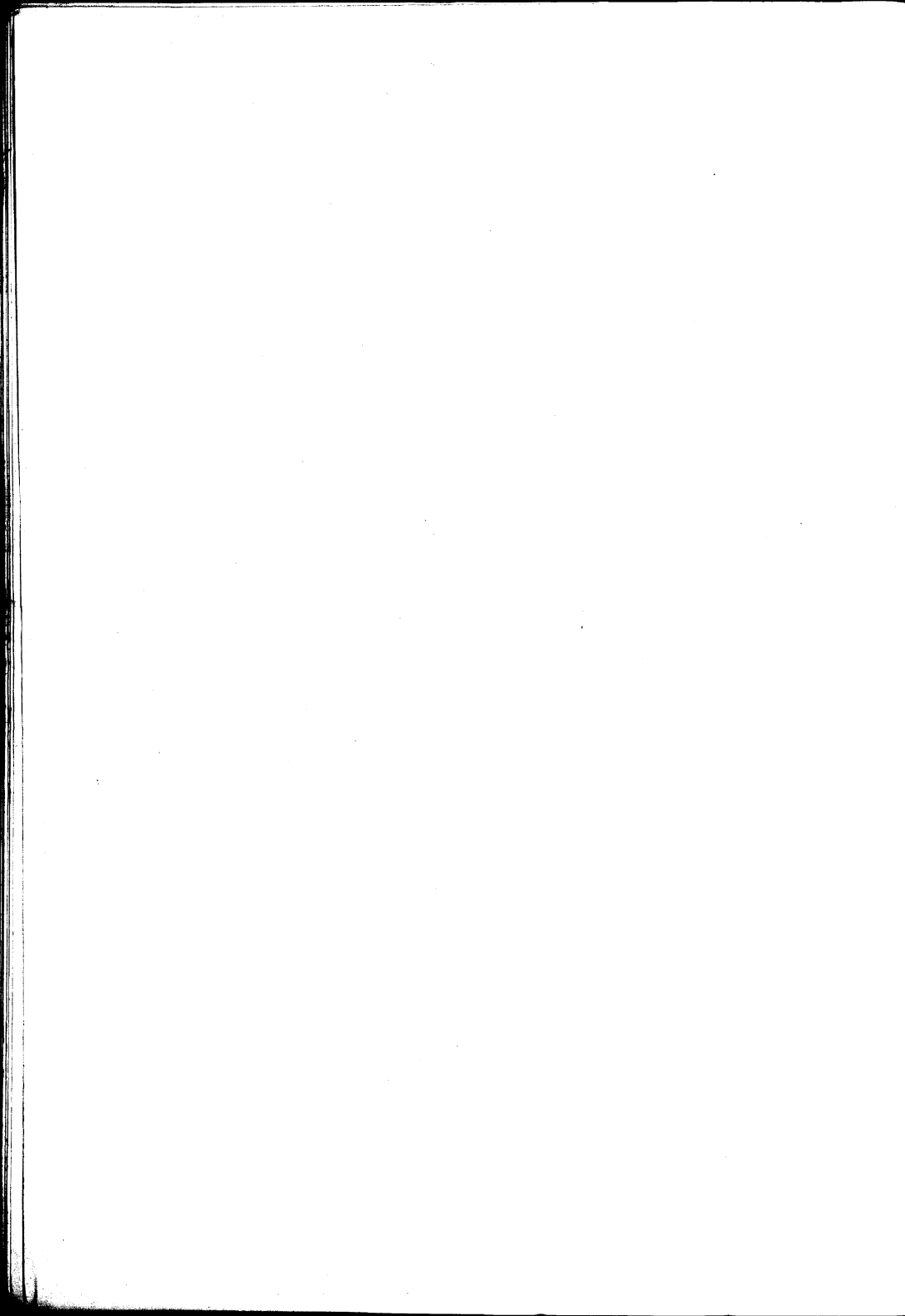
Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO 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
	{ » MANUEL V. CARBONELL
Semiología.....	{ » CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica.....	{ » ROBERTO SOLÉ
	{ » CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica.....	{ » JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia....	{ » JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria.....	{ » PEDRO CHUTRO
Patología externa.....	{ » CARLOS ROBERTSON
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica..	{ » NICOLÁS V. GRECO
	{ » PEDRO L. BALIÑA
» Génito-urinaria.....	{ » BERNARDINO MARAINI
	{ » JOAQUIN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica....	{ » FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	{ » PEDRO LABAQUI
	{ » LEÓNIDAS JORGE FACIO
Clinica Oftalmológica.....	{ » ENRIQUE DEMARÍA
	{ » ADOLFO NOCETI
» oto-rino-laringológica..	{ » JUAN DE LA CRUZ CORREA
	{ » MARCELINO HERRERA VEGAS
	{ » JOSÉ ARCE (en ejerc.)
» Quirúrgica.....	{ » ARMANDO MAROTTA
	{ » LUIS A. TAMINI
	{ » MIGUEL SUSSINI
	{ » JOSÉ M. JORGE (H.)
	{ » LUIS AGOTE
	{ » JUAN JOSÉ VITÓN
	{ » PABLO MORSALINE
» Médica.....	{ » RAFAEL BULLRICH
	{ » IGNACIO IMAZ
	{ » PEDRO ESCUDERO
	{ » M. R. CASTEX
	{ » PEDRO J. GARCÍA
	{ » MANUEL A. SANTAS
» Pediátrica.....	{ » MAMERTO ACUÑA
	{ » GENARO SISTO
	{ » PEDRO DE ELIZALDE
	{ » JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	{ » TORIBIO PICCARDO
	{ » OSVALDO L. BOTTARO
	{ » ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
	{ » ALBERTO PERALTA RAMOS »
» Obstétrica.....	{ » FAUSTINO J. TRONGÉ
	{ » JUAN B. GONZALEZ
	{ » JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina Legal.....	{ » JOAQUIN V. GNECCO

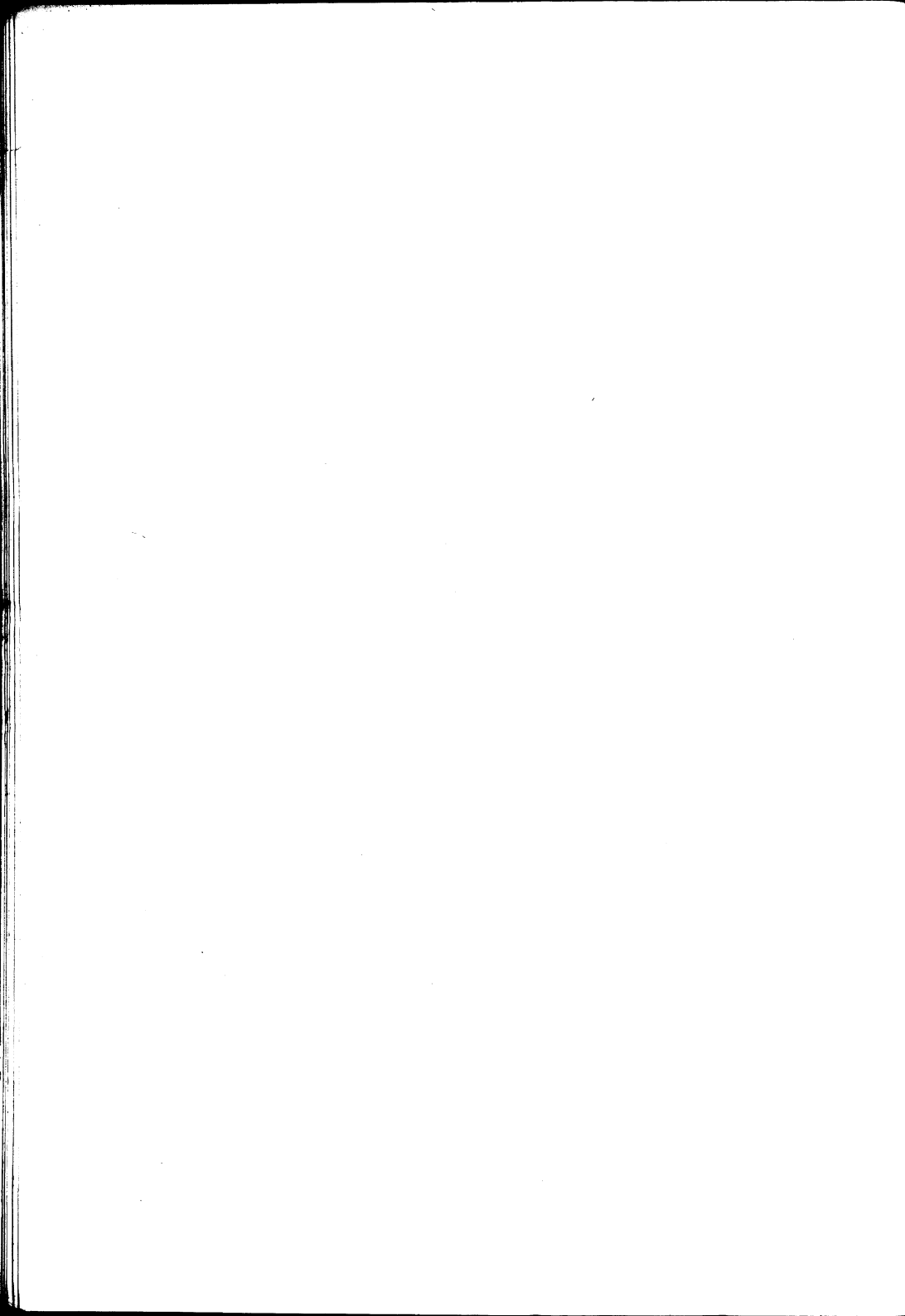


ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Petánica 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	DR OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	DR. FANOR VELARDE

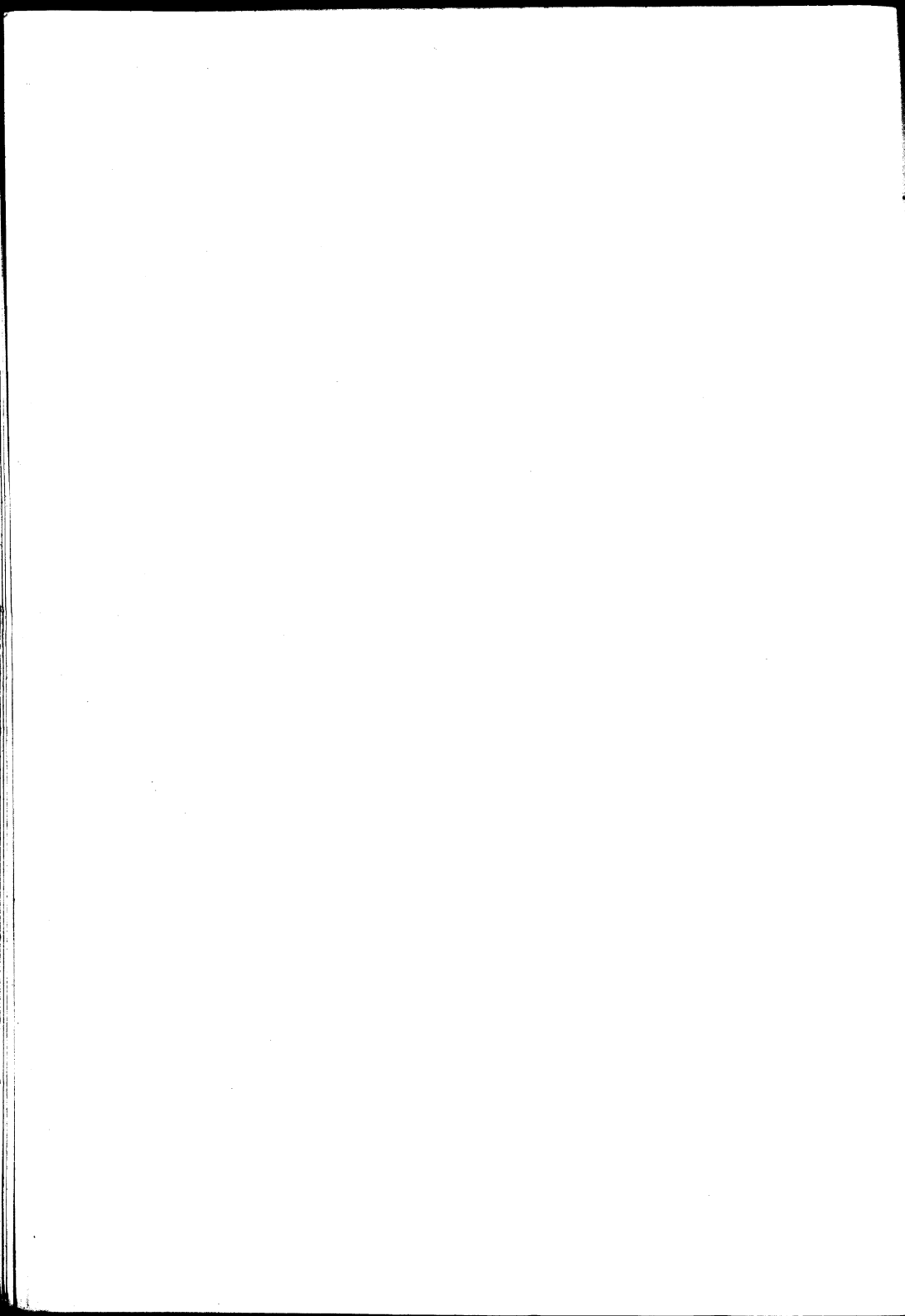
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	» J. C. LLAMES MASSINI

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



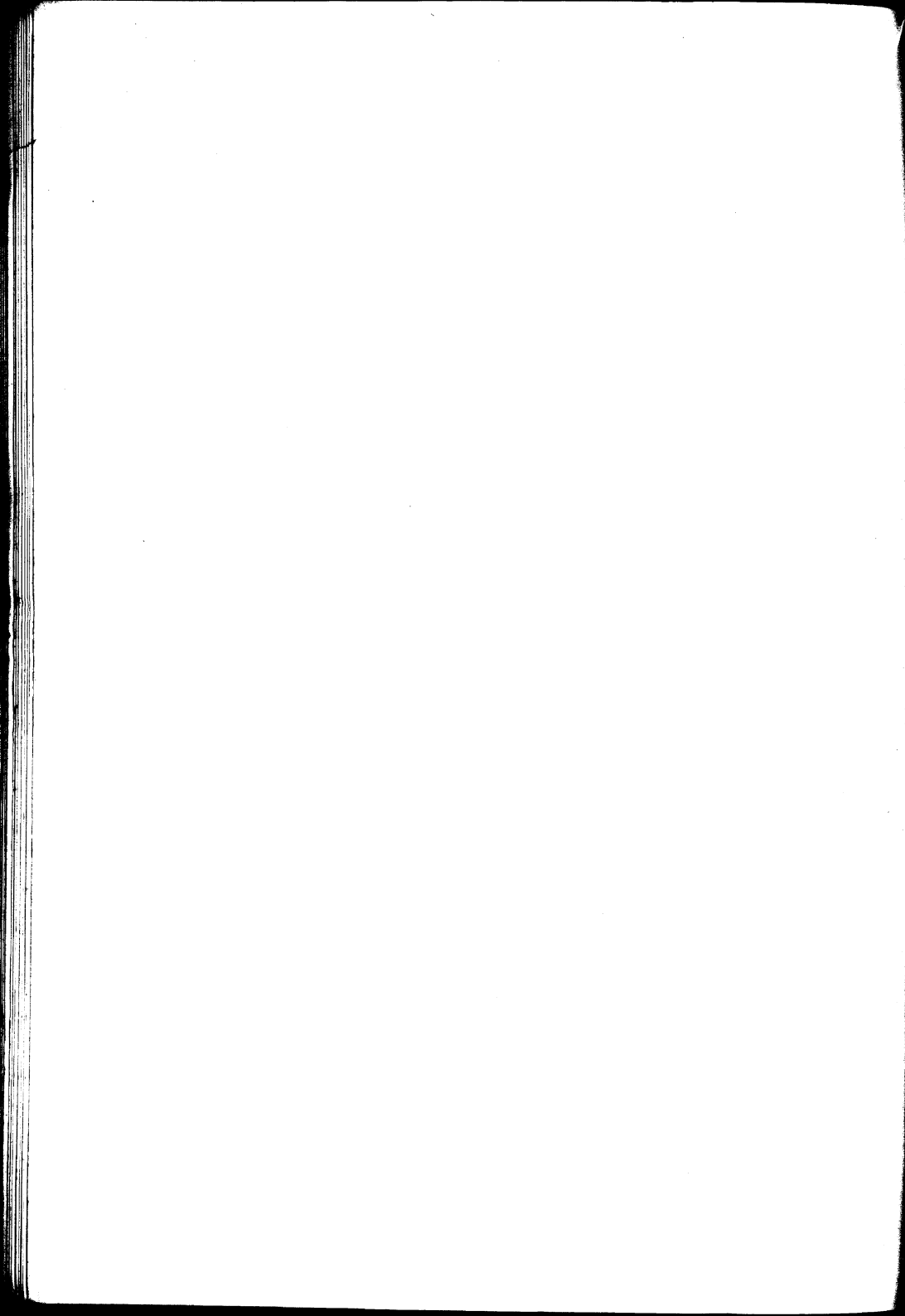
PADRINO DE TESIS

DOCTOR LUIS E. PAGLIERE

Jefe del servicio de vías urinarias del Hospital Italiano
Cirujano de la Sala segunda del Hospital «Torcuato de Alvear»



A MIS PADRES



A MIS HERMANOS



AL DOCTOR JOSÉ A. VIALE

Director del Hospital Alvear
Jefe de la Sala segunda de Cirugia del mismo Hospital



A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE INTERNADO
DEL HOSPITAL ALVEAR



A MI COMPAÑERO DE ESTUDIOS Y BUEN AMIGO

DOCTOR AGUSTIN BERISSO

A MIS AMIGOS LOS DOCTORES:

ERNESTO ACCAME

ENRIQUE PASQUÉS

FRANCISCO A. FAZIO

VICENTE S. MARTINI

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Es justo y correcto que al retirarse de una casa donde se ha permanecido tantos años, se agradezca las atenciones recibidas. En esta situación me encuentro yo, hoy que me marcho de esa gran casa que llamamos Facultad de Medicina y donde entramos mitad hombres para retirarnos después de 7 años, hombres preparados para la vida.

