3008

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DE LA

COXALGIA EN LOS NIÑOS

—

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

ANDRÉS COPELLO

Exinterno por concurso del Hospital de Niños

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI É HIJOS

680 — CALLE PERÚ — 680

—

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO
DE LA
COXALGIA EN LOS NIÑOS

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

ANDRÉS COPELLO
Exinterno por concurso del Hospital de Niños

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE PABLO E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
1898

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

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

Doctor Pedro Mallo

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor Leopoldo Montes de Oca
» José T. Baca
» Rafael Herrera Vegas
» Pedro Mallo
» Jacob de T. Pinto
» Eufemio Uballes
» Juan R. Fernandez
» Enrique E. del Arca
» Pedro N. Arata
» Manuel Blancas
» Roberto Wernicke
» Pedro Lagleyze
» José Penna
» Luis Güemes
» Eliseo Cantón.

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor Ernesto Aberg
» Pablo Marengo
» Eduardo Wilde
» Martin Spuch
» Telémaco Susini

Secretario titular : Dr. Luis M. Acuña
Prosecretario : Dr. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

TITULARES

Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología General y Humana	»	Pedro J. Coronado.
Higiene Pública y Privada	»	Melitón Gonzalez del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología Externa	»	Obdulio Hernandez.
Patología Interna	»	José Penna.
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos G. Malbrán.
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	»	Julián Aguilar.
	»	Antonio C. Gandolfo.
	»	Alejandro Castro.
Clínica médica	»	Gregorio N. Chaves.
	»	Luis Güemes.
	»	Abel Ayerza.
	»	Francisco A. Sicardi.
Obstetricia y clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina Legal	»	Eduardo M. Perez.
Enfermedades génito-urinarias	»	Federico Texo.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Química analítica	»	Atanasio Quiroga.
Física Médica	»	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología y rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Botánica médica	»	Martín Spuch.
	»	Adolfo Mujica.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etcheparehorda.
Dentistería operatoria	»	León Pereyra.

SUSTITUTOS

Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid.
Fisiología general y humana	»	Vacante.
Higiene Publica y Privada	»	Enrique Revilla
	»	Ricardo Schatz.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca.
	»	Angel M. Centeno.
Patología Externa	»	Daniel J. Cranwell.
	»	Pascual Palma.
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	»	José Badía.
Medicina operatoria	»	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	»	José F. Molinari.
	»	Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero.
	»	Facundo Larguía,
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	»	Francisco Barraza.
	»	Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	José A. Estevez.
	»	Jose R. Semprun.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	»	Benjamín T. Solari.
Clínica Quirúrgica	»	Juan B. Justo.
	»	Diógenes Decoud.
Clínica Médica	»	Julio Mendez.
	»	Ignacio Allende.
Obstetricía y su clínica	»	Luis F. Vila.
	»	Fanor Velarde.
Física médica	»	Juan J. Galiano.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
	»	D. Cavia.
Toxicología	»	Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante.
Farmacia práctica	»	Vacante.
Botánica médica	»	Roberto Kolbe.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello.
Obstetricía para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera.
Dentistería operatoria	»	Vacante.

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO Dr D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Á LOS MÍOS

SEÑORES ACADÉMICOS,

SEÑORES PROFESORES :

Con el nombre impropio de coxalgia, hoy generalmente adoptado, distinguimos en la práctica la artritis tuberculosa coxofemoral; llamada antiguamente morbus coxarius, morbus coxœ, morbus coxendicis; conocida también con el nombre de coxotuberculosis, coxitis ó coxalgia tuberculosa y tumor blanco de la cadera. Es ésta una afección frecuentemente observada en la práctica infantil, siendo su etiología, anatomía patológica, sintomatología y diagnóstico bien conocidas en la actualidad; no así su tratamiento, que nos ha parecido bastante descuidado no sólo de parte de los padres ó encargados de los niños enfermos de coxalgia, sino también de parte de personas entendidas pero poco familiarizadas

con el tratamiento que esta afección requiere; tratamiento que bien aplicado conduce á la curación.

Por ello es que he elegido como tema de este trabajo reglamentario, el tratamiento de la coxalgia en los niños, que si no tiene originalidad es guiado por la observación de muchos casos que he seguido durante mi internado en el Hospital de niños.

Es de notar la frecuencia con que suelen presentarse en los niños las afecciones tuberculosas quirúrgicas; en el lapso de tiempo transcurrido entre el 1° de enero de 1897 al 30 de junio de 1898, la estadística del consultorio externo de cirujía de ese hospital, presenta un 35 ½ % de los niños atendidos como enfermos de esta naturaleza, siendo la coxalgia la más frecuentemente observada, pues representa el 46 % del total de tuberculosis quirúrgicas.

Esta clase de enfermos, en su mayoría hijos de padres pobres y sin recursos para atenderlos debidamente en sus domicilios durante el tiempo necesario para su curación, que dura, en ocasiones, varios años, necesitan hospitalizarse, no siendo esto posible en el Hospital de niños ni en los demás hospitales de la Capital, no por falta de buena voluntad sino por falta de camas, que se necesitan con más apremio para otros casos quirúrgicos

cuyos resultados brillantes é inmediatos no se hacen esperar.

Hemos visto muchos niños coxálgicos que habiendo asistido durante algún tiempo al consultorio externo, sus padres han abandonado luego el tratamiento á que estaban sometidos aquéllos, cansados de esperar camas, y no serles posible asistir con regularidad á las curaciones, á causa de sus quehaceres. Pasados varios meses han vuelto nuevamente; el niño, sin tratamiento, ha visto progresar su afección más ó menos rápidamente; para obtener su curación se necesitan más cuidados que antes, es preciso esperar largo tiempo; en la mayoría de los casos la hospitalización se hace necesaria, pero pocos la consiguen, los demás se ven, con pesar, rechazados.

¿No merece acaso esta clase de enfermos que les dediquemos todos nuestros esfuerzos, para conseguir su curación?

La coxalgia es curable, observándose en la práctica este feliz resultado tanto más fácilmente cuanto que un tratamiento racional y bien dirigido, comenzado desde el principio de la afección, si es posible, no ha sido abandonado ni descuidado en lo más mínimo. Como este tratamiento es de larga duración, de ahí que no sea

seguido en la mayoría de los casos no hospitalizados.

Siguiendo el ejemplo de las naciones europeas, deberíamos tener un establecimiento destinado exclusivamente para la admisión y tratamiento de los afectados de tuberculosis quirúrgicas. En vista de los grandes resultados que allá se obtienen en los asilos marítimos; si se hicieran trabajos en ese sentido, se impone la conveniencia de instalarlo á orillas del mar.

La Sociedad de Beneficencia posee en Mar del Plata en un sitio inmejorable, distante un kilómetro de la población y á sólo trescientos metros de la costa, una instalación donde se envían durante el verano esta clase de niños enfermos, procedentes de los establecimientos que posee en la Capital, enfermos que pocos resultados benéficos obtienen en razón del corto espacio de tiempo que allí permanecen y por la falta de dirección médica constante.

Creemos que la dirección del Hospital de niños ha manifestado la conveniencia de que dicho establecimiento marítimo se coloque en condiciones de ser ocupado todo el año; si ello sucediera sería la base para la creación en lo futuro de un gran Hospital Marítimo nacional, cuyas ventajas se harían sentir inmediatamente,

no sólo en los enfermos afectados de tuberculosis quirúrgicas, en quienes no haya contraindicación para la aeroterapia marítima, sino también en todos los hospitales de la capital, cuyas camas, ocupadas por los coxálgicos fistulosos, por ejemplo, no pueden disponerse sino después de muchos meses y en ocasiones después de varios años.

En presencia de una coxalgia, dos son las indicaciones que se presentan al clínico para instituir el tratamiento: 1° tratar de conseguir la curación de la tuberculosis local; 2° que el tratamiento empleado deje al coxálgico, una vez sobrevenida la curación, un miembro que en lo sucesivo pueda serle útil.

1° La curación de la tuberculosis local se obtiene en la actualidad, llenando indicaciones que se dirigen al estado general de salud del niño afectado é indicaciones locales de la articulación enferma. Las generales, dirigiéndose directamente al organismo afectado, activando la nutrición general, aumentando la fuerza de resistencia de todos los tejidos y modificando su manera de reaccionar, lo colocan en condiciones favorables para emprender la lucha contra la afección específica; las locales, dirigiéndose directamente al órgano atacado, tienen por objeto crear, de diferentes modos, condiciones des-

favorables á la progresión del tubérculo, siendo por lo tanto propicias á su reabsorción ó transformación fibrosa ú ósea, evolución espontánea que presenta el foco tuberculoso que tiende á la curación.

2° Las indicaciones que se dirigen al porvenir funcional del miembro afectado, las llenaremos con los métodos conservadores que tienden á obtener ese resultado; evitaremos, en lo posible, las grandes intervenciones operatorias, que suelen dejar en los niños, como consecuencia, claudicación persistente debida al acortamiento del miembro, si no dejan un miembro inútil al objeto que está destinado.

Todas estas indicaciones no deben olvidarse al tratar un coxálgico, deben prestarse mutuo apoyo, marchar unidas y no excluirse las unas á las otras.

Seguiré, en la exposición de este trabajo, el estudio de estas indicaciones en los diferentes períodos clínicos de la coxalgia en que encuentran su aplicación, ateniéndome á lo que he observado y me ha enseñado la práctica adquirida.

Me es altamente satisfactorio expresar en este lugar mi agradecimiento hacia todos los maestros que han contribuido con sus esfuerzos y enseñanza á ilustrarme, hacia los señores médicos del Hospital de niños, por las

atenciones que me han dispensado y por los conocimientos prácticos adquiridos en sus respectivos servicios durante mi internado, muy particularmente hacia los doctores Juan J. Díaz, Antonio Arraga y Máximo Castro, quien me ha alentado y puesto á mi disposición importantes datos para la ejecución de este trabajo.

TRATAMIENTO GENERAL

Afección bacilar, la coxalgia es, por regla general, local en sus principios, progresa, se extiende y puede invadir todo el organismo, siendo éstas sus tendencias naturales, que observamos en los casos no tratados ó mal cuidados. De aquí la indicación capital de impedir, procurando por todos los medios á nuestro alcance, esta tendencia á la invasión general. Por otra parte, los resultados obtenidos localmente están subordinados al estado de salud general del sujeto afectado y con la mejoría del estado general las esperanzas de curación local aumentan considerablemente.

El tratamiento general es esencialmente médico, su objeto es colocar al organismo en las mejores condiciones de resistencia, á fin de combatir con éxito la grave afección que nos ocupa; no debe descuidarse su aplicación en cada caso particular que se presente, cualquiera que sea el período clínico de la afección.

Comprende : 1° El uso de medicamentos capaces, sino de atenuar la virulencia de los bacilos, de impedir la debilitación del niño enfermo y acrecentar el vigor del organismo. Estamos completamente desprovistos de medios para lo primero, en la actualidad no poseemos un solo medicamento cuya eficacia sea incontestable para destruir el bacilo tuberculoso ó sus toxinas; en cambio, nuestro arsenal terapéutico está bien provisto de eupépticos, tónicos, reconstituyentes, etc., que en presencia de la indicación pueden dar excelentes resultados para lo segundo. He visto emplear con preferencia el clorhidrofosfato de cal, la quina, el hierro, el yodo, el arsénico y los hipofosfitos, durante el verano ; el aceite de higado de bacalao con alimento químico de Parrish, en las estaciones templadas ó frías, cuando es bien tolerado.

2° La alimentación. Debe ser abundante, vigilando sin embargo que las funciones digestivas no se resientan; se dará preferencia á los alimentos de fácil digestión, como ser huevos poco cocidos, pescados, sesos, leche en cantidad, legumbres cocidas, carnes asadas ó hervidas, manteca y frutas ; se suprimirán los dulces, confituras y pastelerías que producen la dimunición del apetito y debilitan el organismo. Como bebidas, agua albumi-

nosa, vinos generosos y cerveza en cantidad moderada.

3° Observar todas las reglas de higiene. Sería superfluo extenderse sobre los cuidados de limpieza, estos serán aplicados con la mayor regularidad. Los enfermos con aparatos amovo-inamovibles serán bañados con gran precaución cada 20 ó 25 días, es decir cada vez que su cambio se haga necesario; durante el intervalo se contentará con abluciones periódicas hechas con una esponja sobre las diferentes partes del cuerpo no recubiertas por él. Desaparecidos los dolores, los baños salados calientes deben darse todas las semanas y practicarse masajes de los músculos del miembro afectado, teniendo cuidado de no mover la articulación de la cadera.

Veremos que el reposo prolongado es la base del tratamiento local; no deberá por ello, en la ciudad, permanecer confinado el niño en su habitación sin salir de ella jamás; por el contrario, se tratará de distraerlo lo más que sea posible. Se colocará al niño y acomodará bien en una cama-coche, se le cambiará de pieza, haciéndole asistir á las comidas de los demás, se le paseará diariamente fuera para que reciba un baño de sol y aire. Lannelongue dice, con razón, que el aire puro es para él, el excitante útil de todas las funciones nutritivas, de la

piel, del tubo digestivo; el sistema nervioso se calma, el sueño es más tranquilo; la distracción le conserva su buen humor y en estas condiciones si la salud general no presenta una próspera apariencia á lo menos se mantiene buena.

Esto, para los enfermos ricos y atendidos en sus domicilios; en el hospital, los coxálgicos están en condiciones ventajosas para distraerse; además de los cuidados higiénicos constantes y de las visitas médicas diarias, se hallan en amplias y bien ventiladas salas, conversan sin cesar, juegan con otros enfermos convalescientes de mil diversos modos y á pesar del reposo é inmovilización prolongada á que se encuentran sometidos no se fastidian jamás. La comida es repartida á todos indistintamente al mismo tiempo á una misma hora, esperada con la mayor impaciencia, y el apetito disminuido del uno, es sin cesar estimulado por las críticas de los demás.

El paseo diario en la ciudad es de práctica difícil; se impone la residencia en el campo; aquí nos encontramos frente á una cuestión de verdadero interés, á saber: ¿qué clima deberá escogerse? En Europa, si bien las opiniones están divididas, se da hoy la preferencia á las costas marítimas, habiendo muchos establecimientos donde,

sin descuidar el estado local, se trata á las tuberculosis quirúrgicas, á la coxalgia sobre todo, por la aeroterapia marítima.

Las propiedades físicas y químicas del aire de mar no se discuten; es un aire puro, denso, húmedo, cargado de principios yodados y emanaciones salinas bajo una forma muy asimilable; los vientos reinantes contribuyen á renovarlo con frecuencia, incesantemente puede decirse, y, á pesar de ser molestos, su acción estimulante es más eficaz que el aire de las montañas, cuya acción es notable en los casos de tuberculosis pulmonar.

La estación fria, aunque cruda, no es una contraindicación para la permanencia de los coxálgicos á orillas del mar, buen número de enfermos cuya nutrición ha languidecido en la época calurosa los vemos recobrar su apetito al llegar los frios.

Los autores franceses relatan casos de curaciones sorprendentes, especialmente durante el período fistuloso de la coxalgia, por este tratamiento aeroterápico combinado con pequeñas intervenciones locales; nosotros hemos observando mejorías notables en algunos casos que han estado en Mar del Plata sólo algunos meses.

Quisieramos ver llevadas á la práctica nuestras ideas

respecto al establebimiento de un hospital permanente en el asilo marítimo de Mar del Plata, esperando que lo expuesto en nuestro primer capítulo sea pronto una bella realidad.

Ya que los enfermos permanezcan á orillas del mar ó en la ciudad, no debemos contar exclusivamente con la influencia terapéutica del aire, de los medicamentos y alimentos; bajo ningún concepto olvidaremos las indicaciones del tratamiento local, que, como hemos dicho, deben prestarse mutuo apoyo y no excluirse las unas á las otras.

TRATAMIENTO LOCAL

El tratamiento local debe tender á extinguir la afección tuberculosa articular, á detener ó impedir su marcha progresiva. Basado en el conocimiento de la anatomía patológica y de las causas que motivan su no espontánea curación, como se observa en otras afecciones, sus miras se dirigirán al porvenir funcional del miembro enfermo, nuestros esfuerzos deben dirigirse á conseguir un buen resultado ortopédico final; no basta salvar la vida á un coxálgico, es necesario conservarle un miembro que pueda serle útil; de lo contrario, la vida de estos enfermos, aunque prontamente curados, les resulta una pesada carga.

La anatomía patológica nos enseña que el tubérculo puede reabsorberse y evolucionar según los casos de dos distintos modos: ó bien sufre la transformación caseosa, ó bien la transformación fibrosa ú ósea. La resolución se observa, por lo general, al principio de la afección,

siendo, por lo tanto, en el comienzo de la enfermedad cuando un tratamiento local bien dirigido y perseverante obtendrá la resolución del foco tuberculoso. El tratamiento por excelencia, que es el profiláctico, nos es desconocido; no podemos hoy preservar de la coxalgia como, por ejemplo, preservamos de la viruela por la vacunación. La necesidad de un diagnótisco precoz se impone para obtener, con un tratamiento racional, la resolución del foco tuberculoso.

La transformación caseosa conduciendo á la destrucción é invasión de los tejidos vecinos y en ocasiones á la invasión general, nuestros cuidados serán dirigidos con el fin de que esta transformación caseosa, tan perjudicial, no sobrevenga, ayudando á la naturaleza á la realización de la transformación fibrosa ú ósea, que en gran número de casos, es la única posible.