Siendo la cifra de profesores tan numerosa, resultaría hasta pesado que los nombrase en particular á cada uno, por eso es que me limito á agradecer á todos ellos, los conocimientos que en una forma ó en otra me han transmitido, conocimientos que se completan en el Hospital al lado de otros maestros á quienes incumbe enseñar su aplicación, contribuyendo así á redondear y completar la cultura médica.

Es por esto que la ocasión ha llegado de agradecer, fuera de mis profesores titulares, á aquellos que he encontrado en el Hospital.

Al Doctor José A. Viale que como Director del Hospital Alvear y Jefe de la Sala 2.^a admiro y estimo; quien poco tiempo después de ser su practicante ya me dispensaba atenciones de amigo, título que el da cariñosamente á sus allegados por poco que le merezcan, muy pronto me dí cuenta que el Dr. Viale pertenece á esa raza de hombres fáciles de conocer por que lo llevan todo consigo mismo, no pueden ni saben ocultar nada, y bien, es á este hombre á quien debo hoy poderme iniciar en la vida de trabajo, aplicando los conocimientos que el supo enseñarme en forma tal, que lo aprendido hoy, no se olvida mañana, todo en forma llana y lisa, sin rodearlo de misterios y exageraciones tan frecuentes en los que enseñan y que tan mala impresión causan en el espíritu de quien aprende. En honor á la verdad esta forma de enseñar puedo hacerla extensiva á los demás médicos de la sala, al Dr. Pagliere á quien debo tanto y al Dr. Nicolini que como los demás han usado conmigo tantas atenciones que francamente, no me merezco.

Al Doctor Guillermo Andreu Director del Hospital Vecinal «José M. Bosch» y á los médicos internos del Alvear Doctores Acosta, Coni Bazán, Barceló y Cassinelli mi sincero reconocimiento por la amistad y confianza que me dispensaron.

A mis compañeros de internado del Hospital Alvear con quienes compartiendo sus alegrías y tristezas he pasado tan bellos momentos y cuyo recuerdo será un rayo de sol en los días grises de mi vida.

CAPITULO I

ETIOLOGIA

La etiología de las osteoartritis tuberculosas es la de todas las lesiones tuberculosas en general, la infección por el bacilo de Koch.

Causa predisponente, la herencia, no tuberculosa sinó de la predisposición, esta, por otra parte, puede ser adquirida. En la etiología figuran todas las causas de contagio, en los niños se sabe que fiebres eruptivas como el sarampión, escarlatina, viruela etc., abren la vía á la infección pulmonar ó articular.

Lewis Sayre, cita siempre al traumatismo en todos los casos de tumores blancos.

Max Schuller en sus célebres experimentos trató de demostrar la influencia del traumatismo en la localización de las artritis tuberculosas, y para esto tuberculiza-

ba sus animales de experimento, inyectándoles esputos tuberculosos y fragmentos pulmonares en estado de caseificación, en la tráquea; traumatizaba espontáneamente una ó varias articulaciones, no tardando en sucumbir con artritis supuradas y absesos viscerales múltiples.

A pesar que estas experiencias parecían corroborar lo que con bastante frecuencia se ve en la clínica, es decir artritis tuberculosas consecutivas á traumatismos de la articulación, estas experiencias fueron combatidas por Launelongue y Achard, y en efecto, las artritis que producía Max Schuller eran artritis sépticas, puesto que las experiencias no fueron hechas con cultivos puros. Además cuando se usan productos muy virulentos ó en gran cantidad, lo que se obtiene son granulias agudas, cuyas localizaciones sinoviales no demuestran otra cosa que una localización en la generalización del proceso; y por último como lo han demostrado Courmont y Dor, en los animales tuberculizados, que sobreviven largo tiempo suelen aparecer artritis tuberculosas sin necesidad de traumatismo.

Aparte de todo esto, Friedrich, Lannelongue y Achard no han conseguido producir artritis tuberculosas típicas inoculando cultivos puros y traumatizando las articulaciones y en cambio Courmont y Dor, lo conseguían con cultivos débiles y espontáneamente, sin traumatismo. Friedrich y Housell, las obtienen, pero, en las no traumatizadas.

A pesar de estos experimentos tan contradictorios es

imposible negar la influencia del traumatismo, no como causa etiológica pura, localizando la infección en el sitio traumatizado, sino agravando y revelando una infección ya localizada y latente como demostró Petrow que observó 14 veces en 26 cobayas tuberculizadas, la existencia de lesiones tuberculosas en las epífisis ósea, sin que el tejido reaccionara á la infección, lo que demuestra que la infección puede permanecer latente sin que signos clínicos apreciables la pongan en evidencia, si en estas condiciones un traumatismo cualquiera agrava la lesión, entonces, aparecerán signos reveladores y será manifiesta.

Petrow demostró también que inoculando en varias articulaciones productos tuberculosos quedaban, localizados á la cápsula ó en los ligamentos en las no traumatizadas y en las que sufrieron traumatismos, la infección se propagó á los cartílagos y á los huesos.

En la clínica la causa etiológica del traumatismo parece evidente. En las observaciones que presento casi todos me han dado antecedentes de traumatismo algunos, después de éste han evolucionado directamente hacia la artritis tuberculosa, en otros después de declinar el proceso á que dió lugar el golpe ó la contusión, un tiempo después han presentado un tumor blanco. Ciertamente es que el antecedente de traumatismo hay que tomarlo siempre con cierta reserva, puesto que es fácil que en sus antecedentes encuentren siempre un traumatismo á quien le atribuyen la causa del proceso, pero indudablemente no deja de tener su influencia no en el valor absoluto que

quería darle Max Schuller que pretendía demostrar que este fijaba por el mecanismo de la hemorragia ó de la embolia al bacilo circulante, creando un foco de tuberculosis en un punto anteriormente sano, sino que tiene su influencia porque despierta ó agrava un foco tuberculoso que ya existe en estado latente.

Muchos enfermos afectados de artritis tuberculosa tienen antecedentes tuberculosos, pero en otros no existe tal cosa, ¿se trata en este caso de una afección primitiva y local?

La mayoría de los cirujanos y patologistas están de acuerdo, teniendo en cuenta que el número de afecciones óseas y articulares aisladas, es muy débil, que no existen como afecciones primitivas.

La observación *in vivo* no permite dilucidar la cuestión, si tenemos en cuenta que los focos de infección que pueden dar lugar á metástasis pueden ser muy pequeños y hasta casi curados, no dando lugar á manifestaciones clínicas, un simple ganglio que ha sufrido la degeneración caseosa puede dar lugar á metástasis.

König refiere que en 67 autopsias efectuadas en individuos que habían sufrido amputaciones, resecciones, etc., por tuberculosis óseas y articulares, en 14 no se encontraron focos antiguos que pudieran considerarse como causa de la tuberculosis ósteo articular. Queriendo admitir como exactos los resultados de las autopsias, hay una quinta parte de enfermos que no presentan otra localización de la enfermedad.

Pero si tenemos en cuenta que en las autopsias un pequeño foco tuberculoso pulmonar, ganglionar, etc, es tan fácil que pase desapercibido, encontramos que la proporción es aún mucho menor.

Como causas predisponentes locales, los autores citan la estructura de las epífisis, siendo las más esponjosas las más fácilmente atacadas de tuberculosis, como ser la cabeza humeral, las tuberosidades de la tibia, cóndilos femorales, olécrano, etc.

Mauclair basándose en las estadísticas de Kœnig, Ollier, Lannelongue llega á las conclusiones siguientes: 1.º En una articulación la tuberculosis se desarrolla en la epífisis que es más comprimida en el funcionamiento del miembro. 2.º La tuberculosis se desarrolla en la epífisis más fértil y que es la que está más vascularizada. 3.º La tuberculosis se desarrolla en la epífisis que primero aparece. Este mismo autor concluye que es el hueso y la articulación más móvil, la más traumatizada fisiológica y patológicamente, que más á menudo están atacadas de ósteo tuberculosis.

CAPÍTULO II

ANATOMIA PATOLÓGICA

Historia.—Tan antiguas como la humanidad, estas lesiones fueron seguramente descriptas por Hipócrates que comprendió en una, todas las lesiones articulares, ulcerosas, fungosas, supurativas é hipertrofiantes. Asclepiades atribuye la luxación espontánea de la cadera á una producción carnosa de las articulaciones.

A mediados del siglo XVII Wesemann admite la naturaleza escrofulosa de las artritis tuberculosas denominadas por él «tumor blanco» expresión clínica que traducía el aspecto de la articulación tumefacta. Más tarde Reymer, Brambilla y Delpech introducen la denominación de fungus articular que solo expresaba una forma anatómica de la artritis tuberculosa.

Lisfranc demostró en una série de notables trabajos, la

analogía de las granulaciones tuberculosas del tumor blanco con las del pulmón, haciendo notar al mismo tiempo que el traumatismo era una causa determinante que fijaba en la articulación el agente mórbido existente en la economía.

En 1836 Nélaton en una descripción que es clásica, describió las formas de tuberculosis ósea enquistada y la infiltración tuberculosa.

Pero es á Bonnet sobre todo, que en este período hace progresar realmente la patogenia de los tumores blancos sustituyendo esta denominación por la de artritis tuberculosa, dividiéndolas en tres categorías: artritis fungosas, tuberculosas y absceso frío-articular.

Con Virchow en 1845 tenemos un segundo período ó de retroceso en que se exigía la granulación gris, como etiqueta de todas las lesiones tuberculosas y dado que esta forma anátomo-patológica es rara, la tuberculosis articular fué puesta en tela de juicio, teniéndose únicamente por tal la sinovitis miliar. En esto período que duró más de veinte años se mantuvo la dualidad entre la carie y la tuberculosis ósea, hasta que Koster describió el folículo tuberculoso en las fungosidades sinoviales y óseas volviéndose entonces á las antiguas ideas.

Roux trata de demostrar la existencia de la artritis tuberculosa por inoculación de productos sinoviales, Max Schuller con sus célebres experimentos tendientes á demostrar la influencia del traumatismo, llama la atención

en la correlación de las tuberculosis pulmonar y la de las articulaciones.

Por último, en el cuarto período ó período microbiano en que fué descripto el bacilo de Koch en las articulaciones y la inoculación según el método de Villemin, cerró todas las discusiones al respecto.

Esto es á grandes rasgos, los períodos porque pasó el estudio anatómo-patológico de las artritis tuberculosas.

Es necesario considerar las lesiones óseas y sinoviales.

Lesiones óseas.—En el hueso, las formas de tuberculosis que más frecuentemente se presentan son las circunscritas; formadas por focos de dimensión variable que alcanzan hasta el tamaño de una avellana; el tejido óseo vecino al reaccionar le forma una verdadera capa limitante tapizada de fungosidades, en el interior de este foco se encuentra un tejido rojo grisáceo, ó amarillento y á veces ya con transformación caseosa; no es más que una caverna tuberculosa como dice Lannelongue.

Al aplastar bajo los dedos el contenido de estas cavernas, se siente una especie de crepitación debido á las pequeñas trabéculas óseas necrosadas que se rompen. Otras veces se encuentran secuestros más ó menos voluminosos resultado de la necrosis producida por la infiltración tuberculosa, limitados por una zona rojiza de fungosidades y otras veces casi pegados á la pared, tienen la forma de

una cuña con la base dirigida hacia la articulación. La particularidad de estos secuestros es la de permanecer durante muchos años sin supurar y siendo perfectamente tolerables.

La evolución de estos focos óseos puede hacerse hacia la curación; un tejido escleroso substituye á las fungosidades, los secuestros pequeños pueden reabsorberse espontáneamente ó enquistarse. Si los secuestros son algo voluminosos, sin ser imposible su curación, es necesario no contar con la curación espontánea ni con ninguna medicación interna sino con las maniobras quirúrgicas (Koenig).

En cuanto á la transformación fibrosa de los focos tuberculosos, hay que tener en cuenta que muchas veces puede quedar en su interior un pequeño foco latente que trae después de un tiempo variable, la recidiva.

Contrariamente á esta tendencia hacia la transformación fibrosa puede evolucionar hacia el resblandecimiento, la fusión caseosa y la supuración.

Las formas difusas.—Ya más graves son frecuentes en los casos en que la tuberculosis se complica con supuración y sobre todo si esta es abierta.

Constituye la casi totalidad de las caries de los antiguos autores. Se caracteriza por la falta de limitación, y su tendencia á invadir; aquí, los tejidos vecinos no le forma una capa limitante que proteja á los tejidos vecinos contra invasión del proceso, como sucede en las formas

circumscripciones. La infiltración tuberculosa infiltra toda una epífisis y aun si la cantidad de tejido afectado es pequeño no hay un límite entre el tejido sano y el enfermo.

Entre estas formas difusas se encuentra la caries seca que se observa á veces en la cabeza humeral y descripta por Wolkmann.

Este proceso determinado por brotes fungosos que corroen el hueso dándole un aspecto anfractuoso, en que los huecos están separados por trabéculas aun sanas y que concluirán por reabsorberse, aumentando así el tamaño de las cavidades. Este proceso continúa hasta que solo queda un tronco hueco y aun nada. Las fungosidades forman un tejido retractil. La cápsula se retrae aplicando la cabeza humeral deformada contra la cavidad glenoidea. La deformación y la atrofia del hueso es la característica del proceso.

Contrariamente a esta forma Koenig ha descrito una caries carnosa caracterizada por la exuberancia de las vegetaciones, observada también en el hombro. Esta variedad ha sido llamada sarcomatoide dado el parecido. Constituída por una masa blanda carnosa que se extiende hacia diáfisis y que hace procidencia á través de la cabeza humeral en vías de destrucción, está sembrada de granulaciones tuberculosas. Al cortar una epífisis afectada de caries carnosa se observa que está reducida á una cáscara frágil que se hunde bajo el dedo y llena de masa blanda carnosa antedicha y la diferenciación con un sarcoma se hace á veces difícil.



Lesiones sinoviales.—Desde la sinovitis congestiva, simple inflamación sinovial, hasta el absceso frío articular, pueden encontrarse las formas de sinovitis más variadas y más ó menos graves.

Sinovitis miliar ó granulia, que puede ser primitiva ó secundaria, no es más que una *poussée* tuberculosa análoga á la que tiene lugar en todas las demás serosas, pleura, peritoneo, etc.; no revela más que una localización en la generalización del proceso. La sinovial se encuentra de color rojizo y sembrada de granulaciones tuberculosas. Esta forma de sinovitis ha sido conocida después de los trabajos de Cornil, Laveran y Lannelongue; el derrame, la fiebre y el estado general llaman la atención en esta forma de sinovitis.

Sinovitis fibrosa.—Forma rara y benigna de artritis tuberculosa; su naturaleza fué discutida durante mucho tiempo. Las fungosidades en esta forma de sinovitis son muy raras y la supuración falta generalmente; es una afección que evoluciona hacia la curación espontánea, debido á que la producción excesiva de tejido fibroso ahoga, por decir así, las formaciones tuberculosas.

En esta forma podemos incluir la sinovitis tuberosa de Koenig, caracterizada por la producción de espesamientos y nudosidades, en la sinovial; verdaderos fibromas tuberculosos, son formas degenerativas de tubérculos.

M. Le Bec cita un lipoma arborescente tomado por una osteoartritis tuberculosa. Gangolphe y Mauclair creen

que se trata de formas tuberculosas en vías de curación ó ya curadas. Se caracterizan por la formación de una membrana fibro-adiposa, en el espesor de la cual se han encontrado granulaciones tuberculosas.

Sinovitis á granos riciformes.—En 1876, Hoffmann supone la naturaleza tuberculosa de las sinovitis á granos riciformes; el primer trabajo notable sobre este asunto, fué hecho por Ranke en 1877. Nicaise Poulet y Vaillard establecen incontestablemente su naturaleza tuberculosa tan discutida anteriormente.

Al incindir una articulación afecta de granos riciformes, se derrama una cantidad de líquido cuya inoculación no ha dado ningún resultado, de color amarillento, viscoso y cuya cantidad está en relación inversa á la de granos riciformes.

Estos son de forma ovoide, aplanados, adelgazados en su borde, espesos en el centro; su forma se compara á pepitas de melón; blancos, opalinos, se parecen al arroz cocido; su volumen varía desde un grano de mijo al de un poroto.

Estos granos están adheridos (los que no se han desprendido ya y caído en la cavidad) á la sinovial, lisa pero engrosada y de consistencia lardácea que cruje bajo el cuchillo. A esta sinovial se le consideran tres capas, en las que se encuentran granulaciones tuberculosas; en la capa media vascular, los vasos se encuentran atacados de periarteritis y de endoarteritis obliterante.

La producción de los granos sería debida, según Velpeau á la coagulación de la fibrina después de una hemorragia. Virchow cree que son productos de un brote activo de la pared; para Nicaise Poulet y Vaillar, serían debidos á la necrosis coagulante de los elementos más internos de la capa interna.