Las causas que impiden la curación espontánea son: la mayor ó menor virulencia de los bacilos tuberculosos, los movimientos articulares y el peso del cuerpo sobre la articulación, causas de constante irritación, productoras de la inflamación y demás síntomas que se observan en la coxalgia.

Trataremos de dejar un miembro útil al enfermo, procurando que la curación se efectúe con el miembro

en buena posición; seremos parcos en el uso de las grandes intervenciones quirúrgicas, que dejan como consecuencia, en los niños, acortamiento del miembro operado y, por lo tanto, claudicación persistente, y también, en ciertas ocasiones, un miembro inservible.

Hemos visto presentarse al consultorio niños en el comienzo de la coxalgia, en el período llamado de incertidumbre, en que el diagnóstico no sólo era dudoso sino imposible de verificar; en otros, el diagnóstico, no dejando lugar á dudas, era exacto, teniendo unos coxalgia sin supuración, con ó sin posiciones viciosas del miembro enfermo; otros coxalgia en el período de los abcesos; otros coxalgia fistulosa y, por último, otros con coxalgia curada en anquílosis, pero con un miembro en mala posición é inútil para llenar el objeto á que se halla destinado.

Como las indicaciones locales varían en cada uno de estos casos, vamos á estudiarlos separadamente.

PERÍODO DE INCERTIDUMBRE

En los niños la coxalgia comienza de una manera lenta é insidiosa, siendo indudable que desde el mo-

mento preciso en que el bacilo tuberculoso se ha implantado en los tejidos de la cadera y hasta que sufra la evolución natural y aparezcan los primeros síntomas, debe pasar un tiempo que, si bien no nos es dado precisar, debe ser de larga duración. Los antecedentes de estos enfermos, la mayor parte de las veces obscuros, nos dan datos poco exactos, hemos notado que suele pasar lo siguiente : el niño ha sido sano ó bien ha tenido tiempo atrás sarampión, escarlatina, enteritis, etc., siempre ha caminado bien, hasta algunos días antes, dicen los padres, que el niño se ha quejado de algún dolor en la rodilla ó cadera de uno de los miembros inferiores; han notado que se fatiga al caminar, tiene necesidad de descansar, quiere que lo carguen y por las tardes notan que el niño no claudica, sino que arrastra algo su miembro.

Estos síntomas desaparecen por la mañana, cuando el niño se levanta, para hacerse otra vez notables á la noche, antes de acostarlo; los atribuyen, en regla general, á un traumatismo próximo ó alejado que el niño ha recibido en dicho miembro.

Examinando con atención estos enfermos, hemos anotado los siguientes síntomas, que jamás los hemos encontrado reunidos en un mismo sujeto : dolor es-

pontáneo ó provocado en la región de la cadera afectada, gonalgia, limitación poco marcada de los movimientos de abducción del muslo, ligera atrofia é impotencia muscular, alguna contractura en los músculos pelvitro-cantereos, adenopatía inguinal, ligera claudicación durante la marcha.

Aunque todos estos síntomas se encontraran reunidos en el mismo niño, lo que nunca hemos observado en este período, ¿puede el clínico pronunciar con seguridad su diagnóstico, y afirmar que se trata de una coxalgia que principia? Estos síntomas son comunes à las demás artritis de la cadera, por ejemplo, la traumática; los padres, hemos dicho, siempre creen que la causa productora de esos síntomas relatados es un traumatismo; por lo tanto, es muy fácil que el médico, poco acostumbrado á ver esta clase de enfermos, se deje sugestionar por el antecedente aludido, y ordene como tratamiento á instituirse masaje, baños y ejercicios.

En otros casos, los síntomas duran algunos días y desaparecen, volviendo á aparecer de nuevo, repitiéndose así periódicamente estas alternativas por meses y aún años; el niño va creciendo, y los padres, preocupados en un principio, por las alteraciones funcionales que han notado en el niño, son á su vez sugestionados

por personas que les merecen respeto, de que se trata de trastornos que provoca el crecimiento, y no necesitan ningún cuidado; el niño es así abandonado, sin tratamiento, y ve su afección progresar lenta ó rápidamente, según los casos.

Ahora bien, si hacemos resaltar que en los antecedentes dados por los padres de los niños, cuya coxalgia está plenamente confirmada, como sucede en los que se encuentran en el segundo ó tercer período de la coxalgia, los síntomas del comienzo de la afección son idénticos á los que hemos expuesto para este período de incertidumbre; que la artritis tuberculosa de la cadera es la más frecuente en los niños, por no decir la única; que cierta clase de tratamiento, por ejemplo el ejercicio, no hace sino apresurar la marcha de la afección, y que los tan mentados dolores de crecimiento son ilusorios; creemos que el médico, aunque no tenga síntomas en qué fundar su diagnóstico, debe inclinarse y decidirse, en presencia de uno de estos casos, por la coxalgia.

Se objetará que es aventurarse demasiado y exponerse á errores y fracasos; pero estamos convencidos de lo contrario, pues el tratamiento que se aconseja en este período no es peligroso si se tratara de otra afección; además podemos seguir á estos enfermos, que hemos

visto curar en un espacio de tiempo relativamente corto y que si en realidad eran coxálgicos han obtenido su curación por resolución de los focos tuberculosos. Hacer marchar á estos enfermos, aconsejarles ejercicio, creer en los dolores de crecimiento, nos parece gravísimo error, pues en este período dudoso, si se tratara de coxalgia, se apresuraría con un mal tratamiento la marcha de la afección y según la feliz expresión de Lannelongue, sería como « hechar leña á la hoguera ».

Se aconseja el reposo completo en cama, combinado en la mayoría de los casos con la inmovilización en el aparato de lata del doctor Maximo Castro, que estudiaremos en el capítulo siguiente. El enfermo debe guardar cama bastante tiempo, el necesario para que la lesión orgánica se repare; por lo general, se necesitan de uno á tres meses para que el foco limitado se reabsorba y la curación sobrevenga.

La exploración metódica de la región afectada es la única guía que nos suministra los datos necesarios para que permitamos á estos enfermos levantarse, empleando luego una atenta vigilancia, de modo á prevenir, al menor síntoma, toda recidiva. Los elementos que forman nuestro criterio son : la completa recuperación de todos los movimientos de la cadera, la ausencia de todo dolor

espontáneo ó provocado y la desaparición del infarto ganglionar.

Si se tuviera la suerte de tratar todos los casos en este período de la coxalgia, creemos que los enfermos reportarían grandes beneficios con este tratamiento, fundado en un diagnóstico basado en el temor de ver sobrevenir los demás períodos de la afección, en que desgraciadamente suelen presentarse á nuestro examen los niños atacados de coxalgia.

COXALGIA NO SUPURADA

Los síntomas anteriormente descritos habiendo persistido, acentuádose y agregádose además otros, el diagnóstico ya es exacto. Los dolores espontáneos ó provocados han aumentado de intensidad, la claudicación es notable y se agrava hasta el punto que la marcha se hace imposible, la adenopotía inguinal es manifiesta; en algunos casos hay polimicro-adenopatía generalizada, desaparición del pliegue inguinal, la nalga del costado afectado está aplastada, el pliegue glúteo descendido, hay atrofia muscular y contractura muy marcadas.

Á estos síntomas, descriptos por los autores en el primer período, suelen agregarse en muchas coxalgias no supuradas, posiciones viciosas y fijas del miembro afectado, notándose la flexión del muslo sobre la pelvis, combinada en un principio con la abducción y rotación del miembro hacia fuera; luego, más tarde, pudiendo persistir la flexión, se nota la adducción y rotación hacia dentro.

Establecido con exactitud el diagnóstico de coxalgia y no quedando ya la menor duda en el espíritu del clínico ¿ cuál es el tratamiento á que debe someter su enfermo?

Como dijimos en el capítulo anterior, el conocimiento de la anatomía patológica y de las causas que favorecen la transformación favorable del foco tuberculoso, unidas al resultado ortopédico final que el clínico no debe olvidar nunca, deben ser los puntos de mira en que procurará fundar su tratamiento.

Las indicaciones de este tratamiento local son : procurar la extinción de los focos tuberculosos, impedir las posiciones viciosas y, por lo tanto, los acortamientos reales del miembro enfermo, previniendo en lo posible la claudicación futura.

En estos casos de coxalgia no supurada puede esperarse la curación completa sin deformación ni anquílosis,

con un tratamiento racional comenzado cuanto antes; sin embargo, cuanto más nos alejamos del principio de la afección, siendo más extendidas las lesiones, su reabsorción se hace más y más difícil; la curación sobreviene por reparación fibrosa ú ósea ó por lo menos con un cierto grado de rigidez.

Debemos evitar en lo posible que la supuración sobrevenga, lo mismo que las desviaciones y malas posiciones del miembro, de frecuente observación en enfermos que no han estado sometidos á tratamiento ó que han seguido un tratamiento mal dirigido.

La coxalgia es una afección local que comienza, como lo ha demostrado la anatomía patológica, con focos aislados situados en la cabeza femoral; por ello es que cirujanos alemanes y norteamericanos han afectuado hasta hace poco la resección precoz de la cabeza femoral, con la esperanza de eliminar así rapidamente el mal y traer como consecuencia una curación radical. No nos detendremos en la crítica de este procedimiento, cuya práctica ha demostrado la falsedad de las ideas teóricas en que se fundaba, habiendo sido además condenado públicamente en su misma cuna y por sus mismos autores.

No conociendo en la actualidad ningún agente tera-

péutico capaz de destruir el bacilo tuberculoso ó sus toxinas en el lugar de su implantación y habiendo la resección precoz dado malos resultados, los cirujanos han dirigido sus miras en otro sentido, preocupándose con razón de los resultados ortopédicos finales. Desde algunos años à esta parte, el antiguo tratamiento conservador ha vuelto á abrirse camino; sin embargo, las opiniones están muy divididas en cuanto á la elección del método que conviene seguir para obtener la curación local de la coxalgia en buenas condiciones.

Expondremos sucesivamente los diferentes métodos que se emplean, deteniéndonos particularmente en el que hemos seguido durante nuestro internado en el hospital de niños; método que ha dado excelentes resultados, tanto bajo el punto de vista de la curación local, como del resultado ortopédico buscado.

Las inyecciones intersticiales, la extensión continua con aparatos que permiten la marcha, el reposo combinado con la extensión continua, la extensión continua é inmovilización y el reposo combinado con la inmovilización por medio de aparatos, son los diferentes métodos que hoy se emplean en el tratamiento conservador de la coxalgia.

Inyecciones intersticiales. — Condenada en Alemania la resección precoz, los cirujanos dejaron el bisturí, armándose con la jeringa de inyecciones, en la esperanza de atacar el foco tuberculoso con seguridad sin causar la más pequeña pérdida de substancia ni el menor traumatismo. Se han empleado diveros líquidos medicamentosos con el objeto de modificar favorablemente la marcha de la alteración específica, tales como la tintura de yodo, el ácido fénico, la glicerina yodoformada y el cloruro de zinc.

Pocos ó más bien malos resultados se han obtenido con estas inyecciones; creemos que la sola práctica de estas inyecciones intersticiales, sin ayuda de otros medios locales, no son capaces de curar la coxalgia; pues que los líquidos usados no tienen una eficacia incontestable contra los bacilos tuberculosos ó sus toxinas; luego su valor es relativo. Además, las inyecciones se hacen á ciegas, pues no conocemos con exactitud el lugar preciso dónde se encuentra el foco tuberculoso, que en muchos casos es aún intra-oseo; la profundidad en que está colocada la articulación y su forma exponen á que no quede ó no llegue ningún líquido á la articulación, con lo cual se ha visto sobrevenir hasta fatales accidentes. Por estas consideraciones, rechazamos las

inyecciones intersticiales, que en los casos de coxalgia no se han practicado en los niños hospitalizados.

Marcha y extensión continua. — Los norteameri-canos, partidarios también en otra época de la resección precoz, la han abandonado y se han adherido al tratamiento conservador. Creyendo que el reposo prolongado en cama es causa de la palidez y del debilitamiento moral y físico que se observa en los niños enfermos de coxalgia,— grave error, pues ello es debido á la misma afección,— que la mútua presión de las superficies articulares es perniciosa para la curación de la afección articular, han inventado aparatos ingeniosos y costosos que al mismo tiempo que permiten la marcha ejercen la extensión continua.

Los resultados desastrosos obtenidos por este medio, en que los movimientos de la articulación enferma eran completamente libres, han hecho modificar sus aparatos, á los cuales les han añadido piezas nuevas con el fin de obtener á la vez que la marcha, la extensión continua y la inmovilización de la cadera. Diremos que el mejor de sus ingeniosos aparatos no llena estos fines, los movimientos persisten en una extensión de 15 á 40°, como lo ha demostrado Lovett, de Boston, la extensión conti-

nua en estas condiciones es ficticia, y por lo tanto la compresión de las superficies articulares queda subsistente.

Á lo que aspiran los cirujanos norteamericanos se obtiene fácilmente con el reposo en cama, que, por prolongado que sea, no es causa de la palidez y del debilitamiento moral y físico, siempre que se tenga los cuidados enunciados en el tratamiento general. La observación demuestra que los coxálgicos, cuya fisonomía expresa el sufrimiento, no experimentan ningún malestar con el reposo y gran número de ellos recobran pronto la apariencia de salud. El reposo en cama es el mejor medio que podemos emplear para suprimir la presión de la parte superior del cuerpo sobre la cadera afectada, él hace disminuir y desaparecer las complicaciones inflamatorias situadas alrededor de los focos primitivos, y si á ello añadimos la supresión de los movimientos locales de la articulación que son causa de incesante irritación, tendremos llenadas las indicaciones locales del tratamiento conservador de la coxalgia.

Ellos temen también el reposo prolongado y la inmovilización porque, son la causa, según dicen, de la anquílosis; grave error también, pues si ésta sobreviene, es por reparación natural y debida á la mayor extensión

ó gravedad de las lesiones articulares ú óseas, siendo en muchos casos la única manera de curación posible.

Por último, los norteamericanos han dicho que si colocan sus enfermos en cama, es únicamente para resecarlos ; nosotros les diremos con Calot, que, partidarios del reposo y de la inmovilización, colocamos á propósito nuestros enfermos en cama para no resecarlos.

Reposo y extensión continua. — La extensión continua fué utilizada primeramente en la práctica norteamericana, con el objeto teórico, hemos dicho, de neutralizar la perniciosa influencia que el peso del cuerpo ejercía sobre la cadera enferma de los niños á quienes se dejaba caminar.

Esta presión de las superficies articulares deja de ser tal, una vez que el coxálgico está en cama, en reposo, sin embargo la extensión continua ha subsistido en la práctica, combinada con el reposo, de un modo absoluto.

Las razones teóricas y prácticas en que se funda este método son las siguientes :

1ª La tracción, largo tiempo continuada, aun hecha con pequeños pesos, separa las superficies articulares, siempre que el aparato ligamentoso de la articulación

haya perdido su resistencia; 2ª Separándose las superficies articulares, se impide su presión recíproca y se previene la ulceración compresiva; 3ª La extensión continua suprime el dolor en la coxalgia; 4ª Corrige las actitudes viciosas del miembro inferior afectado.

No es necesario para obtener la curación de la coxalgia, ni se obtienen benéficos resultados con la separación de las superficies articulares; si esta condición fuera de real importancia la aplicaríamos en el tratamiento de las demás artritis tuberculosas en las que, por el contrario, procuramos el inmediato contacto de dichas superficies como el mejor medio de obtener la curación; además, las tracciones que se efectúan en el miembro inferior, no pasando en los niños el peso de cuatro kilógramos, muy pequeña debe ser la separación que se logrará obtener.

La presión recíproca de las superficies articulares es debida, en los casos no sometidos á tratamiento, á la defensa que la naturaleza emplea en estos casos para obtener la curación espontánea, inmovilizando por medio de las contracturas de los músculos pelvitrocantereos, la articulación enferma, resultando de esta presión, no la ulceración compresiva, que es debida á los progresos de la necrosis, sino la tendencia á la curación.

Estas dos razones teóricas invocadas por los partidarios de la extensión continua, á pesar de ser muy racionales á primera vista, no resisten á pequeñas objeciones sugeridas por la práctica y no merecen, por lo tanto, tenerse en cuenta.

La observación nos enseña que la extensión continua mitiga y hace cesar completamente en algunos casos el dolor espontáneo de la cadera, del cual se suelen quejar muchos niños ; por lo tanto cuando este síntoma se nos presente podemos hechar mano de ella, y nos hemos servido en algunos casos con buen resultado.

Las desviaciones ó actitudes viciosas del miembro inferior, cuando son recientes, son corregidas por la extensión continua, especialmente la flexión del muslo sobre la pelvis ; no así la abducción, adducción y actitudes viciosas antiguas que no ceden á este solo tratamiento.

La adducción, que todos los cirujanos tratan de impedir que sobrevenga, la hemos visto establecerse en casi todos los casos de coxalgia tratados durante largo tiempo por la extensión continua.

Este tratamiento es mal tolerado por los niños, que necesitan constante y continua vigilancia, siendo ésta imposible de efectuar, pues, inquietos por naturaleza,

aprovechan el menor descuido para sentarse y moverse á su placer durante el día ; por la noche se acomodan de tal modo que la extensión no se verifica y pocos son los que duermen sin moverse.