La sinovitis á granos riciformes comienza por la sinovial, y á ella se localiza durante mucho tiempo; es, por lo tanto, de evolucion lenta y puede durar varios años; pero, á pesar de las apariencias, suele agravar, á pesar de haberse dicho que es una tuberculosa atenuada, es necesario estar prevenido, puesto que abandonada así mismo puede evolucionar hacia una artritis fungosa, como puede también recaer después de un tratamiento conservador ó la simple artrotomía.

Sinovitis fungosa.—Es la forma más importante de sinovitis tuberculosa por ser la más común y al mismo tiempo la más compleja en sus lesiones.

Llamada así por la producción de una capa generalmente uniforme de fungosidades que tapiza la sinovial engrosada que se convierte en una verdadera capa tuberculógena. En esta sinovial espesada se distinguen tres capas: 1.º, la más interna, la verdadera sinovial, que se ha vuelto fungosa; 2.º, la capa subsinovial ó vascular, y 3.º, la capa lardácea, constituida por tejido conjuntivo y adiposo que limita las lesiones tuberculosas.

La capa interna, constituida, como ya he dicho, por la

sinovial tapizada por las fungosidades, mamelones blanduzcos, aptos para la fusión caseosa y que se echan en la cavidad, diseminando las lesiones.

Dispuestas á modo de vellosidades, forman en su conjunto una superficie granujienta é irregular. Esta masa se deja desprender fácilmente; la vascularización, adherencia y consistencia es mayor en la periferia que en el centro, donde sufren la degeneración caseosa. Su coloración depende de la vascularización; por lo tanto, se pueden encontrar desde las fungosidades pálidas, decoloradas, traslúcidas, semejando á la carne de anguila, hasta las de color carmín y sembradas de manchas negruzcas, restos de pequeñas hemorragias. En la parte culminante de estas vegetaciones se encuentran pequeñas perlas traslúcidas, amarillentas, que son granulaciones tuberculosas.

En los casos graves, las fungosidades aumentan, invadiendo las partes exteriores de la articulación y forman anchos cojinetes que rodean y envuelven las superficies cartilaginosas.

Pero no todas las fungosidades son tuberculosas; las hay simplemente inflamatorias y que se pueden encontrar también en las artritis traumáticas. Aquí, como en otras partes, el tubérculo determina lesiones inflamatorias de vecindad que no son específicas (Mauclaire).

La segunda capa, situada por fuera de ésta, la subsinovial, está constituida por los vasos noviformados que se dirigen hacia la capa fungosa.

El tejido lardáceo ó capa de Chandeloux, ó de defensa,

está formada de tejido conjuntivo, producto de la reacción de defensa de los tejidos ante la invasión tuberculosa, capa afectada de edema crónico y solidificada por la infiltración embrionaria ó por noviformaciones fibrosas; su aspecto es la de una masa gelatiniforme.

Cuando el pus tuberculoso se acumula en la cavidad articular, constituye el absceso frío articular; la capa interna sinovial sería una verdadera capa tuberculógena, como sucede en los abscesos fríos, con tendencia á invadir los tejidos vecinos ó se ulcera esta serosa, evacuándose en el tejido celular ambiente, llegando hasta abrirse camino á través de la piel.

Estas son, en general, las lesiones tuberculosas que atacan al hueso ó á la sinovial; la tuberculosis primitiva del cartilago no existe; es á este respecto un tejido refractario, pero se observa el reblandecimiento, la ulceración desprendiéndose cuando las lesiones se propagan.

Las lesiones tuberculosas pueden atacar primitivamente los tejidos periarticulares, constituyendo la periartritis tuberculosa primitiva, y de allí propagarse á la articulación.

Antes de hablar de cómo se efectúa la propagación de las lesiones tuberculosas á los distintos órganos que forman la articulación, diré dos palabras á propósito del origen de los focos tuberculosos.

Wolkmann, Ollier, Lannelongue, etc., han establecido

que en la inmensa mayoría de los casos, el origen está en el hueso. Se basan en que les ha sido imposible intervenir precozmente antes que el proceso invadiera el resto de la articulación, sorprendiendo así la enfermedad en sus comienzos, estudiando también cómo se efectúa la propagación á través del cartílago ulcerado á la sinovial, ó por el sitio donde ésta se inserta.

Sin embargo, no es posible sostener actualmente el antiguo absolutismo del comienzo óseo; aún más, la iniciación del proceso por la sinovial, es más frecuente de lo que generalmente se cree, pues, si en algunas articulaciones el comienzo óseo es preponderante, no es menos cierto que en otras, como la rodilla, es mucho más frecuente el origen sinovial. Koenig, que tanto defendió el origen óseo, más tarde él mismo describe con gran precisión el comienzo sinovial, y cómo se hace la propagación al hueso. Gangolphe admite también el comienzo sinovial.

Entre los argumentos que han dado los defensores del origen óseo, está el de la mayor irrigación de las epífisis, diciendo que la lesión tuberculosa asentaba más frecuentemente en la epífisis más irrigada; precisamente, las sinoviales son tejidos abundantemente irrigados, sin contar la predilección, conocida por todos, que tiene el bacilo de Koch por las serosas.

Maclaure apoya el origen óseo demostrando que la artritis tuberculosa tiene predilección por la articulación que tiene las epífisis más fértiles. Pero, este precepto solo se cumple á medias, porque, si bien en las extremi-

dades inferiores es más frecuente observar la artritis tuberculosa de la rodilla, que es la articulación que tiene las epífisis más fértiles, en cambio, en el miembro superior, son más frecuentes las del codo (que no es la que tiene las epífisis más fértiles) mientras que en el hombro, rarísimas veces se observa la tuberculosis articular y precisamente en esta, es donde el origen óseo es más frecuente; siendo la de la rodilla donde hemos tenido más oportunidad de comprobar el origen sinovial.

Las periartritis tuberculosas primitivas en que el bacilo de Koch asienta en las sinoviales tendinosas y bolsas serosas, respetando las epífisis y la sinovial articular, reconocida por la mayoría de los autores. Las formas fibrosas de sinovitis, la sinovitis á granos riciformes que quedan tanto tiempo localizadas ya por la poca virulencia del germen ó la mucha resistencia del terreno, estas formas localizadas nos demuestran que no es absolutamente necesario que el comienzo sea óseo.

Por nuestra parte en todas las artritis tuberculosas que hemos intervenido, solo hemos encontrado lesiones óseas cuando databan de mucho tiempo; en los otros casos y en ellos están las observaciones que presento al final de esto trabajo, podemos decir que todos eran de origen sinovial ó porque hallamos la lesión limitada á ella ó porque cuando habia lesiones óseas, estas, eran de muy poca importancia comparadas á las que presentaba la sinovial. Aun más, creemos con el Dr. Pagliere que el te-

jido óseo es tal vez un tejido poco adaptado para que prosperen las lesiones tuberculosas.

Veamos ahora como se hace la propagación de las lesiones tuberculosas.

Un foco tuberculoso primitivamente óseo, puede ocupar en la epífisis una situación central, subcondral, subperióstico y en este último caso por dentro del sitio de reflexión de la sinovial ó por fuera de ella.

Si el foco es subcondral ó subperióstico y en relación con la sinovial, en el primer caso propagándose las lesiones, el cartilago sufre alteraciones nutritivas dado que reciben los vasos del hueso que ellos recubren, pierde su elasticidad, se resblandece y por último se ulcera, y el foco óseo comunicará con la cavidad articular. También puede propagarse la lesión á la sinovial por el foco óseo situado cerca de la inserción de ésta y la propagación será directa.

Recíprocamente, una lesión sinovial se propaga al hueso por el sitio de inserción de esta, desprendiendo el cartilago y vemos en estos casos una vez extirpado este, que á veces se encuentra una epifisitis tuberculosa que se extiende en superficie y de muy poca profundidad; igualmente puede propagarse al hueso á travez de una ulceración del cartilago, tan común en las sinovitis tuberculosa, contribuyendo á perforarla la presión (ulceración compresiva). Habrá resultado entonces que de una antigua

osteitis ó sinovitis tuberculosa tenemos ahora una osteoartritis tuberculosa.

Pero un foco óseo puede ser subperióstico y situado por fuera del límite de la sinovial, propagarse á las vainas tendinosas ó bolsas serosas, respetando á la sinovial articular y más tarde esta periartritis secundaria, lo mismo como puede hacerlo la periartritis primitiva, propagarse á la articulación y tendremos la periartritis tuberculosa.

La misma sinovitis puede infectar directamente los tejidos periarticulares y más tarde por las vainas tendinosas llevar la infección al hueso recorriendo así un trayecto inverso.

Como se ve no adoptando siempre idéntica modalidad, el término de la evolución es siempre una osteoartritis tuberculosa.

CAPITULO III

TRATAMIENTOS

Historia.—Los tratamientos de la tuberculosis articular datan desde las épocas más remotas; desde Hipócrates que usaba la compresión por medio de vendas arrolladas, y la revulsión ignea superficial; en aquella época de empirismo á esto se añadían las sustancias más heterogéneas con las que combinaban emplastos y bálsamos resolutivos. Para activar la resolución de los «tumores pituitosos» ó humorales, Ambrosio Paré usaba también la compresión, y en caso de ulceración de la piel con huesos al descubierto, practicaba la resección de las epífisis articulares.

Fabricio de Acquapendente se rebela contra los médicos de su tiempo «tan tímidos y delicados», que no querían practicar las operaciones soportables y necesarias

como la cauterización ignea de la articulación, y la cauterización fué puesta en boga. Rust hacía rayas de fuego profundas en los abscesos de origen óseo, y pasados los fenómenos inflamatorios incindía las escaras para evacuar el contenido. Lisfranc hacía sangrías locales, aplicaba sanguijuelas y ventosas sobre la articulación, y los abscesos los incindía y lavaba con agua. Larrey rehabilita la cauterización á hierro candente, evitando de accionar profundamente en las articulaciones superficiales. Legros se servía de vejigatorios y cauterizaba superficialmente con ácido sulfúrico.

A Velpeau se le debe un paso más, en la terapéutica de estas afecciones; fué él que hizo nacer la idea de que era necesario evitar los frotos y el contacto de las superficies articulares enfermas, que da lugar á la ulceración compresiva, naciendo de allí la extensión continua practicada en 1836 por Le Sauvage (de Caen) en Francia. Bonnet (de Lyon) practica la inmovilización: este último método, defendido por Lannelongue, que dice «el mejor tratamiento de una tuberculosis articular es el reposo»; en aquella época tuvo sus detractores que proscribieron la inmovilización, á la que se atribuía el peligro de entretejer y agravar las lesiones articulares, preconizando en cambio los movimientos artificiales. Mellet creía que los movimientos de flexión y extensión repetidos todos los días y cada vez más extensos constituían el mejor tratamiento de los tumores blancos.

Richet, bajo el nombre de ignipuntura, propone un mé-

todo de canterizaciones profundas de las fungosidades articulares y su curación por la cicatrización de la quemadura.

Los métodos operatorios estaban constituidos por la resección y la amputación que se practicaba en la última extremidad con todos los desastrosos resultados que son de imaginar, porque eran intervenciones que se hacían demasiado tarde, puesto que la expectación era la regla, dado que en la era preantiséptica toda intervención constituía una amenaza de muerte.

Cuando aparecieron la antisepsia y la doctrina infecciosa de la tuberculosis y se asimiló ésta al cáncer, se hicieron abusos de resecciones practicadas asépticamente; pasado este furor se volvió á lo antiguo, volvió la inmovilización y la extensión que los americanos quisieron perfeccionar por medio de aparatos más ó menos ingeniosos.

Para abreviar la duración de la inmovilización, aparecen las inyecciones modificadoras, y se han inyectado en las articulaciones todas las substancias que la teoría puede autorizar.

Nuevos métodos terapéuticos se deben á Bier (éxtasis venoso); al profesor Lannelongue, con las inyecciones esclerosantes (1891-1904); Finsen (helioterapia), Calot, etc.

Actualmente la amputación, resección típica, salvo aquellos casos que es imposible obtener la curación por otra terapéutica, van cediendo terreno á las resecciones

parciales, es decir, sacar solamente lo que está enfermo, idea que fué sostenida por Auge y practicada por Leticvad (1879), que la denominó artroxesis.

Actualmente todos los métodos que poseemos podemos dividirlos en tratamientos médicos ó conservadores y quirúrgicos.

Entre los primeros describiré: 1.º La revulsión. 2.º Extasis venoso. 3.º Calefacción articular. 4.º Compresión. 5.º Inyecciones modificadoras. 6.º Ignipuntura. 7.º Inmovilización. 8.º Extensión continua. 9.º Helioterapia.

Los métodos quirúrgicos son: 1.º Artrotomía. 2.º Artrectomía. 3.º Resección típica. 4.º Amputación y desarticulación. Estos tres últimos denominados por Mauclaire, no como métodos terapéuticos, sino radicales. La amputacion y la desarticulacion no hago más que mencionarla, puesto que no los considero como métodos terapéuticos de las artritis tuberculosas, sino como métodos aplicables á todas las lesiones que importen un peligro para la vida del sujeto, ó cuando el estado del enfermo es tal, que no permite otra cosa que amputar ó desarticular.

TRATAMIENTO MÉDICO

Revulsión.—Usada desde la época de Hipócrates, pero no como tratamiento de estas afecciones, sino que, en el concepto de que el fuego todo lo purificaba, no se hacían intervenciones que no fueran con el bisturí calentado al rojo; más tarde el empleo de la ligadura arterial y de los

cáusticos químicos hicieron olvidar este sistema de asepsia inconsciente para aquéllos.

Se emplearon los vejigatorios y más actualmente la tintura de yodo en forma de tópico, pero, dada su inutilidad, cuando su efecto no resultaba perjudicial fueron abandonados.

Fué Bonnet que estableció los buenos resultados de la cauterización superficial, estableciendo que en los puntos vecinos á la región cauterizada, se producía un retracción y compresión de los tejidos subyacentes.

Se aplica actualmente como desde la época de Phillipeaux, haciendo rayas ó puntas de fuego, con el termo cauterio, todo al rededor de la articulación enferma. Este método terapéutico hoy está casi abandonado en las artritis tuberculosas.

Estasis venoso. Método de Bier.—Ambrosio Paré fué el primero que empleó la hiperemia pasiva como tratamiento de las formaciones callosas insuficientes. Nicola-doni describe en 1875 el procedimiento de von Dumbericher recomendándolo contra las amenazas de pseudo artrosis.

Conocida por Ferré y Louis la frecuencia de la estenosis pulmonar y la tuberculosis, y por otra parte según Rokitsansky las afecciones cardíacas con congestión pulmonar consecutiva confería un cierto grado de inmunidad para la tuberculosis pulmonar, basados en estos hechos apareció el método de Bier (de Kiel) ó sea el de la congestión pasiva.

Todo órgano que trabaja dice Bier, está hiperemiado mientras dure su actividad, en todo acto de generación y reproducción se manifiesta siempre una hiperemia intensa, hay hiperemia en todo acto de defensa del organismo, contra cuerpos extraños, bacterios, etc. Y si se admite que toda reacción del organismo son manifestaciones útiles, esfuerzos naturales hacia la curación, debemos admitir que de todos los procesos curativos espontáneos, el de la hiperemia es el más extendido.

Este método se puede emplear solamente en las articulaciones de los miembros; se arrolla en espiral una venda elástica de goma ó de cualquier otro tejido, desde la extremidad del miembro, hasta un poco por debajo de la articulación enferma. Después se arrolla una venda elástica por encima de la articulación, pero, colocada de tal manera que solo impida la circulación venosa de retorno, permitiendo el aflujo arterial; de este modo se forma una hiperemia pasiva en el punto lesionado.

Bier dejaba las vendas, colocadas unas horas por día, pero, después modificó el procedimiento aplicando la venda elástica día y noche, continuamente, cambiándola de lugar solamente dos ó tres veces por día para evitar los efectos de la compresión. En cada semana dejaba un día de descanso para que el miembro volviese á su tamaño normal y controlar al mismo tiempo los efectos del tratamiento.

Pero el edema crónico debido á la ectasia prolongada

abligó al autor á cambiar nuevamente la manera de aplicar su método y lo hizo de la siguiente manera:

En los primeros días de 7 á 12 horas hasta que los dolores articulares disminuyen de intensidad. Después el tiempo de aplicación se reduce á la mitad y así sucesivamente hasta quedar reducido semanas ó meses después, á una ó dos horas por día. El autor distingue los casos supurados y los no supurados, en el primero se observa una mejoría notable y el resultado es nulo en los supurados. En los casos que se forman abscesos, aconseja el uso del yodoformo complementándose el yodoformo y la hiperemia.

Entre los efectos generales de la hiperemia merece citarse en primer lugar la analgesia en las artritis tuberculosas dolorosas. Según Ritter este efecto sería debido á la inbibición serosa de los tejidos y por ende la disminución de la sensibilidad de los nervios. Según Bum, se produce un aumento de la capacidad de la articulación disminuyendo la tensión del contacto de las superficies articulares y equivaldría entonces á la extensión continua; para otros autores por último la cesación del dolor sería producida por la inmovilidad necesaria á la aplicación del método. La contractura cede también con este método si se tiene en cuenta que parte de ella se debe al dolor y que suprimido este desaparece aquella.

La acción bactericida que se le atribuye á la estasis sanguínea sería debida según Hamburger á la acumulación del ácido carbónico en la sangre estancada. Se ha

invocado en defensa del método, á la teoría de Metschnikoff, emigrando mayor número de leucocitos en el sitio hiperemiado.

Segun Mickulicz, este método acciona por auto tuberculinización, es decir que las toxinas producidas en el foco tuberculoso no pudiendo pasar al torrente circulatorio, accionarían sobre los mismos bacilos no preparados, y por último, retardando la absorción de los venenos bacterianos, daría tiempo á que se eliminasen á medida que se van produciendo.

A pesar de los buenos resultados en las artritis tuberculosas, que consignan los autores, y del buen resultado que da este método en otras lesiones inflamatorias creo que en las tubercalosis articulares hay que esperar muy poco de él y si evidentemente se pueden presentar curaciones en estas afecciones, se trataría seguramente de casos benignos en los que la simple inmovilización, necesaria para aplicar el tratamiento, habrá bastado para la curación. Nosotros en nuestro servicio lo hemos aplicado sin resultado.

Calefacción articular periférica.—Ya usada empíricamente por Bonnet de Lyon, Viricel y Guyot; practicada más tarde por Verneuil, consiste en someter la articulación al calor para lo cual se rodea esta con ladrillos calentados á 50° protegiendo previamente la piel. Está basado este procedimiento en que á esa temperatura no se puede desarrollar el bacilo. Completamente abandonado ya este método no ha dado siquiera resultados medianos.

Compresión.—Este método data desde Hipócrates y Galeno. Usado más tarde por Bonnet y Velpeau consiste en envolver el miembro con algodón en un espesor de 4 á 5 traveses de dedo, después, arrollarlo con una venda comprimiendo tanto que según Albert Carrier debe dar á la percusión un sonido compacto comparable á la madera.

Se puede hacer también con placas de yesca que se adaptan á la articulación fijándolas con diaquilon, se recubre con algodón y el todo se venda desde la extremidad á la raíz del miembro, todos los días se debe comprimir más siendo la compresión uniforme y regular.

Este método accionaria por la isquemia que produce en los capilares y pequeños vasos dilatados de las fungosidades, siendo por lo tanto antiflogístico. Es sedativo, debido probablemente á la inmovilización que acarrea el método.

La curación Scott entra también en el tratamiento compresivo, une este á la inmovilización, y además le agrega la acción del mercurio, preconizado en forma de fricciones por Lucas Championiere. La curación consiste en aplicar sobre la articulación un lienzo sobre el cual se ha extendido una capa de pomada mercurial doble, alcanforada: sobre este lienzo, tira emplástica en pequeños trozos forman una verdadera coraza, encima un trozo de piel de carnero recubierto de emplasto jabonoso y el todo recubierto por una venda.

Según Suchard, Guittard Bressov, da buenos resultados. Picqué y Maclaure citan también los buenos resultados

que ha dado en el Hospital Lariboisiere. No tengo práctica sobre este método sin embargo lo poco que es usado en nuestros hospitales me hacen dudar de sus buenos resultados á no ser los de la inmovilización.

Inyecciones intersticiales.—Método de Lannelongue.—Este método terapéutico data también de mucho tiempo; ya para abreviar el tiempo de la curación ó ya como tratamiento exclusivo, se han inyectado las substancias más diversas. Fabricio de Acquapendente inyectó vino y oximiél. Velpeau, hiel de bucy; más tarde se ensayó digerir los tejidos patológicos inyectando pepsina y pancreatina.

Bonnet, Luton, Dumesnil; etc., usaron la tintura de yodo, ácido fénico, licor de Fowler, sulfato de zinc.

Albert (de Viena) introdujo en los abscesos, fosfato ácido de cal y Kolliker el cloruro de calcio. Se usaron más tarde la creosota, el guayacol, Moosetig Cella y Areus emplearon el yodoformo y estos dos últimos publicaron el primer caso de intoxicación por esta substancia.

Hueter empleó las soluciones fenicadas y Lefort las alterna con soluciones de cloruro de zinc, intracavitarias.

En 1890 Lannelongue y Achard, estudiaron experimentalmente, la acción esclerosante del cloruro de zinc sobre los tejidos, provocando la aparición del proceso curativo, y en 1891 expone á la academia de medicina los principios de su tratamiento para la curación de la tuberculosis articular. En 1904 agrega á las inyecciones extra articulares, las intra articulares de solución yodoformada,

siendo el método de inyecciones esclerosantes que se emplea actualmente.

En el Hospital marítimo de Berk se empleaba las inyecciones intra articulares de naftol alcanforado disuelto en glicerina en la proporción de 1 en 5 ó 6; abandonado por su toxicidad ha sido reemplazado actualmente por el timol alcanforado.

El método del Prof. Lannelongue ó sea el de las inyecciones intra y extra articulares es el más usado actualmente y por eso lo describo someramente. Las sustancias empleadas son las siguientes: Para las inyecciones intra articulares usa la fórmula:

Aceite de olivas esterilizado.....	90	grs.
Eter	40	»
Yodoformo.....	10	»
Creosota	2	»

y para las extra articulares usa soluciones de cloruro de zinc al $\frac{1}{10}$, $\frac{1}{20}$, $\frac{1}{40}$, empleando las más concentradas para las articulaciones más profundas ó recubiertas de mayor cantidad de partes blandas; las más diluidas para aquellas cuyas extremidades óseas son más superficiales.

Primeramente hace la inyección intra articular, esté libre la cavidad ó haya fungosidades; si hay hidrartrosis ó absceso intra articular, evacúa previamente el líquido ó el pús y en este último caso aconseja lavar previamente con agua hervida hasta que salga transparente.

Si hay infección sobre agregada, lava con agua oxigenada y después con agua hervida. Si hay fístulas inyecta el líquido por ellas. Para la inyección se elige una aguja del largo suficiente para que llegue á la cavidad, y previa antisepsia y con la técnica que estos casos requiere, es decir, hacer recorrer á la aguja un trayecto oblicuo debajo de la piel para evitar fistulización, ó no punzar en el punto culminante si hay absceso.

Se inyecta el eter yodoformado; la cantidad depende del tamaño de la articulación, pudiéndose inyectar en las muy extensas como la rodilla 20 y hasta 30 cc., de la solución, en las otras, no se pasa de 10 cc.

Se produce bajo la influencia del eter una distensión de la sinovial, desplegándose las anfractuosidades, donde se deposita el yodoformo en toda la superficie. Bajo la influencia del calor en los tejidos, de los cuerpos grasos y en un medio alcalino, el yodoformo se descompone de una manera lenta y continua desprendiendo el yodo naciente que por sus cualidades oxidantes constituye el verdadero agente antiséptico. La creosota se le agrega con el fin de activar la fagocitosis y la transformación de las lesiones sinoviales.

Cuando la sinovial se encuentra llena de fungosidades se aconseja hacer varias inyecciones, en sitios distintos, para poder hacer llegar el líquido en todas las anfractuosidades.

La distensión de la sinovial por el éter, suele ser á veces tan brusca ó tan grande, que llega á romperse, otras

veces es sumamente dolorosa y ha llegado á producir síncope por lo que algunos aconsejan hacer estas inyecciones intraarticulares de la siguiente manera: Se inyecta 3 ó 4 c. c. tapando la aguja y cuando se ha distendido la sinovial, retirar el éter, quedando en el interior el yodoformo, esto se repite hasta haber inyectado la cantidad de yodoformo propuesto. Hecha la inyección intraarticular se deja al enfermo ocho días, después de los cuales se hacen las intersticiales con la solución esclerosante ó sea, el cloruro de zinc, como ya he dicho, se usan soluciones al $\frac{1}{10}$, $\frac{1}{20}$ y $\frac{1}{40}$ según la superficialidad de la articulación. Es necesario evitar que esta solución caiga en el interior de la cavidad articular, porque daría lugar á una reacción muy violenta.

Se buscan los puntos óseos dolorosos, y si son extraarticulares se hunde la aguja de la jeringa en él, con la seguridad de hacer la inyección subperióstica, y se depositan 3 ó 4 gotas de la solución en cada picadura, tratando de hacer varias de estas de modo que circunscriban el foco no depositando en total, nunca más de 80 gotas.

Como estas inyecciones esclerosantes se hacen después de haber introducido en el interior de la sinovial, el éter yodoformado, esta se encuentra distendida y se puede apreciar desde el exterior, el límite de esta con el hueso, para evitar así, de introducir el cloruro de zinc, en la cavidad articular.

En las sinovitis fungosa, cuando la sinovial está espesada y los fondos de saco sinoviales distendidos por las

fungosidades, teniendo en cuenta que sus vasos nutricios toman nacimiento en la periferia y sobre el hueso, es allí que Lannelongue aconseja hacer las inyecciones esclerosantes, en el mismo límite de reflexión de la sinovial, siguiendo la línea y á unos centímetros una de otra, y en la misma pared de la sinovial espesada se hacen en distintos puntos, 6 á 8 inyecciones depositando siempre en cada una de ellas 3 ó 4 gotas de la solución.

Aconseja inyectar siempre debajo de la aponeurosis para evitar las escaras que fatalmente se producen cuando las inyecciones son superficiales.

La reacción local dura 3 ó 4 días, durante los cuales se hace una compresión algodonada, inmovilizando después el miembro en un aparato enyesado.

Consecutivamente á estas inyecciones, se produce una tumefacción de la articulación, acompañada á veces de fiebre; un aflujo notable de leucocitos tiene lugar en el sitio enfermo, que entablarían una lucha con los bacilos, y después, esta intensa reacción fagocitaria daría lugar á la formación de una barrera de tejido fibroso que se opone á la invasión de las lesiones tuberculosas. Días después del tratamiento se forma una induración en las partes profundas, produciéndose á veces un verdadero osteoma subperióstico y un fibroma sinovial.

Indudablemente, este método ha dado buenos resultados, especialmente en las formas benignas de osteoartritis tuberculosas. Maclaure refiere haber obtenido buenos resultados en los niños, empleándolo en los adultos sola-

mente en las formas hidrartrósicas. Walther confirma también sus buenos resultados.

Nosotros lo hemos empleado en una artritis de la muñeca, con éxito.

Pero es un método que tiene muchos inconvenientes; ante todo no abrevia el tiempo de la curacion, puesto que son necesarios muchos meses para obtenerla; es sumamente doloroso, necesitándose para aplicarlo, la ayuda de la anestesia general ó de la raquianestesia cuando se trata de miembros inferiores. No basta una sola inyección, sino que es necesario repetir muchas veces las extra-articulares y más veces aún las intra-articulares. Y después de todo, ¿estamos seguros de poder contar con la curación certera? No, porque es un tratamiento á ciegas, teniendo que adivinar, por decir así, el sitio de la lesión, y sin saber si quedará ó no algún foco inaccesible al tratamiento.

Entre las ventajas del método, se ha hecho constar la conservación de todos los movimientos articulares; yo creo que esto es exagerado; en nuestro caso se produjo una anquilosis, y en buena hora, y en la mayoría de las veces habrá, por lo menos, una buena limitacion de los movimientos.

Ignipuntura.—Empleada por Richet, quien se servía de un cauterio de platino, de 5 ó 6 centímetros de largo, fijado sobre un tallo de acero. Este método permite evacuar los abscesos ó las masas caseosas en vías de reblandecimiento; destruye los tejidos fungosos, dando lugar á la

formacion de un tejido fibroso retráctil que ahoga, por decir así, las producciones tuberculosas.

El modo de efectuarlo es muy sencillo: se introduce el termocauterio en los tejidos enfermos y por varios sitios; se considera bien hecha la intervencion cuando el humo producido por la combustion de los tejidos sale por los túneles hechos anteriormente.

Kirmisson la ha usado en los niños con buen resultado en las formas no supuradas.

El inconveniente de este método son las recidivas frecuentes.

En cuanto á la artrotomía ígnea de Vincent, no puede considerarse como tratamiento médico, puesto que hace una verdadera artrotomía con ablación de los focos óseos.

Inmovilización.—La inmovilización es tal vez, el método más empleado entre los tratamientos médicos, y es el coadyuvante de casi todos los métodos médicos y quirúrgicos.

Aquí me voy á referir á la inmovilizacion empleada exclusivamente como tratamiento.

Practicada por primera vez por Le Sauvage y Bonnet, que le agregó la extension. Basada sobre la necesidad que tiene toda articulacion de inmovilizarse, puesto que los movimientos mantienen siempre en ella un estado de inflamacion que se traduce por el dolor y las contracturas musculares. Lannelongue dice que es el mejor tratamiento en las artritis tuberculosas en su comienzo, y en efec-

to, he observado la desaparición del dolor al poco tiempo de empleado.

Se aplica este tratamiento, después de haber corregido las desviaciones si las hay, ya aplicándolo enseguida del enderezamiento brusco (previa anestesia) ó si se usa el enderezamiento lento por la extensión continua, cuando ésta se haya corregido.

Aun cuando se hace tratamiento exclusivo de la inmovilización se suele agregar la helioterapia y la cura al aire libre (y esto se puede agregar á cualquier método) para lo cual se han construido carricoches especiales para poder llevar á los enfermos, (ó son manejados por ellos mismos) como se usan en el hospital marítimo de Berck. En este Hospital Calot agrega también las inyecciones de sustancias modificadoras.

Se han construido aparatos especiales para conseguir la inmovilización, entre ellos los contruidos por los americanos, llamados ambulatorios que permiten al enfermo caminar haciéndose la inmovilización y al mismo tiempo la extensión, pero ninguno de ellos ha substituido á la gotera de Bonnet y menos todavía á los aparatos enyesados de construcción fácil y económica y que se adaptan á cada enfermo.

En nuestro servicio hemos tenido siempre en cuenta que para inmovilizar una articulación es necesario inmovilizar la superior y la inferior con respecto á la enferma.

Construimos estos aparatos de la siguiente manera: cortamos siete ú ocho espesores de tarlatana, no engo-

mada dando la forma especial según la articulación que vamos á inmovilizar, para la cadera, por ejemplo, que es en la articulación que más hemos empleado la inmovilización, se le da la forma de una T con la rama transversal corta para el lado externo y larga para aquella que cruzando la cintura por detrás se juntará á la corta por delante; la rama longitudinal que llega hasta la mitad de la pierna, se le da el ancho del muslo disminuyendo hacia abajo hasta tener el de la pantorrilla.

Echando yeso á una cantidad de agua, hasta tener no la consistencia de pasta, sino líquida, se introduce el lienzo ya preparado empapándolo bien y exprimiendo ligeramente. Agregamos más yeso, al líquido anterior, hasta la consistencia de pasta, que extendemos sobre el lienzo ya embibido, y aplicamos enseguida habiendo envuelto antes el miembro con una ligera capa de algodón ó untado con vaselina etc.

Se puede reforzar el aparato y nosotros lo hacemos sobre todo en la ingle, con vendas que un ayudante va enyesando mientras se aplica.

Un punto importante es que el aparato se aplique exactamente al miembro, ú otra porción del cuerpo donde sea necesario, y se consigue con el modelaje del aparato adaptándolo á todas las saliencias y depresiones. Hay que evitar las saliencias ó crestas del yeso que dan lugar á excoriaciones de la piel, cosa frecuente en las eminencias ósecas cuando estas no se han protegido suficientemente con algodón.

Más tarde cuando ya el aparato está seco se hace la toilette recortando todo el yeso que está demás y que es innecesario para los fines que se ha aplicado, por ejemplo, las aberturas que se hacen en el tórax, abdomen etc.: aberturas que se practican en el aparato para el tratamiento de abscesos ó para combinar la inmovilización con la helioterapia etc.

La inmovilización se aplica generalmente en las formas benignas de artritis tuberculosa, en aquellas que tienen tendencia hacia la curación, sinovitis fibrosa ó con pequeños focos óseos.

Se aplica también en aquellas articulaciones en que el tratamiento cruento ó no da resultados satisfactorios ó no es posible aplicarlo como en el mal de Pott, suboccipital etc., tratando únicamente los abscesos que se forman.

En otras articulaciones, la hemos usada para la cadera conformándonos con el tiempo tan largo que es necesario para su curación dado que el tratamiento cruento da generalmente malos resultados en esta articulación.

¿Cuanto tiempo es necesario tener inmovilizada una articulación para obtener la curación? Las estadísticas fijan generalmente 2 años término medio necesitándose á veces más, es cierto que se consiguan curaciones en menos tiempo pero son la excepción.

Una estadística consignada por Bourget, de 67 casos de los cuales dos agravaron y terminaron por la amputación los otros 65 curaron:

9	en	menos	de	un	año
27	»	»	»	18	meses
20	»	»	»	2	años
9	»	más	»	2	años

Como se ve podemos calcular como término medio, dos años y la curación se obtiene casi siempre por la anquilosis fibrosa, aunque se citan curaciones tan completas que conservaron todos los movimientos.

Indudablemente que no todas las formas de artritis tuberculosas son pasibles de este tratamiento, solamente las formas benignas y éstas no siempre pueden apreciarse por el examen clínico.

Extensión continua.—Tratamiento conocido desde hace mucho tiempo, pero no aplicado en el tratamiento de las artritis tuberculosas sino por Bonnet, siguiendo las ideas de Velpeau, de que con la extensión continua se producía la separación de las superficies articulares, suprimiendo el frote y la ulceración compresiva, obteniéndose en cambio la analgesia de la articulación. Generalmente se ha combinado la extensión con la inmovilización ya como tratamiento, ya para corregir las desviaciones; para este último resultado se puede usar también la *extensión brusca* anestesiando previamente al enfermo, y no procediendo á pesar del nombre, sino de una manera gradual, para evitar las fracturas, que, para Koenig (la fractura articular) favorecería por la inflamación provocada

en el foco, á la esclerosis y por lo tanto á la curación de la artritis.

La corrección lenta se hace por la extensión continua que se usa en la misma forma que para una fractura; corregida la desviación se coloca el aparato inmovilizador.