Para efectuar la extensión continua se usa en la práctica el método norteamericano, con vendas de diaquilón, que se aplican en las caras interna y externa del miembro inferior á partir del tercio medio del muslo ; ó bien, en vista de los frecuentes eritemas subagudos que esas vendas suelen producir en la piel delicada de los niños, se emplea con preferencia vendas comunes dobles que se fijan primeramente con una venda de flanela y luego con vendas simples y engomadas.

Se comienza la extensión con un peso de un kilógramo, aumentando con intervalo de dos á cinco días un kilógramo, hasta llegar á cuatro, que es el máximum tolerado por los niños durante algún tiempo.

Se suele practicar al mismo tiempo la contra extensión, sin emplear aparatos, valiéndose del peso del cuerpo, levantando los pies de la cama á una altura que varía entre diez y veinte centímetros.

Reposo, extensión continua é inmovilización. — Se ha tratado de conciliar la extensión continua con

la inmovilización, empleando para este objeto la gotera de Bonnet ó el aparato de Lannelongue.

Diremos que estos aparatos son bastante costosos, con ellos no puede trasladarse y pasear cómodamente á los niños enfermos, son muy mal tolerados por ellos, pues les hacen padecer un verdadero martirio y, por fin, agregaremos con Calot, que por este método no se obtiene ni una buena extensión continua ni una buena inmovilización.

Reposo é inmovilización. — El tratamiento local de la coxalgia por el reposo combinado con la inmovilización de la articulación coxofemoral es el más racional de todos los métodos empleados; de fácil aplicación en los niños, este método no es para ellos tan mortificante como la extensión continua, siendo muy bien tolerado y observándose con él la curación más rápidamente que por los demás métodos conservadores.

Sus fundamentos son prácticos: el reposo en una artritis como la que tratamos, calma el dolor y atenúa el proceso inflamatorio; la inmovilización de la articulación coxofemoral impide los movimientos y roces de las superficies articulares, causas de la irritación, inflamación y dolores.

La inmovilización suprime las causas que favorecen la marcha de la coxalgia y coloca á los focos tuberculosos locales en condiciones más favorables para que la resolución ó su transformación fibrosa ú ósea sobrevenga, obteniendo así su curación.

La inmovilización perfecta de la articulación se obtiene por medio de aparatos. El primer aparato destinado á ese objeto fué la gotera de Bonnet; con ella se obtiene una inmovilización relativa y es un aparato muy costoso y difícil de obtener en la práctica hospitalaria.

Después que Bonnet inventó su gotera, gran número de aparatos, inamovibles los unos, amovoinamovibles los otros, se han inventado, siendo fabricados con dextrina, silicato de potasa ó yeso. Tanto el aparato de Calot como los de Verneuil y Ollier tienen varios inconvenientes.

Son aparatos pesados, es necesario tener mucha práctica para hacerlos y colocarlos bien, se quiebran y deforman á menudo; los aparatos de yeso, por más cuidados que se observen con ellos, se mojan con las orinas y deyecciones de los niños, se pudren fácilmente y es preciso renovarlos con mucha frecuencia. Por estos motivos se ha abandonado el yeso en el Hospital de niños, en la fabricación del aparato inmovilizador de la coxalgia, y

desde dos años atrás se emplea un aparato amovoinamovible de lata resistente. Es bueno recordar que los aparatos metálicos han sido usados en el tratamiento de otras afecciones ; así, Ambrosio Paré los empleaba en el tratamiento de las fracturas, Ravatón ha descrito y figurado varias goteras metálicas para el mismo objeto, y Raoult Deslongchamps publicó en 1852 un libro en que describe varios aparatos de lata, destinados al tratamiento también de las fracturas.

El aparato usado en el Hospital de niños, invención del doctor Máximo Castro, imita la cataplasma enyesada del doctor Ollier y presenta las siguientes propiedades : es barato, su costo de 0,50 centavos, lo coloca al alcance de todos; es liviano y de fácil y pronta fabricación; no siendo necesario tener mucha práctica para hacer uno de estos aparatos, basta ver la figura modelo que presentamos para darse cuenta del corte de la lata, que se buscará resistente de manera que no se deforme. En caso de no hacerlo el médico mismo, basta cortar sobre el caso un molde de papel y enviarlo al latero para su fabricación. Es un aparato limpio. Con él se consigue inmovilizar la articulación coxofemoral perfectamente, y es muy bien tolerado por los niños.

Su aplicación, durante los dos años que han trans-

currido, ha dado buenos resultados y es por estas consideraciones, — sin pretender que sea el mejor de los aparatos inventados para el tratamiento inmovilizador de la coxalgia, pero sí el más sencillo y práctico, — que vamos á exponer el modo cómo lo hemos empleado durante nuestro internado.

Para inmovilizar bien la cadera, el aparato debe ser grande, de modo que abrace el miembro inferior hasta cuatro dedos por encima de los maleolos, todo el abdomen y el tórax hasta la altura del mamelón. Se coloca el niño en el soporte pélvico del doctor Ollier, se lava cuidadosamente con jabón el miembro enfermo y todas las partes que el aparato debe cubrir y luego con solución débil de bicloruro. El miembro debe estar en buena posición, es decir, en rectitud y mediana abducción, en ángulo de 25 á 30°, para evitar así la addución que, como dice Kirmisson, es la fuente de todos los males, pues ella favorece el desgaste de la cabeza femoral y de la parte superior y posterior del rodete cotiloideo, produciéndose así las luxaciones espontáneas. Estudiaremos en el capítulo correspondiente, la manera de corregir estas desviaciones.

Puesto el miembro en buena posición, un ayudante basta, sostiene el pie enfermo, guardando la buena

posición dada al miembro, se recubre en toda su extensión, así como el tórax, abdomen, etc., con una capa de algodón esterilizado ó hidrófilo espesa, por lo menos de tres centímetros, que se venda con cuidado.

Se saca en seguida el molde del aparato (figura 1 para la coxalgia unilateral, figura 2 para la coxalgia doble), ya sea con un papel, ya directamente sobre la lata, que se tendrá cuidado de cortar bien, de manera que una vez colocada conserve al miembro la posición de mediana abducción dada; se dobla de modo que se amolde bien sobre la parte anterior del cuerpo y miembro inferior que debe cubrir.

Se puede forrar los bordes de la lata, para que no sean cortantes, con una venda de tela adhesiva. Hay que tener presente la producción posible de escaras, por lo tanto, se colocará un poco más de algodón en los puntos del cuerpo donde la lata puede hacer compresión, como son las espinas ilíacas, la rótula, las partes laterales del tórax y las extremidades del aparato.

Una vez doblada la lata, se acolcha en toda la extensión de su cara cóncava con algodón en rama y se coloca en la posición que debe llevar definitivamente. Debe procurarse que recubra bien la parte anterior, y no se