Pero la extensión continua se ha usado aun como medio exclusivo de tratamiento y los americanos han inventado aparatos de extensión, ambulatorios como el de Sayre, que no se han sobrepuesto á la extensión y contra extensión practicada en el lecho.

Muy discutida ha sido la acción de la extensión continua, para algunos lejos de disminuir la tensión de las superficies articulares, aumentaría.

Kœnig dice que la tensión intra articular disminuye con la tracción y que en la coxalgia, haciendo la extensión en abducción ha constatado que las superficies articulares se separan de 1 á 2 mm. y $\frac{1}{2}$. Morosoff, cree que no existe tal separación y que sería necesario para conseguirlo un peso de 60 libras.

Lannelongue haciendo experiencias en cadáveres congelados, dice, que la separación existe siempre que el aparato ligamentoso haya perdido su consistencia, y que sucede también cuando la extensión actúa de una manera regular y continua.

Helioterapia.—La acción de los rayos solares tiene una influencia favorable sobre la tuberculosis en general; es conocida por otra parte su acción bactericida.

Tiene una acción resolutive y esclerosante sobre los procesos tuberculosos, haciendo disminuir los edemas y disminuyendo el tamaño de las fungosidades.

Apresura también la evolución de los abcesos.

Aparte de su influencia tónica general, Malgat cree en una influencia directa, demostrando que cierta cantidad de rayos solares se detienen en la piel, otros penetran en el interior de los tejidos extinguiéndose cada vez más, y una débil cantidad atraviesan el cuerpo y son susceptibles de impresionar una placa fotográfica.

Generalmente se utilizan todos los rayos solares, exponiendo al enfermo á ellos, de una manera gradual para evitar el eritema flictemular, etc. á que se expondrían.

Se expone al enfermo, el primer día, durante 5 minutos protegiendo al principio, la cabeza; al día siguiente se aumenta el tiempo de exposición á 10 minutos y así sucesivamente hasta que el enfermo haya adquirido la resistencia necesaria, que se manifiesta por una coloración bronceada de la piel, y al abrigo de las quemaduras; de este modo se puede dejar al enfermo expuesto á los rayos solares, todo el día pero bastan generalmente 2 ó 3 horas por la mañana y 2 horas por la tarde, al mismo tiempo puede ser más extendida la aplicación.

Se cree que el tratamiento es tanto más eficaz cuanto más pronto aparece la coloración morena de la piel.

Bourget trae una estadística de 8 casos que curaron entre los 9 y 14 meses, agregado á la inmovilización y á las inyecciones de eter yodoformado.

Constituye un buen tratamiento combinado con la aeroterapia y el tratamiento general de la tuberculosis, como se hace en el hospital de Berck; especialmente en las formas benignas ó en comienzo, de las artritis tuberculosas. Nosotros hemos tenido varios casos curados por la helioterapia ó por lo menos de notable mejoría.

Un caso curado por el Dr. Pagliere por este tratamiento se refiere á un niño en el que el padre había notado que al volver de la escuela, se retrasaba siempre con relación á sus dos hermanos; al examinarlo se pudo constatar una coxitis tuberculosa en sus comienzos; por la cura de los rayos solares se obtuvo una curación tan completa que conservó todos sus movimientos.

Aparte de estas formas antedichas, creo que en aquellas formas de osteoartritis más avanzadas, y por su solo medio, no es suficiente tratamiento.

Los tratamientos que anteceden son tratamientos locales, empleados exclusivamente unos, combinados otros, pero aparte de ellos, hay un tratamiento médico general que se debe aplicar en todos los casos, sea el método que se emplee el médico ó el quirúrgico.

Aumentar las resistencias individuales es á lo que conduce y debe convenir siempre, porque siempre también debemos pensar en la forma que se comportará un organismo en presencia de una lesión tuberculosa.

La sobre alimentación, la vida al aire libre, balneoterapia, mineralización, medicación reconstituyente etc. son las bases en que se funda el tratamiento general.

La alimentación será substanciosa, á base de leche, huevos, carne, etc., evitando los condimentos; comer varias veces al día para no sobrecargar el estómago; no se debe exagerar la sobrealimentación sino lo suficiente, para que el enfermo se encuentre en buen estado de nutrición.

Los baños de agua de mar y las aguas cloruradosódicas á fuerte mineralización suelen dar buenos resultados activando la reabsorción de los tejido noviformados y de los exudados; pero, estos baños no deben ser empleados jamás en los períodos agudos.

Entre los medicamentos por su acción sobre el sistema linfático y como acelerador de la nutrición el que ocupa lugar preponderante es el yodo, se administra en forma de jarabe yodotánico, yoduro de hierro.

El arsénico mineral á dosis de 0.005 á 0.01 gr. por día, 0.001 por año de edad.

El arsénico orgánico, cacodilato de soda ó arrenal perfectamente soportado en dosis de 0.05 gr. por día en serie de inyecciones.

Siendo esta una enfermedad desmineralizante por excelencia, están muy indicadas las sales de calcio.

En invierno el aceite de hígado de bacalao creosotado ha dado excelentes resultados á condición de ser bien tolerado, en caso contrario es conveniente no abusar para

no hacer correr el riesgo de una dispepsia al enfermo. Lo mismo pasa con el gomenol y guayacol que se administran á título de antisépticos.

La acroterapia cuya acción debe dejarse sentir tanto de día como de noche, previo entrenamiento como se entiende, ejerce una poderosa influencia sobre el estado general; el ideal sería la estadía á orillas del mar, es un estimulante general de la nutrición y conviene sobre todo á la tuberculosis ósea; la remineralización es intensa bajo la influencia del aire salado.

La acción del yodo marítimo sobre el sistema linfático, aumenta las defensas del organismo exaltando la fagocitosis. Pero cuando la estadía á orillas del mar no es posible, quedan las montañas que aunque no tienen todas las propiedades del aire costanero, no deja por eso de tener beneficiosa influencia, aumenta también la nutrición; la disminución de la presión atmosférica, rinde más fácil la respiración, la cantidad de glóbulos rojos aumenta; envuelto por un aire oxigenado y ozonizado reparador, sedante para el organismo, el sueño es más tranquilo. Por último, cuando tampoco es posible mandar al enfermo á la montaña, el campo, aunque no tenga las propiedades del clima marítimo, no por eso deja de prestar sus efectos beneficiosos para el enfermo.

De todos los métodos que acabo de pasar someramente en revista y aparte del tratamiento general en el que in-

cluyo la helioterapia, que conviene á todos los métodos de tratamiento de las tuberculosis articulares, aumentando las resistencias del individuo, muchos de estos tratamientos médicos han sido casi abandonados por haberse demostrado su ineficacia, y me refiero á la revulsión, la compresión, el método de Bier, calefacción, etc; no así la inmovilización y el método de inyecciones intersticiales é intraarticulares ó combinados los dos.

Son innegables sus resultados siempre que se usen en las formas benignas de osteo artritis y aun en las fungosas no podemos negar que hayan dado buen resultado, pero, es á costa de un tratamiento sumamente largo y hasta penoso, si se me permite la expresión, bien instituido y acompañado de un tratamiento que mejore el estado general.

Hemos visto en una estadística, al hablar de inmovilización, que podemos calcular por término medio dos años de tratamiento, y muchos autores consignan tres años, esto en general, porque se han visto persistir hasta 13 y 14 años un pequeño foco tuberculoso.

Si tenemos en cuenta, por otra parte, que muchas formas de artritis tuberculosas, simples sinovitis á granos riziformes, forma benigna y con tendencia á la curación, suelen sufrir la transformación maligna, á pesar del tratamiento inmovilizador, y que formas diagnosticadas benignas, no lo son, porque muchas veces resulta difícil el diagnóstico certero, vemos que no siempre podemos obtener buenos resultados de la inmovilización.

Otras veces, una artritis tuberculosa tratada por la in-

movilización, evoluciona hacia la curación ó se cura aparentemente, para aparecer después de un tiempo más ó menos largo, una recidiva del tumor blanco. ¿ha tenido lugar una nueva infección? tal vez, pero, casi siempre es un pequeño foco que ha persistido latente á pesar de la transformación fibrosa periférica.

Si tenemos en cuenta el tiempo que requiere el tratamiento por la inmovilización, tenemos otras objeciones que hacer al método. ¿Es posible esta forma de tratamiento en la clientela hospitalaria? Gente obrera la inmensa mayoría y que la familia de la que es único sostén se verá obligada á grandes privaciones durante todo ese tiempo.

Otras veces, aun pudiéndose quedar por todo el tiempo que exige su curación, á los dos ó tres meses de principiado el tratamiento, el enfermo cansado ó aburrido pide su alta, que es imposible negarles dado nuestro régimen hospitalario, y al poco tiempo, se presenta nuevamente en nuestro servicio ó en otro, con su lesión agravada, y tal vez para pedir nuevamente su alta al mes de ingresado.

Estas objeciones no podrían hacerse si poseyéramos establecimientos adaptados para estos enfermos, como lo es el Hospital Marítimo de Berck, donde rodeados de un hermoso paisaje, á orillas del mar, con un aire purísimo, se hace soportable la vida por todo el tiempo que requiere su curación.

Por estas razones algunos autores han dicho, que el

método conservador era solamente aplicable á la gente acomodada, porque podían soportar mejor un largo período de tratamiento; pero con todo no veo la causa de negarles aun á estos enfermos, una cura rápida y segura que se obtiene por medios quirúrgicos, conservadores también, y tan ó más soportables que el método de inyecciones esclerosantes.

Estas últimas, por ejemplo, no acortan el período de curación, y son tan molestas para el enfermo ó más, que cualquiera intervención conservadora, teniendo la ventaja esta, que permite al operador constatar de visu las lesiones y extirpar aquéllas que no puedan curarse, haciendo un verdadero tratamiento consciente; mientras que el de las inyecciones hay que adivinar, por decir así, el sitio de las lesiones sin poder afirmar si será ó no curable ó si las lesiones se agravarán.

Por otra parte, son sumamente molestas para el enfermo (sin por eso abreviar tiempo), las inyecciones de sulfato de zinc son dolorosas hasta el punto de necesitar anestesia general ó raquianestesia, que es necesario en la inmensa mayoría de las veces repetirlas, y que las inyecciones intra-articulares son también dolorosas por la distension de la sinovial que de ella resulta, y que es necesario repetir más veces aún que las intersticiales.

Con todo esto, cuántas veces es necesario concluir por una artrectomía ó por una resección cuando no por un métado más radical por no haberse podido diagnosticar una forma más grave de la que se creía.

La conservacion de los movimientos que se atribuye á estos tratamientos, mal llamados conservadores, en algunas ocasiones, yo creo que después de una serie de inyecciones intersticiales é intra-articulares, no podemos creer mucho en tales movimientos, cuando no resultan perjudiciales como sucede en el miembro inferior, además creemos que la anquilosis es la verdadera garantía de la curacion y á ésta tienden, la mayoría de los cirujanos.

A pesar de todo, en muchas articulaciones y afecciones óseas, es á estos métodos que debemos recurrir, y eso por no poder hacer nada mejor.

En el mal de Pott, por ejemplo, es á la inmovilizacion á que debemos recurrir, punzando é inyectando líquidos modificadores en los abscesos de origen pottico.

En la coxalgia, donde tan malos resultados ha dado el método cruento; es á la inmovilizacion, á la extension continua que recurrimos también, dejando para cuando el caso necesariamente lo requiera, las resecciones y artrectomías; pero tratándose de rodilla, codo, etc., yo creo que se es realmente conservador, siendo intervencionista y haciendo siempre que el caso lo permita, intervenciones conservadoras.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Verneuil ha publicado observaciones de *poussée* de granulia en individuos que habían sufrido una intervencion sangrienta por osteoartritis tuberculosa, lo mismo

que en sujetos con tuberculosis local y que habían sufrido en este punto un traumatismo.

En el Congreso de Cirugía francés (1889), se llegó á la conclusión de que se trataba de simples coincidencias.

A propósito de la indicacion de operar, Ollier da los siguientes preceptos en general:

1.º Hay tuberculosos que es necesario operar, y son aquellos cuyos pulmones y demás órganos internos están sanos, ó mejor dicho, sujetos que tienen toda la apariencia de tener una tuberculosis local ó localizada solamente. Si tuvieran alguna alteracion pulmonar, no es una contraindicacion, puesto que generalmente ésta cura después de la operacion.

2.º Es permitido operar los enfermos en los cuales las lesiones pulmonares poco avanzadas no dan lugar á fiebre.

3.º No se debe operar los tuberculosos á evolucion maligna que se acompaña de fiebre y que pueden agravar bajo la más ligera intervencion cruenta.

Ollier y Verneuil hacen notar, que cuando se está en presencia de sujetos que, sin lesiones extensas, sin retencion de pus y que sin causas locales y viscerales bien definidas tienen fiebre, es necesario abstenerse de operar, porque son sujetos que están en inminencia de granulía.

Wartmann refiere la siguiente estadística. Sobre 837 resecciones, 225 muertos, los cuales 26 de tuberculosis miliar aguda, atribuible á la operacion; pero, como muy bien dicen Picqué y Mauclairé, es necesario hacer idénti-

tica estadística para los casos tratados por la expectacion, para poder apreciar la influencia de las intervenciones. Y en esta expectacion, los casos de miliar no serían raros, pues en el mal de Pott que no se hace intervencion, las meningitis tuberculosas son frecuentes.

Los tratamientos quirúrgicos de las artritis tuberculosas son la artrotomía, artrectomía, resección típica, amputación y desarticulación.

Estos dos últimos métodos que los autores consignan entre los tratamientos quirúrgicos de estas afecciones, creo, que á pesar de ser métodos radicales, no deben figurar entre los métodos para la tuberculosis articular desde el momento que son aplicables en cualquier caso, como ya he dicho, en que ya sea por el estado del enfermo, ya porque la lesion es incurable y el mal progresa, poniendo en peligro la vida del enfermo, sea esta afeccion de origen tuberculoso ó no; es un tratamiento de necesidad, es la necesidad del *primum vivere*, como ha dicho Lannelongue, que obliga á amputar ó desarticular en estos casos.

Artrotomía.—Como su nombre lo indica, consiste en abrir la articulacion; tiempo primordial para todas las artrectomías y casi todas las resecciones típicas, no puede constituir por sí sola ningún tratamiento eficaz de las osteoartritis tuberculosas, puesto que no da resultados en estos casos, como la laparotomía en las peritonitis tuberculosas.

Por otra parte, ningún cirujano se ha contentado con

abrir solamente la articulación, sino que, ó han cauterizado, reseado ó cureteado, por lo menos, la sinovial ó los focos tuberculosos, constituyendo ya en estos casos una artrectomía. Vincent practicaba la artrotomía ígnea, es decir, cauterizaba todas las lesiones túberculosas; constituye en este caso una buena intervención, aunque son frecuentes las recidivas.

Resección típica.—El nombre de resección típica no está bien aplicado; la resección total de la articulación debía llamarse artrectomía total; sin embargo, la costumbre ha hecho que á la extirpación de toda la articulación, epífisis que concurren á formarla, sinovial, ligamentos, etcétera, se le diera el nombre de resección, y así continuaremos llamándola, dejando bajo el nombre de artrectomía á las resecciones parciales.

Se puede decir que las resecciones fueron regladas é inventadas por Park, de Liverpool, y Moreau, de Bar le Duc, porque si bien es cierto que se practicaron antiguamente, lo fueron sin método y concretándose únicamente á resecar los huesos necrosados y que salían á través de las carnes.

Pero su aplicación á la artritis tuberculosa, se le debe á Ollier; demostrando el rol que desempeñaba el periostio conservado, en la regeneración de los huesos, se le debe á él la creación de las resecciones subperiósticas.

Constituye una operación ideal en aquellos casos en que las lesiones son tan extensas, que fracasarían los mé-

todos más conservadores, en las epifisitis totales, en los casos de destrucción extensa de epífisis como sucede en las caries, los focos óseos demasiado voluminosos etc., aparte de esto, está también deducidas sus aplicaciones de la edad del sujeto, se sabe la tendencia á la curación que tienen las artritis tuberculosas, en los niños, y por otra parte los malos resultados que dan en éstos, las resecciones típicas por lo que se refiere al cartilago de crecimiento, dando lugar á grandes acortamientos.

En la diafisitis tuberculosa, algunos autores creen que la simple resección, es suficiente, cureteando la médula ósea, sin duda, se habrán tenido buenos resultados, pero creo, que estas formas son pasibles en la mayoría de los casos, de métodos más radicales aún.

Sus resultados en los casos indicados son buenos en general salvo en la cadera que no lo son todo lo que sería de desear.

Se obtiene una buena anquilosis pero con gran acortamiento, aún, no siendo practicada en el niño.

Hecha la resección en las condiciones antedichas en lo que se refiere á indicación, es una intervención que no debe rivalizar con ninguna otra, como tampoco debe rivalizar una amputación ó disarticulación, dentro del limite de sus indicaciones. Pero, no sucede lo mismo cuando cirujanos la practican en casos pasibles de un tratamiento más conservador, como sucede en una simple sinovitis fungosa ó aún con algún foco óseo pequeño y limitado.

Artrectomía.—Antes de hablar de artrectomía debo decir á que se da este nombre, puesto que así se debía llamar á la resección total.

Este, es el concepto de Ollier, por eso, él no llama artrectomía, á las intervenciones que nosotros conocemos sino, sinovectomía. Para Wolkmann, artrectomía significa la extirpación ó resección de toda la articulación á excepción del hueso, sin embargo á las partes blandas agrega el cartilago de revestimiento. A pesar que esto significa en realidad «artrectomía parcial», por costumbre se incluye en la «artrectomía», la extirpación ó destrucción de cualquier parte de la articulación siempre que no sea esta en total; incluyese entonces bajo esto nombre una série de intervenciones, desde el simple curetaje de un foco óseo, sinovial, ó trayecto fistuloso, hasta la extirpación de la sinovial, cartilago, ligamentos, meniscos etc.

La idea de extirpar solamente la parte de articulación enferma se debe á Augé, puesto que si bien la artrectomía fué practicada por Hipócrates, Galeno, Pablo de Egina etc., nunca pasaron de aplicarla que en caso de supuración articular ó cuando se trataba de sacar un secuestro al que una fistula conducia. Practicada por Letiévant en 1879 la denomina *artrovesis*.

Defendida por Lannelongue que la acepta pero solamente para los niños, Ollier también insiste sobre sus excelentes resultados, sobre todo en los niños.

Aceptada con entusiasmo por los alemanes sobre todo por Wolkmann. Lister la empleó en Inglaterra. En fin hoy

se emplea cada vez más dado sus excelentes resultados,

Su técnica es difícil detallar dada la atipicidad de las intervenciones; sin embargo en regla general podemos decir que consta de los siguientes tiempos:

1.º *Artrotomía*.—Se incinden las partes blandas por el sitio que de más campo, sacrificando menos órganos, para poder explorar la articulación una vez abierta esta. Si existen fístulas se puede seguir el trayecto de ellas.

El segundo tiempo consiste en el curetaje, extirpación ó destrucción de los focos óseos articulares, se puede sacar la sinovial (sinovectomía) como también partes blandas extraarticulares si están afectadas de lesión tuberculosa, pero, no sacar más de lo que está enfermo. Ollier al insistir sobre la artrectomía en los niños ha dicho: «No es necesario sacar todo lo que está enfermo, sino todo lo que no puede curarse», teniendo en cuenta la facilidad con que curan estas lesiones en los niños.

Algunos cirujanos aconsejan dejar taponamiento yodoformado, otros cauterizan las fungosidades ya con termocauterio ó con solución de cloruro de zinc.

Por último hemostasia, drenaje si hay infección ó si se ha cauterizado.

Estas son en regla general los tiempos de la intervención; no se puede saber antes de practicarla, lo que se va ha hacer, porque eso depende de la situación y extensión de la lesión tuberculosa.

A veces estas son tales que habrá que decidirse por la resección típica y entonces el primer tiempo de la artrectomía servirá como primer tiempo de la resección total.

Tanto más favorables cuanto cuanto más precozmente se le emplea, sus ventajas, sobre el tratamiento médico, se explican, si tenemos en cuenta que en la artrectomía se pueden constatar de visu, las lesiones, y llevar la acción de la cureta ó el cauterio sobre el mismo foco tuberculoso, y si es necesario, en el peor de los casos constatada la necesidad de hacer algo más, practicamos directamente la resección. No pasa lo mismo, con los tratamientos médicos, que muchas veces se agravan por no poder diagnosticar con seguridad, y más si pensamos que formas graves suelen á veces dar muy pocos síntomas.

Es cierto que con el método conservador, los movimientos son talvez practicables después de la curación, pero creo que aparte de aquellas formas benignas ó en sus comienzos, es preferible la anquilosis verdadero proceso curativo, á pesar que en casos benignos también se consigue la movilidad articular con la artrectomia.

Se ha achacado á esta operación, las recidivas, es cierto, ó se trata de casos fistulizados ó sinó de pequeños focos que no se han extirpado y en este caso la nueva intervención que requiere será sumamente simple.

En igualdad de condiciones, y en aquellas tuberculosis pasibles de la artrectomía, yo creo que no es necesario discutir la ventaja que presenta esta intervención verda-

deramente conservadora sobre la resección típica. Sin contar lo impracticable que es en el niño, aún en el adulto el acortamiento que resulta no deja de ser un gran inconveniente.

CAPITULO IV

CONDRO-SINOVECTOMIA

No pretendo con este nombre crear una denominación nueva, ni agregar una más, á las muchas que ya existen para las intervenciones de las artritis tuberculosas; ni siquiera es un tratamiento nuevo; es una variedad de artrectomía.

Como ya he dicho en el capítulo anterior, con el nombre de artrectomía, entran un sinnúmero de intervenciones, desde el simple curetaje de un foco tuberculoso, hasta la extirpación de toda la articulación, excluso las epifisis óseas; y si á pesar de eso existe un término de sinovectomía para la exéresis de la sinovial, bien puede caber el de condro-sinovectomía para la extirpación del cartílago articular y de la sinovial conjuntamente.

La operación consiste como su nombre lo indica en la

extirpación de la sinovial y del cartílago articular, constituyendo ésta, la base de la intervención; se entiende que al extirpar estos tejidos se sacan todo lo que está incluido en ellos, meniscos, ligamentos etc., y su técnica debe variar para cada articulación. Igualmente y como en toda artrectomía al practicar esta intervención, si hubiera algún foco óseo se extirpa como se curetea cualquier trayecto que pudiera existir.

La extirpación del cartílago la considero necesaria en toda artrectomia si tenemos en cuenta que las lesiones de la sinovial se propagaban precisamente por el sitio que esta se inserta, que es entre el cartílago y el hueso y que difícilmente pueda haber una sinovitis en la que las lesiones no haya comenzado á insinuarse entre estos dos tejidos; á menos que se trate de alguna lesión tuberculosa que haya quedado limitada en un fondo de saco sinovial y que hayamos intervenido tan á tiempo, para encontrarla reducida á ese punto.

Además el cartílago aunque tejido refractario á la tuberculosis, por haber estado tanto tiempo en contacto con las fungosidades, y sobre todo si está despulido y con ulceraciones y á veces con un verdadero orificio, difícilmente estará indemne.

No es esa sola la causa porque extirpamos el cartílago, sino también para apreciar mejor las lesiones óseas si existieran ó comprobar que está sano, y por último y muy principal porque dejando las superficies óseas cruentas y en contacto una con otra, la anquilosis *verdadero proceso*

curativo (y nosotros la buscamos) será más perfecta, rápida y segura.

Gangolphe al hablar de la sinovectomía en las tuberculosis de la rodilla, dice: «No solamente nosotros deseamos la anquilosis, sino, que uno de los motivos por la cual rechazamos la sinovectomía, es el temor de no obtenerla», y más adelante agrega al hablar de artrectomía: «Uno de los principales reproches que hacemos á la sinovectomía con ó sin vaciamientos, es la de no favorecer una adhesión, una anquilosis rápida de las superficies articulares, verdadera salvaguarda contra la recidiva, practicando la artrotomía con toilette y corte de una delgada capa de superficie ósea se responde á esta indicación, lo mismo que la decorticación de los cartílagos articulares de revestimiento sin ablación de porciones óseas, nos parece un excelente medio para obtener idéntico resultado.

Sus buenos resultados son tanto más manifiestos cuanto precoz es la intervención, y tanto más rápida será también la curación; se entiende que en los casos fistulizados y esto es casi seguro que equivale á infección secundaria, el tratamiento será largo ya se trate por este método ó cualquier otro.

Sus aplicaciones son las mismas que para las artrectomías en general, y dado lo económico que son estas intervenciones, deben ser practicadas en todos los casos benignos, que beneficiaran por la cura segura y por la rapidez.

No quiero decir con esto que deban operarse aquellos

casos en que el restitudio ad integrum será tan perfecto que se conservarán todos los movimientos con la seguridad de la curación, como el caso del Dr. Pagliere relatado en el párrafo de helioterapia, que fué suficiente la cura del sol; pero, aquellos casos que requieren largo tiempo de inmovilización, benignos si se quiere, y que curarán por este método, la condro sinovectomía será tan conservadora al fin, como la inmovilización y el tiempo de curación abreviado.

Tiene además todas las ventajas de las artrectomías, es decir que permite constatar de visu, la situación y extensión de las lesiones tuberculosas, para proceder en caso extremo como estas lo requieran; creemos á este respecto como dice Albertin, que no se debe abordar una articulación tuberculosa con el programa preconcebido y oponer tales ó cuales métodos, sino, practicar el que sea necesario.

Si pensamos que las tuberculosis articulares, especialmente las de la rodilla y codo, que son donde hemos practicado la condro sinovectomía, (con buen resultado, por cierto) el origen parece ser más sinovial que óseo, á pesar de lo que digan los autores, y nosotros por nuestra parte, en casi todas las observaciones que consigno al final, hemos comprobado el origen sinovial, los focos óseos existían en las artritis que databan ya de mucho tiempo, vemos entonces que la condro sinovectomía tendrá mayores oportunidades para ser aplicada y cada vez más, cuanto más precoz es el diagnóstico.

Aplicable sobre todo en los niños, donde tan frecuentes son también las lesiones senoviales, y tan fácilmente curan las óseas; porque es una intervención que no perjudicará el ulterior crecimiento por respetar el cartílago diartrodial. En una de mis observaciones hay un niño de once años á quien se le practicó esta intervención; tiempo después tuve oportunidad de encontrarlo y le hice sacar las radiografías números 1 y 2, donde se ve perfectamente el cartílago de crecimiento respetado; además se observa la anquilosis perfecta, ósea, sin acortamiento del miembro.

La falta de acortamiento del miembro constituye otra ventaja; es cierto que existe un pequeño acortamiento que es mínimo (el espesor de los cartílagos de revestimiento y semilunares, si se trata de rodilla) no pasará de un centímetro y medio, y la ventaja consiste, aparte de la estética y la función, que basta el tonismo muscular para mantener en contacto las dos superficies cruentas que han de soldarse.

La artrectomía en estas condiciones (condro-sinovectomía) dice Gangolphe, no es más que una resección ultra económica ó disimulada, y que tiene por resultado la anquilosis con el mínimum de acortamiento.

Describiré la técnica que hemos empleado en la sala II del Hospital Alvear, y se refieren todos los casos á rodilla y codo, las más frecuentemente afectadas. En la muñeca no la hemos adoptado, porque dada la complejidad de la articulación, se presta muy poco á esta clase de in-

tervenciones; en la cadera donde tan precarios resultados dan en general las intervenciones cruentas, preferimos siempre la inmovilización (previa corrección de las actitudes viciosas) á pesar de sus inconvenientes.

En las otras articulaciones no hemos tenido oportunidad de aplicarla.

La condro-sinovectomía en la rodilla.—La técnica que nosotros hemos seguido es la siguiente: Incisión transversal á convexidad inferior que pasa á través del ligamento rotuliano, pudiéndose usar la de Farabeuf ó la de Mackensie; nosotros usamos esta última; incidimos todas las partes blandas, entrando desde el primer tiempo en la articulación.

Reclinando el colgajo hacia arriba, á punta de bisturí ó á tijeras, separamos la sinovial; desde la incisión siguiendo hacia arriba. Al llegar á la rótula separamos ésta de los tejidos fibrosos que la rodean, rasando su cara anterior, de modo de sacar la rótula junto con la sinovial, respetando los tejidos vecinos.

La rótula la extirpamos, porque desde el momento que nos proponemos la anquilosis y como en nada contribuye á la solidez de ésta, no servirá conservarla. No teniendo ningún objeto, como pudiese estar afectada por la lesión tuberculosa, la extirpamos.

Continuando la desbridación de la sinovial, llegamos á los fondo de saco sub-cuadricipitales, al sitio que se refleja sobre el fémur y hasta su inserción. De este modo

tenemos desprendida la sinovial en toda su pared anterior. Por la misma abertura se desprende todo lo que se puede de sus caras laterales.

Se cortan los ligamentos cruzados al ras del hueso en la fosa intercondílea y flexionando fuertemente, habiendo colocado antes un rodillo hecho con una compresa en el hueco poplíteo, tenemos toda la pared posterior á la vista y fácilmente accesible, pudiéndose entonces desprender la sinovial en la cara posterior de los cóndilos y descendiendo por la pared posterior de la articulación, se va extirpando al mismo tiempo en el resto de las caras laterales; procediendo siempre con método para no dejar trozos de sinovial, se llega hasta la reflexión de ella en la tibia y hasta su inserción en ella; se extirpan los cartílagos semilunares de los platillos tibiales.

Una vez extirpada toda la sinovial conjuntamente con la rótula, se saca á escoplo el cartílagos articular, en los cóndilos y en la tibia, de modo que quedan las superficies óseas al descubierto.

Al desprender la sinovial de la cara posterior de la articulación, es necesario no apartarse de ella, en esta forma se evita de caer en el espacio celular del hueco poplíteo donde se encuentran órganos muy importantes.

No se coloca venda ni tubo Esmarch, la hemorragia no es mucha, pudiéndose trabajar sin inconvenientes, además facilita la hemostasia definitiva. Si hay algún pequeño foco óseo se extirpa con el curetaje.

Se suturan las partes fibrosas incindidas y después la piel con crin ó seda, cerramos sin drenaje, salvo que hubiera fistulas ó infección, después de haber colocado las gasas y el algodón, inmovilizamos la rodilla en extensión, en un aparato enyesado que no tocamos hasta los veinte y cinco ó treinta días (salvo que el estado del sujeto lo requiera) para quitarle los puntos de sutura, para lo cual abrimos el aparato de yeso, en dos valvas, para volverlo á colocar enseguida y seguir la inmovilización.

La anquilosis es perfecta y el enfermo á los 2 meses ó 2 meses y medio, á veces mucho antes se les da el alta por estar curados.

En el codo.—Modificación del Dr. Pagliere (L. E.) En el codo hemos practicado la condro sinvectomía, con las modificaciones del Dr. Pagliere que da por resultado la anquilosis parcial, es decir anquilosis humero cubital y conservación completa de los movimientos de pronación y supuración.

Sin embargo en un enfermo (Observación n.º 7) se consiguió además eierto grado de flexión y extensión.

Hemos usado siempre, la incisión logitudinal posterior que divide en dos el tendón del triceps; por otra parte no es absolutamente necesaria esta, pudiéndose usar cualquier otra.

Se desprende á legra, desperiostando las partes blandas, del hueso, luxando y al mismo tiempo flexionando fuertemente se penetra en la articulación, obteniendo cam-

po amplio para desprender la sinovial; después de esto se extirpa á escoplo el cartilago articular.

Si hubiera lesiones óseas y estas fueran pequeños focos se extirpan á cureta, sino se trata siempre de conservar en lo posible la forma de la gran cavidad sigmoidea y de la troclea humeral para conseguir una buena anquilosis.

Lo mismo que en la rodilla, se opera sin hemostasia de Esmarch; sutura en dos planos, no se deja drenaje, si no hay infección, inmovilización del brazo en flexión, con un aparato de yeso que se saca junto con los puntos de sutura.

En el codo siempre hemos hecho la condrosinovectomía con la modificación del Dr. Pagliere que voy á describir.

Cuando se interviene en el codo, para hacer una resección típica la intervención consiste (es lo que se hace en los anfiteatros y salas de operaciones) en quitar la extremidad inferior del húmero y superior del cúbito y del radio, limitándose para estos dos huesos, la extensión de los extremos á resecar; se recomienda, no desprender y cortar debajo de la inserciones del braquial anterior para el cúbito y del biceps para el radio; esto es lo que se hace casi siempre sin que las lesiones que son objeto de la intervencion, correspondan á la cantidad de hueso resecado. Lo que se busca obtener en estas resecciones, es una pseudo artrosis útil ó sea una nueva articulación capaz de llenar totalmente ó en parte, las funciones fisiológicas de la articulación normal, pero este objetivo no

siempre se obtiene, porque á veces ó hay una movilidad exagerada de la pseudo artrosis que el brazo queda inútil; ú otras veces lo que se obtiene es la anquilosis, este último resultado, tratándose de lesiones tuberculosas y si se ha hecho en buena posición (en ángulo recto) no es de temerse, puesto que sabemos que la anquilosis es una garantía nada despreciable de la curación; es un resultado favorable si el enfermo es de aquellos que deben ejercer un trabajo de fuerza, porque un codo anquilosado da un miembro superior capaz de hacer dichos trabajos. Cuando el sujeto deba ejercer alguna profesión que requiera la habilidad manual y la destreza entonces la anquilosis es un mal resultado porque con ella se pierden dichas funciones. Aun en estos casos dice el Dr. Pagliere no es tan grave á condición que ella sea parcial, esto es, que sea del cúbito y del húmero que son los huesos que normalmente hacen el brazo de palanca del miembro superior y cuya anquilosis si bien impide los movimientos de flexión y extensión, permite los trabajos de fuerza.

La destreza y la habilidad manual, se ejercen casi en su totalidad á expensas de los movimientos de pronación y supinación, y estos se hacen con el radio que se mueve alrededor de la extremidad inferior del cúbito, y para que dichos movimientos se conserven, es necesario que la cabeza del radio no se adhiera ni al cúbito ni al húmero, esta es la pseudo artrosis que se debe buscar siempre en las resecciones del codo y es precisamente el resultado que se obtiene con el procedimiento del Dr. Pagliere.

Al operar, trata de conservar en lo posible la forma de la articulación húmero cubital, para lo cual no usamos la sierra, empleamos el escoplo, y poco á poco, comenzando por resecar los cartílagos articulares, vamos resecando y seccionando sólo lo que consideramos enfermo y no susceptible de curar; conservamos en lo posible la forma del olécrano y de la troclea humeral, esto es, la forma de la articulación.