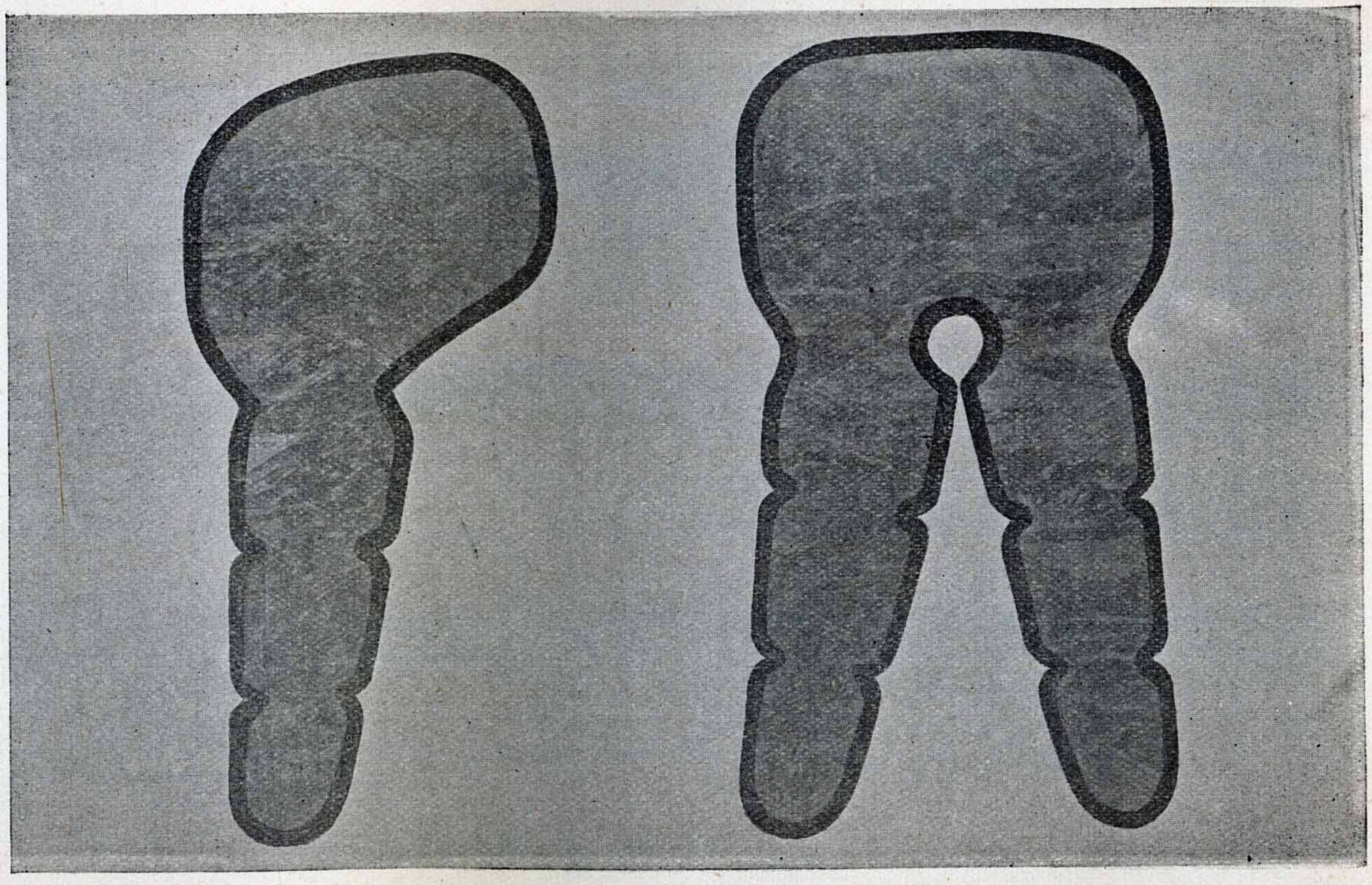

Fig. 1

Fig. 2

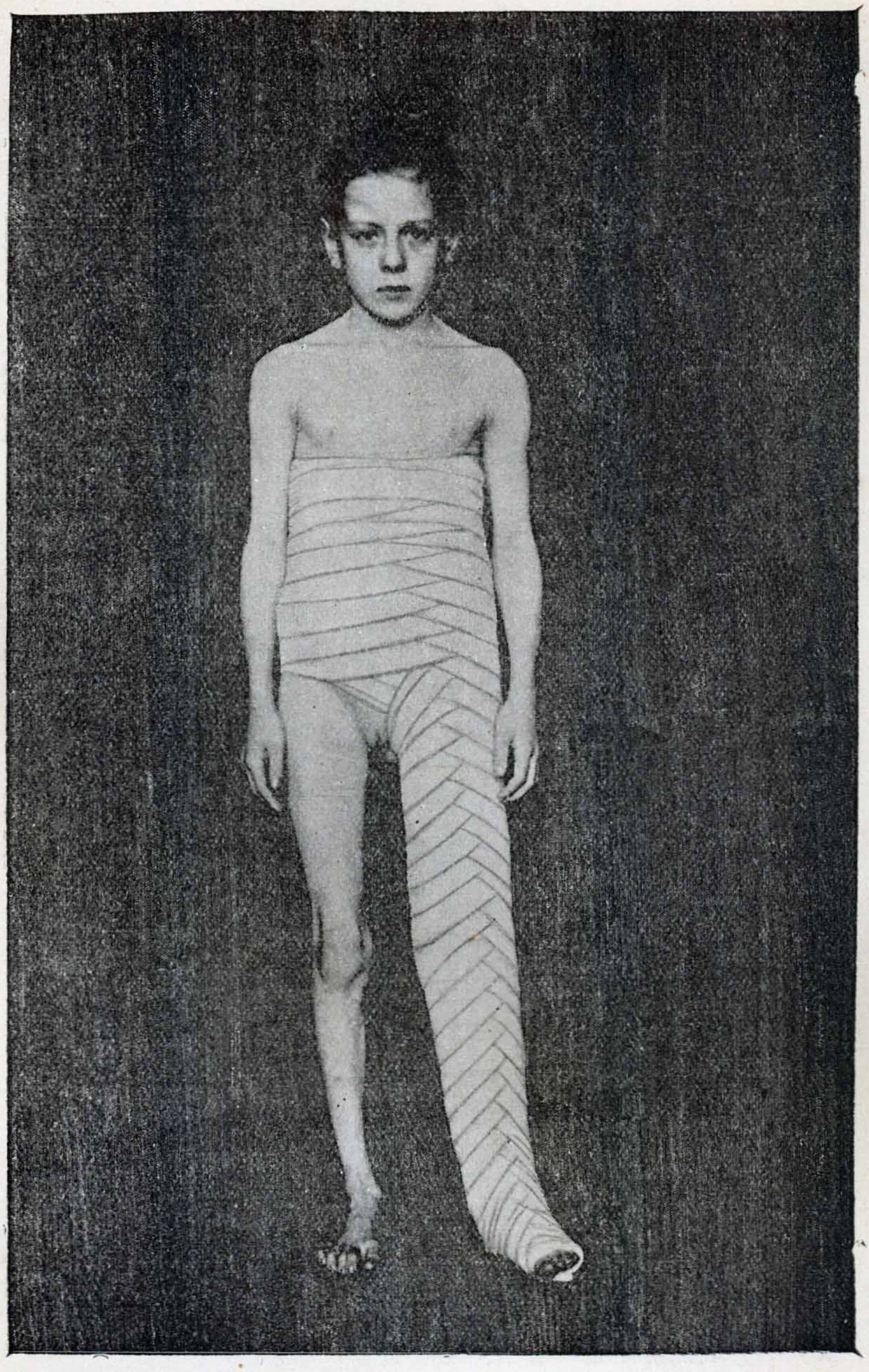

Fig. 3

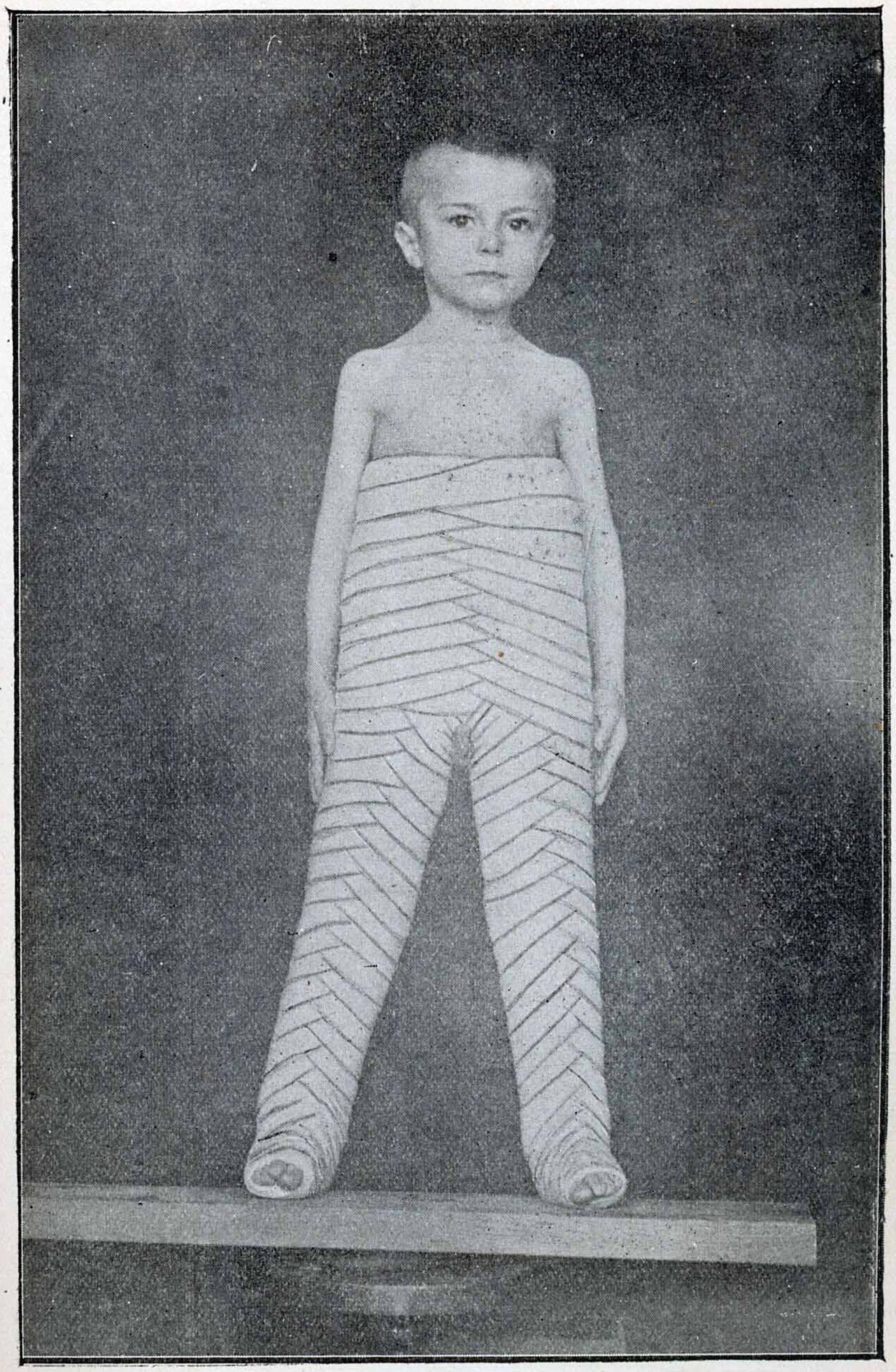

Fig 4

desvíe hacia las laterales; luego, se venda completamente, colocando en el pie guías laterales externas y, por último, para que el aparato permanezca firme, vendaje superficial y total con vendas engomadas.

Las figuras 3 y 4 representan coxálgicos del servicio con su aparato sencillo y doble colocado. Los orificios de mixión y defecación quedan completamente libres, y en los niños que hacen sus necesidades sin llamar, basta colocar un trozo de tela impermeable en la parte lateral é inferior del pliegue génito-gluteo, para que el aparato se mantenga perfectamente limpio. Se suele dejar este aparato veinte ó veinticinco días, sin tocarlo, empleando el mismo procedimiento descrito cada vez que su cambio se efectúa, no habiendo entonces necesidad de renovar la lata, que si se busca resistente, dura mucho tiempo sin deformarse.

Varios son los inconvenientes que se han atribuido á la inmovilización, y especialmente á los aparatos destinados á verificarla, habiendo sido estos tachados: de impedir la atenta vigilancia de la región afectada, de modo que, á veces, al sacar el aparato, quédase sorprendido por la aparición de un abceso, que se ha dejado evolucionar; que estos aparatos se ensucian fácilmente; que los aparatos enyesados, sobre todo, bien

pronto son mojados por la orina y materias fecales, se pudren y convierten en un foco de parásitos de toda especie, secándose y cubriéndose de escamas el miembro por ellos recubierto, y, por último, Lannelongue considera á los aparatos inmovilizadores como los productores de ulceraciones compresivas, de deformaciones persistentes y de alteraciones progresivas, á causa de no poder vigilar la articulación enferma.

Contestaremos á estas objeciones, á que con tanto tezón se aferran los partidarios de la extensión continua, diciendo : que la observación de un número considerable de enfermos tratados por la inmovilización con el aparato de lata, nos ha demostrado lo infundado de estos ataques, que si bien pueden algunos dirigirse con razón á cierta clase de aparatos, no los merece el de lata.

Eliminando la tacha de sucio, que no tiene el aparato del doctor Castro, quedan en pie las objeciones de Lannelongue; la práctica nos ha enseñado: que si tenemos un poco de cuidado, al colocar el aparato de lata, de llenar los puntos donde la lata puede hacer compresión, especialmente la rótula, donde se colocará una redondela espesa de algodón, no se observan jamás ulceraciones compresivas; que colocando el miembro bajo el aparato

bien cortado en buena posición de mediana abducción, tampoco se observan las deformaciones persistentes, ni las alteraciones progresivas. La articulación puede vigilarse, necesitándose corto tiempo para el cambio de aparato, en algunos casos lo hemos cambiado día por medio; el peligro de ver evolucionar un abceso sin notarlo, queda así completamente conjurado; por otra parte, el abceso antes de abrirse al exterior tarda mucho tiempo.

Con la extensión continua, necesitamos vigilar constantemente el miembro afectado, que, á pesar de toda nuestra vigilancia, lo hemos visto tomar actitudes viciosas, la adducción sobre todo; es muy mal tolerada por los niños y tiene bastante á menudo como consecuencia, el aumento de un abceso frío y la relajación de los ligamentos articulares de la rodilla; si la combinamos con la inmovilización, como lo han intentado otros, y ejecutan hoy muchos cirujanos, nos exponemos á fracasar; razón tiene Calot, al decir que hay que decidirse por la una ó por la otra, pues sino no haremos ni buena extensión, ni inmovilización rigurosa.

Los niños que son tratados por la extensión continua es difícil transportarlos y pasearlos, por el contrario, es

sumamente fácil llenar las indicaciones del tratamiento general que hemos expuesto, con el aparato de lata que presentamos.

La duración del tratamiento en las coxalgias no supuradas ha variado de tres meses á un año y medio, curando muchos casos con conservación completa de los movimientos de la cadera y sin claudicación, cuando no había atrofia ósea; otros han curado en anquílosis, y, por último, ha habido algún caso grave en que el tratamiento no ha dado el resultado esperado, habiendo la afección seguido su curso y héchose una coxalgia con abceso.

COXALGIA CON ABCESO

La coxalgia puede evolucionar sin supuración intra ó extra articular y curar sin haber sobrevenido derrames ó abcesos. La transformación caseosa del foco tuberculoso suele observarse con frecuencia en la práctica, siendo difícil decir cuál es la proporción de los casos en que esta complicación se efectúa. Varía según las circunstancias y los cuidados del tratamiento, según que el enfermo camine ó desde temprano guarde el reposo.

En la pràctica hospitalaria donde se asisten los coxálgicos en estado grave y con lesiones avanzadas, esta complicación la hemos observado en el mayor número de los casos. La supuración agrava el pronóstico si no es tratada convenientemente ; aparece en ocasiones después del sexto mes del comienzo de la afección, es más frecuente observarla más tarde, en el período de las actitudes viciosas ; se instala insidiosamente, no afecta la misma fisonomía patológica que se observa en la artritis purulenta aguda ; generalmente no se nota ni fiebre ni dolores, únicamente la fluctuación nos lleva al diagnóstico del abceso.

La supuración, tanto intra como extra articular, tiene la misma etiología : un grupo de granulaciones tuberculosas sufre la transformación gránulo-grasosa, se ablanda primero en su centro y se transforma luego en una masa caseosa que se vuelve más ó menos grumosa y líquida; al mismo tiempo la periferia de los tejidos adyacentes se infiltra de tubérculos ; extendiéndose la infección, el proceso destructor progresa, la colección se rodea de una membrana que corresponde á la zona invadida siendo esta membrana el órgano activo del abceso frio.

La invasión se hace gradualmente por invasiones sucesivas que parten del exterior de la membrana fun-

gosa; por otro lado, en el espesor de la pared é interiormente, los folículos tuberculosos, evolucionando hacia el resblandecimiento, los productos de esta nécrosis se reunen en la cavidad.

Su punto de partida son las granulaciones tuberculosas, que pueden residir ya sea en el hueso ó cartílagos, ya sea en la sinovial ó en los ganglios linfáticos; son intra ó extra articulares, notándose la frecuencia de los primeros.

Los abcesos frios de la cadera ocupan generalmente la región anterior del muslo y pueden estar situados sobre cualquier punto de su mitad superior, pudiendo ocupar también la fosa ilíaca interna. Se han dividido en abcesos crurales externos ó infraespinosos, en abcesos crurales internos ó de los adductores y en abcesos antero superiores ó de la fosa ilíaca interna; la variedad más frecuentemente observada es la primera, en que la colección purulenta se nota debajo de la espina ilíaca anterior y superior; tienen, por lo regular, una forma elíptica y alcanzan con frecuencia una longitud que varía entre 10 y 20 centímetros.

Los abcesos posteriores ó gluteos suelen también observarse con alguna frecuencia, no así los de la pequeña pelvis, que pueden considerarse una rareza patológica.

La mayoría de estos abcesos tienen comunicación con la articulación coxofemoral; los abcesos extraarticulares son la excepción.

El pronóstico de esta complicación de la coxalgia es más grave en los abcesos no tratados que en aquellos que se sigue un tratamiento racional; en algunos casos suele observarse su reabsorción; por lo general, tienen tendencia á abrirse al exterior ulcerando la piel y dejando como consecuencia trayectos fistulosos.

Los abcesos suelen observarse, en los niños coxálgicos, con ó sin desviaciones patológicas del miembro afectado, siendo la indicación más apremiante en estos casos, hacer lo posible por detener la transformación caseosa, atendiendo al mismo tiempo las desviaciones, que estudiaremos más adelante.

Es de notar el empastamiento profundo que suele observarse en la región, al principio de la formación de los abcesos, y que en algunos casos suele desaparecer con la inmovilización.