Después procedemos resecando la cabeza del radio, incluso su periostio, hasta cerca del nivel de la inserción del biceps, *dejando siempre el radio más corto que el cúbito*; en esto está la originalidad del procedimiento del Dr. Pagliere; es así cómo se evita con seguridad que el radio se anquilese con el húmero ó se adhiera al cúbito, cuya consecuencia sería la pérdida de la supinación y pronación; es así también cómo el extremo superior del radio, perdido entre las masas musculares, da lugar á una pseudo-artrosis fibrosa que reemplaza á la articulación radiocubital superior, conservando los movimientos de pronación y supinación, aunque la anquilosis cúbito-humeral haya traído la pérdida de los de flexión y extensión.

A continuación presento las observaciones, todas del Hospital Alvear, en el que se les practicó la condrosinovectomía.

Los casos de artritis tuberculosa del codo se les practicó á todos dicha operación con la modificación del doctor Pagliere.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observación I

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR
SALA II, SERVICIO DEL DR. JOSÉ A. VIALE

J. A. P., 76 años, argentino, soltero, jornalero.

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa de la rodilla.

Antecedentes personales y hereditarios.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace años sufrió un puntazo en la cara interna de la rodilla derecha, que dió regular cantidad de sangre, pero curó por primera, quedando en cambio un dolor que se acentuaba con el ejercicio de la articulacion.

El enfermo notó que después de curada aquella herida, la rodilla se le hinchaba con frecuencia, y el dolor en las

proximidades de la cicatriz era frecuente; notó también que los huesos habían aumentado de volumen.

Estado actual.—La rodilla derecha está aumentada de volumen y dolorosa, tanto á la presión como á los movimientos. Se palpa en su cara interna un engrosamiento de la tibia.

La articulación desviada hacia afuera y rotación interna de la pierna.

Operado el 30 de Marzo de 1911.

Operador.—Dr. Pagliere.

Ayudante.—Sr. Bardier.

Raquinovocainización.

Operación.—Incisión interna, desprendiendo á escoplo el tendón rotuliano, de la espinal tibial.

En la articulación se encuentran abundantes fungosidades y una cierta cantidad de líquido claro.

Los cartílagos articulares despulidos, dejan en algunos sitios el hueso al descubierto.

La interlínea articular, rodeada de exóstosis en ambos huesos, se extirpan; lo mismo se hace con la sinovial y los cartílagos.

Se cierra sin drenaje la herida operatoria.

Alta.—Curado, el 8 de Julio de 1911, ó sea tres meses y ocho días después de la intervención.

La anquilosis es perfecta, no hay dolor.

Observación II

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II, SERVICIO DEL DR. JOSÉ A. VIALE

L. S., 21 años, oriental, soltero, peón de campo.

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa rodilla derecha.

Hace ocho meses empezó á notar que la rodilla derecha aumentaba de volumen; los dolores no eran continuos pero, á veces, le impedía caminar.

No da antecedentes de traumatismo; no tienen importancia los personales y hereditarios.

Hace quince días los dolores se han hecho continuos y tiene fiebre.

Estado actual.—La rodilla aumentada de volumen, dolorosa, espontáneamente, al mantenerse de pie. A la palpación es sumamente dolorosa, sobre todo en el sitio que corresponde á la reflexión sinovial. Se siente pseudofluctuación, debido á la cantidad de fungosidades.

Operado el 17 de Abril de 1911.

Operador.—Dr. Pagliere.

Ayudante.--Sr. Vilaseca.

Anestesia clorofórmica. Novocaína, sin resultado.

Operación.—Condrosinovectomía.

No hay lesiones óseas apreciables.

Sutura sin drenaje. Inmovilización.

Abril 29.—Se vacía un hematoma y se quitan los puntos de sutura.

Mayo 9.—La herida ha cicatrizado, la consolidación está bastante avanzada. El enfermo puede levantar su pierna de la gotera de yeso.

Alta, curado, el 24 de Junio de 1911, á los dos meses y ocho días.

Observación III

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II, SERVICIO DEL DR. JOSÉ A. VIALE

C. B., 17 años, español, soltero, jornalero.

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa rodilla derecha.

Antecedentes personales y hereditarios.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace dos años, sintió por primera vez dolor y sensación de calor en la rodilla derecha, que se hacían más pronunciados al caminar. En esta forma pasó 5 meses, notando recién entonces el aumento de volumen de la rodilla, por lo que resolvió ingresar en el hospital de Bahía Blanca, donde le aplicaron puntas de fuego é inmovilización con vendaje, notando al principio alguna mejoría. Más tarde se le exageraron las manifestaciones primeras y resolvió salir del hospital, donde había permanecido 4 meses.

Hace notar que las tales manifestaciones no eran continuas, sino que á veces desaparecían por unos días, apa-

reciéndole siempre después de caminar. Desde el principio de su enfermedad tuvo limitación de los movimientos.

Estado actual.—La rodilla derecha aumentada de volumen, dolorosa, en semiflexión, la extensión pasiva dolorosa y no se consigue por completo. Atrofias musculares, tanto en el muslo como en la pierna.

Operado el 14 de Julio de 1911.

Operador.—Dr. Viale.

Ayudante.—Dr. Pagliere.

Anestesia clorofórmica.

Operación.—Incisión de Mackensie; se halla la articulación con abundante pus y granos riciformes. Extirpación de la sinovial y resección de los cartílagos articulares. Macroscópicamente no hay lesiones óseas. Operación sin vendaje Esmarch. Drenaje.

Inmovilización en aparato de yeso.

Curado y dado de alta el 12 de Setiembre de 1911.

Un mes y 28 días.

Observación IV

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II, SERVICIO DEL DR. JOSÉ A. VIALE

D. G., 12 años, argentino.

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa rodilla derecha no fistulizada.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace 4 ó 5 meses sufrió un golpe en la rodilla derecha, á consecuencia de una caída, viéndose obligado á guardar cama.

Al día siguiente la rodilla se le habla hinchado, estaba sumamente dolorosa, no pudiendo efectuar ningún movimiento con ella. Varios días después la hinchazón disminuye, pero persiste el dolor y la impotencia funcional. Nota un cierto grado de flexión.

Dos meses después los dolores habían desaparecido y podía caminar con muletas.

Pero comienza de nuevo á aumentar de volumen la

rodilla, la impotencia funcional persiste y la flexión de la pierna sobre el muslo se va acentuando cada vez más.

Ingresa en estas condiciones en el Hospital de Flores, donde le proponen la intervención, á la que él se niega: pero más tarde ingresa en nuestro servicio.

Estado actual.—La rodilla aumentada de volumen y en flexión, hay atrofas musculares.

Dolores á la presión, sobre todo á la altura del platillo tibial interno; los fondos de saco sinoviales distendidos.

Operado el 26 de Julio de 1911.

Operador.—Dr. Pagliere.

Ayudante.—Sr. Bardier.

Cloroformo.

Operación.—Incisión de Mackensie. Se encuentran algunas fungosidades y una artritis relativamente plástica.

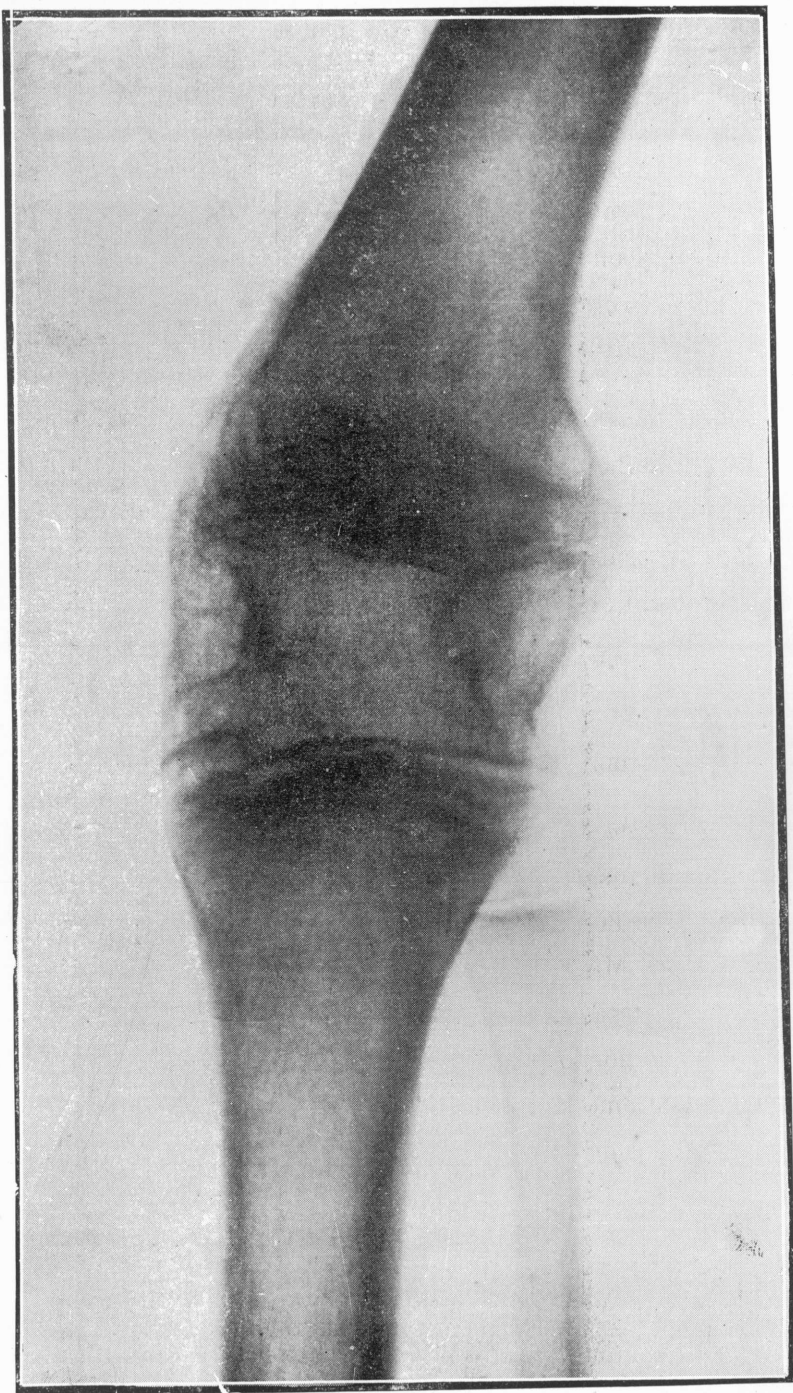
Se hace la sinovectomía y extirpación de los cartílagos á escoplo. Macroscópicamente no hay lesiones óseas.

Cierre total de la herida sin drenaje.

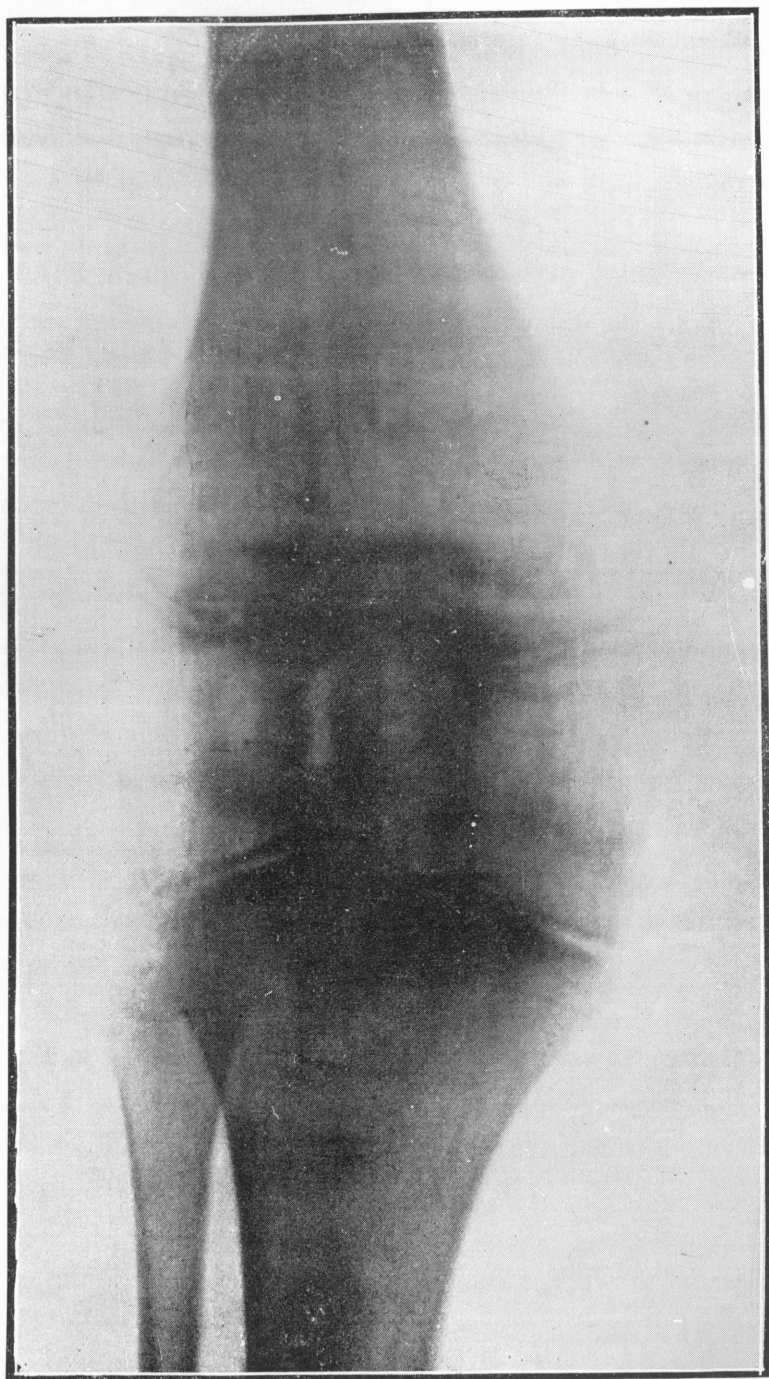
Curado por primera. La anquilosis fué definitiva á los 70 días. Comenzó á caminar á los 34 días de operado.

Es dado de alta el 21 de Octubre de 1911.

El 5 de Agosto de 1912, ingresa en la sala á consecuencia de una caída sobre la rodilla derecha (lado operado). Al examen bajo anestesia se nota movilidad de la



N.º 1. — *Observación N.º IV.*—D. G., 12 años, argentino A los 2 $\frac{1}{2}$ años de operado. Radiografía rodilla derecha, vista de costado. Se ve la anquilosis ósea y los cartílagos de crecimiento respetado.



N.º 2.—El mismo caso anterior. Vista de frente.

articulación de la rodilla, acompañada de frotos, la articulación está tumefacta.

Se le inmoviliza en un aparato de yeso al día siguiente.

Alta á su pedido el 16 de Agosto de 1912, quedándole una pequeña desviación.

A los dos años y medio de operado, he tenido oportunidad de ver nuevamente al enfermo.

La anquilosis es perfecta, no siente dolor alguno, la marcha se hace en inmejorables condiciones.

Aparentemente no hay acortamiento, y midiendo se comprueba que la pierna operada tiene un centímetro y medio de acortamiento, pero la pelvis de ese lado un poco descendida compensa el acortamiento. (Hago notar que se trata de un niño, y que la intervención en nada ha afectada el ulterior crecimiento). Hay una pequeña desviación en ángulo abierto hacia afuera, debido á la fractura que tuvo el año de operado.

Aprovechando la oportunidad, le hice sacar dos radiografías, números 1 y 2, donde se ve la rodilla de costado y de frente, pudiéndose comprobar la anquilosis, en ciertos puntos osificada; se ve también los cartílagos de crecimiento respetados.

Observación V

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II.—SERVICIO DEL DOCTOR JOSÉ A. VIALE

M. M., 19 años, español, soltero, panadero.

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa del codo izquierdo.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Hace dos años que tiene tos, después de un fuerte resfrío, la expectoración es escasa.

En este último tiempo ha enflaquecido mucho.

No ha tenido enfermedades venereas; no es fumador, tiene hábitos alcohólicos.

Enfermedad actual.—Hace tres meses, al levantar una bolsa de harina, sintió un fuerte dolor en el codo izquierdo, pero le permitió seguir trabajando, más tarde el dolor se hizo cada vez más intenso sobre todo al hacer algún esfuerzo, llegó hasta tal punto que no pudo siquiera apoyar el codo.

Actualmente el codo en flexión sin poder estirarlo y

tan doloroso espontaneamente que tiene que sostenerlo con una echarpe. Los relieves oseos borrados por la tumefacción. Dolor intenso á la presión en el olécrano.

Operación.—El 2 de Octubre de 1911.

Operador.—Dr. Pagliere.

Ayudante.—Sr. Bardier.

Cloroformo.

Operación.—Incisión posterior que divide longitudinalmente el tendón del triceps. Con auxilio de la legra, se abre ampliamente la articulación que se encuentra llena de fungosidades y líquido purulento. Se procede haciendo la sinovectomía, se quitan los cartílagos articulares á escoplo y como las lesiones óseas son mínimas, sólo se re-seca la cabeza del radio para evitar su anquilosis con el húmero y obtener así la conservación de los movimientos de pronación y supinación.

Inmovilización en ángulo recto. Cierre total de la herida sin drenaje.

Alta el 25 de Enero de 1912, curado, conserva los movimientos de pronación y supinación.

Total: 3 meses.

Observación VI

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II.—SERVICIO DEL DOCTOR JOSÉ A. VIALE

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa rodilla izquierda.

J. D., 29 años, italiano, peón.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace 2 años que padece de la lesión que lo trae al hospital. Comenzó con un dolor en el tobillo, más tarde, recibió un golpe en la rodilla, ésta se hinchó, quedando muy dolorosa, no le impedía trabajar aunque sufría mucho, así, pasó dos años hasta que ingresa al servicio.

Hombre delgado, sistema piloso muy desarrollado, tejido adiposo y muscular escaso.

En la pierna izquierda; á la inspección se ve la rodilla aumentada de volumen, muslo y pierna con marcada atrofia, á la palpación la rodilla dolorosa, los movimientos articulares, limitados; posición cómoda, la semiflexión; no

hay choque rotuliano, pero se nota un espesamiento de la sinovial.

Operación.—22 de Noviembre 1911.

Operador.—Dr. Pagliere.

Ayudante.—Sr. Ojeda.

Se extirpa la sinovial y los cartílagos articulares. Se encuentra un foco óseo de tuberculosis en el condilo externo del fémur, que se extirpa á cureta. Inmovilización. Drenaje.

Sale curado el 1º de Marzo 1912.

Observación VII

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II, SERVICIO DEL DR. JOSÉ A. VIALE

J. M. A., 27 años, argentino, soltero, jornalero.

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa del codo derecho.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Siempre propenso á frecuentes resfrios y bronquitis.

Enfermedad actual.—En el mes de Setiembre recibió un golpe en el codo derecho, hinchándose este, pero á los quince días curó. Cinco días después de un trabajo pesado se vuelve á hinchar poniéndose la articulación, muy dolorosa y en flexión.

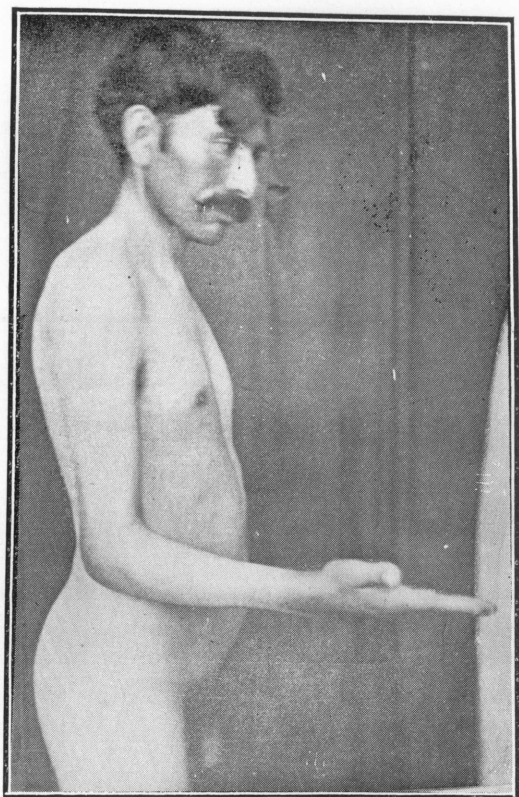
Actualmente la articulación está aumentada de volumen, en flexión, dolorosa sobre todo en el lado externo. Hay un absceso frío.

Operado el 7 de Febrero de 1912.

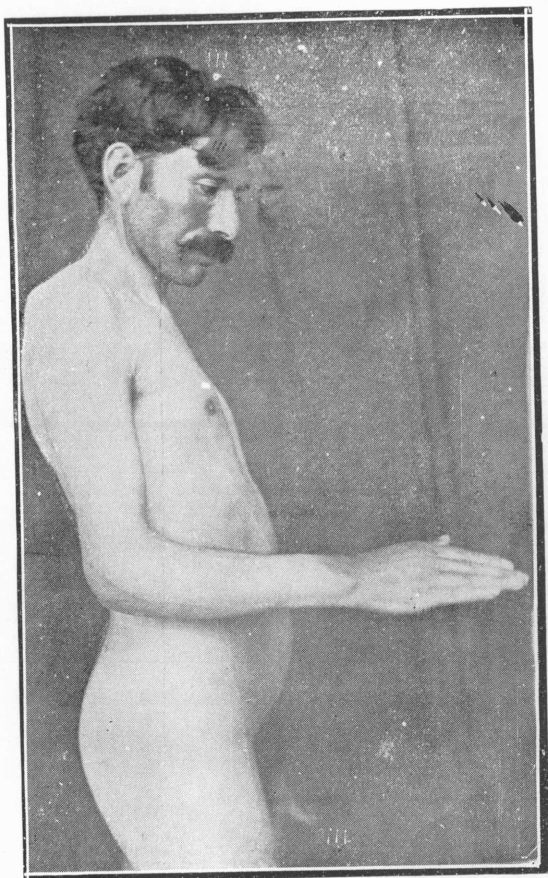
Operador.—Dr. Pagliere.



N.º 3.—J. M. A., 27 años, argentino, soltero, jornalero. En esta radiografía se nota *el radio más corto cúbico* y en cuyo extremo había una pseudo artrosis que permite los movimientos de pronación y supuración como puede verse en las fotografías n.ºs 4 y 5. Este enfermo consiguió además un cierto grado de flexión y extensión. Fig. n.º 6 y 7.

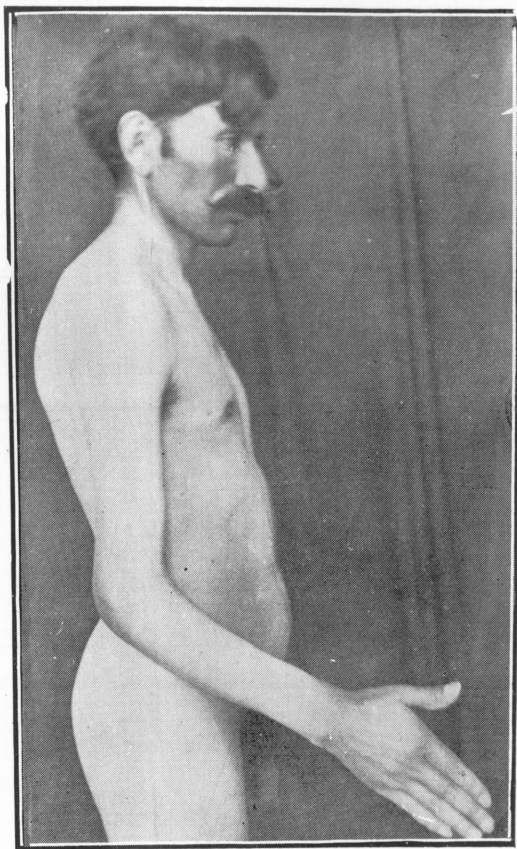


N.º 4
Obs. n.º VII.—Supinación.



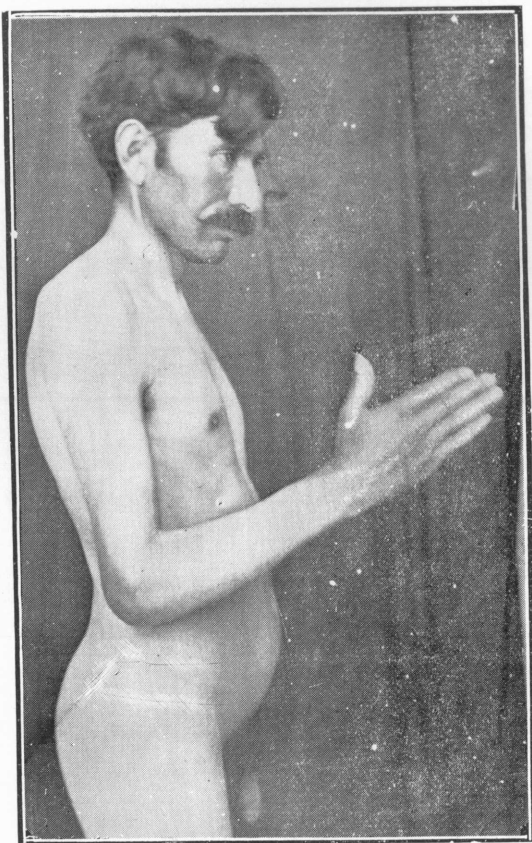
N.º 5

Obs. n.º VII.—Pronación.



N.º 6

Obs. n.º VII.—Extensión.



N.º 7

Obs. n.º VII.—Flexión.

Ayudante.—Sr. Olivieri Acosta.

Anestesia local endovenosa (Bier).

Operación.—Incisión longitudinal posterior que divide el tendón del triceps; con la legra se abre la articulación y se procede haciendo una sinovectomía, se extirpan los cartilagos articulares á escoplo. Con la gubia se resecan unos pequeños focos óseos. Se reseca la cabeza del radio con objeto de evitar su anquilosis con el húmero á fin de conservar los movimientos de pronación y supinación. Cierre parcial de la herida operatoria, drenaje con tubo de goma.

En la radiografía n.º 3 que pertenece á este enfermo, se puede ver la forma de la articulación cúbito humeral conservada; el radio mucho más corto que el cúbito y en su extremo una pseudo artrosis fibrosa que permite la totalidad de los movimientos de pronación y supinación como puede verse en las fotografías n.º 4, 5, 6 y 7.

En estas mismas fotografías se puede observar la conservación de los movimientos de flexión y extensión en una amplitud de casi 90°.

Observación VIII

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II, SERVICIO DEL DR. JOSÉ A. VIALE

T. S., 24 años, argentino, soltero, peón de campo.

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa del codo izquierdo (Fistulizada).

Hace un año y medio comenzó su enfermedad con una tumefacción en el codo izquierdo que se abrió dando salida á regular cantidad de pús.

Refiere el enfermo que no le molestaba mayormente, permitiéndole trabajar por espacio de 6 meses.

La articulación del codo, tumefacta, en flexión con un orificio fistulizado en su parte posterior por donde sale pús.

En la parte interna de la articulación, hay pseudo fluctuación debido á las fungosidades que se palpan.

Operado el 2 de Octubre de 1913.

Operador.—Dr. Pagliere.

Ayudante.—Dr. Nicolini.

Anestesia local endovenosa (Bier).

Operación.—Incisión dorsal que divide el tendón del triceps longitudinalmente, se abre la articulación excindiendo la sinovial y extirpando los cartilagos articulares que están profundamente alterados. Curetage de los trayectos fistulosos. Se extirpa con la cureta un foco óseo que estaba situado en el olécrano.

El radio resecao más corto que el cúbito.

El enfermo murió el 7 de Febrero de 1914, por insuficiencia tricuspídea.

El codo operado estaba en buenas condiciones; las fistulas daban poca secreción, los movimientos de flexión y extensión limitados pero en cambio los de pronación y supinación eran completos.

Observación IX

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II, SERVICIO DEL DR. JOSÉ A. VIALE

J. M., español, 17 años, soltero, peón.

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa rodilla derecha.

Comenzó su enfermedad hace 8 meses, notando al principio dolor, y más tarde, el aumento de volumen é impotencia funcional de la rodilla. Después, un cierto grado de flexión.

En esta forma ingresa al servicio. Dolor, sobre todo á la altura de los platillos tibiales, flexion de la pierna sobre el muslo, aspecto fusiforme de la rodilla.

No hay choque rotuliano; fondos de saco subcuadricipital distendidos y con pseudofluctuación, debido á las fungosidades.

Operado el 19 de Noviembre de 1913.

Operador.—Dr. Pagliere.

Ayudante.—Sr. Fasulino.

Raquianestesia.

Incisión de Mackensie. Se encuentra la articulación llena de fungosidades; la sinovial espesada, que se extirpa, y, á escoplo, los cartílagos articulares. No hay lesiones óseas visibles.

Cierre completo de la herida, sin dejar drenaje.

Inmovilización en aparato de yeso, que se quita á los 30 días, y se sacan al mismo tiempo los puntos de sutura.

Es dado de alta, curado, el 29 de Enero de 1914, ó sea á los 2 meses y 10 días; la anquilosis es perfecta.

Observación X

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II, SERVICIO DEL DR. JOSÉ A. VIALE

J. A., 22 años, soltero, argentino, peón.

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa rodilla derecha.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A los 6 años erisipela, á los 14 viruela. Después, ninguna otra enfermedad.

Enfermedad actual.—Comienza la afección en Octubre de 1912; un mes antes rodó con el caballo, apretándose la rodilla. Aumento de volumen de la articulación, dolor solo al caminar y especialmente al pisar después de estar sentado.

No tenía dolores nocturnos, pero los sentía á la mañana al levantarse, cuando comenzaba á caminar, pero después le pasaba con el ejercicio.

Al mes de comenzada la afección, se le flexiona poco á poco la rodilla, no pudiéndola extender.

El 8 de Noviembre ingresa en el Hospital Fernández, donde le aplican un aparato inmovilizador.

Sin esperar la curacion, sale del hospital, y más tarde ingresa en nuestro servicio.

Actualmente presenta la rodilla derecha engrosada, de aspecto fusiforme, los relieves borrados, dolorosa á la palpación, sobre todo en los sitios de reflexión sinoviales, en los fondo de saco de ésta, distendidos, se palpan fungosidades; contracturas, atrofas musculares, rodilla en flexión.

Operado el 5 de Enero de 1914.

Operador.—Dr. Pagliere.

Ayudante.—Sr. Fasulino.

Raquianestesia.

Incision de Mackensie. Se abre la articulacion, donde existe gran cantidad de fugosidades. Se extirpa la rótula conjuntamente con la sinovial. No se hallan lesiones óseas.

Reseccion á escoplo de los cartílagos articulares.

Sutura en dos planos, sin dejar drenaje.

Aparato inmovilizador de yeso. Al mes se abre el aparato yesado, se quitan los puntos.

La consolidación está avanzada. Se vuelve á inmovilizar, y dos meses después comienza á caminar. No hay dolor.

Observación XI

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II, SERVICIO DEL DR. JOSÉ A. VIALE

P. R., español, 38 años, soltero, peón.

Diagnóstico.—Artritis tuberculosa rodilla izquierda.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace un año y medio que notó limitación en los movimientos de la rodilla; más tarde debía extenderla para sentarse y en esta posición sentía dolores espontáneos, á los lados de la articulación.

De pié, no le dolía pero sí, al caminar ó á la compresión. Más tarde los dolores aumentaron notando tumefacción en el lado interno de la rodilla. Le aplicaron puntas de fuego sin resultado.

Ingresa al servicio presentando un engrosamiento fusiforme de la rodilla, sin reacción local. Dolorosa en general á la palpación, su máximun se halla á la altura de los platillos tibiales.

Se interviene el 9 de Febrero de 1914.

Operador.—Dr. Pagliere.

Ayudante.—Sr. Fasulino.

Raquianestesia.

Incisión de Mackensie. Condrosinovectomía. No se aprecian lesiones óseas.

Se opera sin lazo de Esmarch. Sutura sin drenaje. Inmovilización en aparato de yeso.

El 10 de Marzo se quita el yeso y los puntos de sutura, la articulación ya está anquilosada.

Se da de alta curado el 26 de Marzo de 1914.

Total 1 mes y 17 días.

Observación XII

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA II.—SERVICIO DEL DOCTOR JOSÉ A. VIALE

V. P., 36 años, italiano, casado, peón.

Artritis tuberculosa rodilla derecha.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Hace 6 meses, nos refiere el enfermo, que á consecuencia de una mojadura, dos días después empezó á sentir dolores en la rodilla y más tarde notó que había aumentado de volúmen.

Los dolores eran continuos, tanto en reposo como en movimiento, nocturnos y diurnos. 15 días después de haberse hinchado la rodilla, comienza á flexionarse, consiguiendo aun extenderla pero sin completar el movimiento.

Ingresa al servicio con la rodilla en flexión y dolorosa, engrosamiento fusiforme, no hay líquido en el interior de ella; no hay puntos dolorosos óseos, pero si en el sitio

de reflexión sinovial en la tibia. Se palpan fungosidades en los fondos de saco sinoviales.

Operado el 20 de Febrero de 1914.

Operador.—Dr. Pagliere.

Ayudante.—Sr. Fasulino.

Raquianestesia.

Incisión de Mackensie, condrosinovectomía. No hay lesiones óseas apreciables, cierre de la herida en dos planos sin dejar drenaje. Inmovilización en aparato de yeso.

El 25 de Marzo se le sacan los puntos continuando la inmovilización. Actualmente el enfermo ya camina, pero sigue aun en la sala.

Buenos Aires, Junio 13 de 1914

Nómbrese al señor Académico Dr. Antonio C. Gandolfo; al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente Dr. Roberto Solé 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 22 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2831 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La condro sinovectomia no basta en la generalidad de los casos que se presentan al cirujano para obtener la curación de las artritis tuberculosas.

Gandolfo.

II

Indicaciones de las resecciones en las artritis tuberculosas

R. S. Gómez.

III

Las lesiones óseas diaepifisiarias predominan, cuando el cirujano se decide por una intervención cruenta en las artritis tuberculosas.

R. Solé.

BIBLIOGRAFÍA

Koenig.—Maladies des os et des articulations.

Koenig.—Conferenza sulla tubercolose delle ossa e delle articolazione.

Maclaire.—Maladies des articulations.

Maclaire.—Gazette des Hopitaux, 1892-1893.

Picqué et Maclaire.—Therapeutique chirurgicale des maladies des articulations.

Ollier.—Traité des resections.

Gangolphe.—Arthrites tuberculeuses.

Forgue.—Patología externa.

Jean Bosc.—Contribution à l'étude du traitement des osteo arthrites tuberculeuses. Tesis de París, 1906.

Bourget.—Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les arthrites tuberculeuses. Tesis de París, 1912.

Calot.—La ortopedia indispensable al práctico.

Defaix.—Synovites tuberculeuses.

Kocher.—Tratado de operaciones.

Arce J.—Tuberculosis articular. Contribución al estudio de su tratamiento quirúrgico.

Chamorro P.—El método de Bier en las artritis tuberculosas. Tesis de Buenos Aires, 1909.

Maclaire.—Maladies des os.