Dos tratamientos se aconsejan para obtener la curación de los abcesos frios de la coxalgia : las inyecciones modificadoras y la abertura y curetaje del abceso.

Varios líquidos medicamentosos han sido indicados para usar en inyecciones y se han empleado con dife-

rentes resultados el aceite y glicerina yodoformados, el salol, el naftol alcanforado y el éter yodoformado.

Hemos empleado el éter yodoformado al diez por ciento, que es bien tolerado por los niños y modifica rápidamente los abcesos frios. Debe tenerse cuidado en no llevar al interior de estos abcesos frios los estreptococos y demás bacterios de la supuración ordinaria; emplearemos, por lo tanto, todas las reglas de la antisepsia.

Procedíamos de este modo : cuando no hay desviación que corregir no es necesario el empleo del cloroformo; con antisepsia rigurosa se evacua el contenido del abceso por presión, punzando con un trócar el tumor fluctuante. Después de lavar la cavidad con agua esterilizada inyectábamos de diez á treinta gramos de éter yodoformado, dejando actuar al medicamento unos breves instantes y teniendo cuidado de que su mayor parte salga luego por el trócar, antes de retirarlo; curación con gaza y aparato de inmovilización.

Varios casos han curado con una sola de estas inyecciones, algunos han necesitado varias, no habiéndose practicado más de cuatro en un mismo abceso frio para obtener su curación ; se practicaban con intervalo de dos á tres meses una de otra; el líquido grumoso y

espeso de la primera punción ha salido rojizo y transparente en las subsiguientes.

El naftol alcanforado, usado con preferencia por algunos cirujanos, ha sido abandonado, en el tratamiento modificador por las inyecciones, en la práctica del hospital de niños, porque además de necesitarse muchas inyecciones para obtener la curación de los abcesos, es un medicamento peligroso, que absorbido rápidamente es muy tóxico para los niños.

Hemos tenido oportunidad de observar dos casos de intoxicación, uno de ello mortal, producido con pequeñas dosis de naftol alcanforado.

He aquí la historia del caso: niña de 8 años de edad, afectada de pleuresía purulenta del costado derecho, á quien se había efectuado la resección de un trozo de la octava costilla. Hacía quince días que se le practicaban lavajes diarios con solución boricada; la supuración continuaba abundante y fétida; se inyecta después del lavaje una cantidad de naftol alcanforado igual á diez centímetros cúbicos, que sale en su mayor parte por el drenaje que se colocó en seguida. Esta curación se efectuó el 15 de junio á la 1 $^{1}/_{2}$ de la tarde. Un cuarto de hora después, la niña, presa de alucinaciones de la vista, daba gritos de terror, decía que no la asustaran, du-

rando este estado proximamente un cuarto de hora, durante el cual tuvo dos pequeños ataques convulsivos. Á las 2 p. m. se hace un lavaje de la cavidad pleural con ocho litros de agua esterilizada; la niña, durante esta curación, tuvo un vómito alimenticio, sus párpados estaban desmesuradamente abiertos, la mirada era vaga y extraviada, se dirigía hacia arriba y hacia fuera, no contesta á las preguntas que se le dirigen, es invadida por sudores frios y profusos, no puede mantenerse sentada en la mesa de curación.

Transportada al lecho en estado comatoso, sobreviene á las 2 ½ p. m. un acceso convulsivo análogo al epiléptico, con fuertes sacudidas musculares en todo el cuerpo, muy notables sobretodo en la cara y cuello. Las convulsiones comienzan por los músculos de la cara, luego invaden los miembros inferiores, el tórax y por último los miembros superiores; el costado derecho es el que presenta más sacudidas; no hay estrabismo, persisten los sudores, la temperatura se conserva normal, el pulso es regular, tiene mucha tensión, la respiración es estertorosa. Terminado el acceso primero, cuya duración fué de dos minutos, sobrevienen vómitos de mucosidades, luego principia otro acceso convulsivo y por espacio de dos horas los ataques son

subintrantes; luego dejan un corto intervalo, espaciándose unos de otros cinco minutos primero, luego un cuarto de hora, por último terminan á las 6 ½ p. m.

El tratamiento empleado no dió ningún resultado y á pesar de los baños tibios, bromuros, enemas purgantes, oxígeno, sangría, dermoclisis y revulsivos, la enfermita no recobró el conocimiento, está en coma profundo, la anuria es completa y la respiración cada vez más estertorosa. Á las 8 p. m. el pulso comienza á debilitarse rápidamente, por último se hace incontable, dejando de existir tres cuartos de hora después.

El otro caso de intoxicación fué pasajero y observado en un coxálgico fistuloso, quien, poco tiempo después de una inyección de diez centímetros cúbicos de naftof alcanforado tuvo alucinaciones de la vista, sintió desfallecerse, tuvo ligeras convulsiones en la cara y miembros inferiores, pasando estos síntomas rápidamente sin dejar ninguna alteración.

Habiendo dejado en nosotros duda el primer caso, nos llevó á practicar la experimentación en los perros y las conclusiones que de ese trabajo hemos obtenido son las siguientes.

Las inyecciones de naftol alcanforado en regiones donde su absorción se efectúe rápidamente son morta-

les en breve espacio de tiempo, sucediéndose en los perros todos los síntomas que hemos observado en el caso mencionado.

Bastan pequeñas dosis de naftof alcanforado para producir la muerte, cinco gotas en inyección intravenosa producen una muerte instantánea, 0,50 centígramos en inyección intrapleural basta para producir la muerte en un cuarto de hora en perros fuertes y vigorosos.

El naftol alcanforado, inyectado subcutáneamente, produce una viva irritación que lo descompone y enquista, su absorción se efectúa paulatinamente poco á poco y tarda muchos días, no observándose síntoma alguno.

El naftol alcanforado es un tóxico convulsivante que actúa no solamente sobre la médula espinal, sino también sobre el cerebro, produciendo el estado comatoso.

Las autopsias practicadas en los animales que sucumbieron con estas inyecciones nos han dado el siguiente resultado :

Rigidez muy pronunciada aún después de 24 horas de sobrevenida la muerte, los vasos llenos de sangre líquida y negra, corazón en sístole con grandes coágulos negros en su interior y exangües las arterias coronarias. Congestión hepática, renal, espinal y cerebral ;

sangre y vísceras con fuerte olor á naftol alcanforado.

Á pesar de lo muy eficaz que el naftol alcanforado se ha mostrado en la curación de los abcesos comunes y aùn en la osteomielitis; creemos que en los niños debe emplearse con mucha cautela y en pequeñas dosis, para evitar así la intoxicación aguda y fatal que su absorción rápida, si llega á efectuarse, puede producir.

Los abcesos fríos, además, reaccionan con más lentitud, necesitándose, según Menard, de 15 á 20 inyecciones de naftol alcanforado, repetidas en un mismo abceso, para procurar su curación.

Los abcesos rebeldes y aquellos de contenido espeso, verdaderos tuberculomas, que no pueden evacuarse con el trócar y no ceden á las inyecciones de éter yodoformado, son abiertos bajo la anestesia clorofórmica, raspada su cavidad con la cureta, cauterizándola luego con solución de cloruro de zinc y cerrando la herida operatoria.

Se ha obtenido por estos medios la curación de varios casos de coxalgia complicada con abcesos fríos, algunos de los cuales han conservado todos los movimientos de la articulación coxofemoral, á pesar de tener abcesos què comunicaban con ella.

Estas inyecciones, curando los abcesos, conducen

á una curación próxima y cuando, por excepción, en las coxalgias graves ellas no curan los abcesos, preparan de una manera positiva el éxito de la resección, que jamás debe ser primitiva.

Las inyecciones modificadoras presentan una eficacia más notable en los casos de abcesos tardíos de la coxalgia que en los abcesos del período activo de la afección, debido probablemente, según la opinión de Kirmisson, á que estos abcesos tardíos son provenientes de restos de la afección que, estando limitada, tiene mayor tendencia á la curación.

COXALGIA FISTULOSA

Los abcesos no tratados de la coxalgia, después de adquirir un cierto volumen, terminan en muchos casos por abrirse al exterior ulcerando la piel; su contenido se evacua y como el proceso de nécrosis sigue su marcha, la abertura de la piel continúa dejando pasar la supuración y la fístula se encuentra así establecida.

Puede haber una sola ó muchas fístulas, su orificio es, á veces, estrecho, otras amplio y rodeado de fungosidades; pueden encontrarse situadas en todos los puntos

del muslo enfermo, más ó menos lejos de la articulación, pero se observa que tienen sitios de elección.

En la región crural se las encuentra: encima y debajo del gran trocanter en la parte externa; en la anterior, en el arco de Poupart y lado interno del triàngulo de Scarpa; en la parte interna se las observa en el surco cruro escrotal; en las nalgas, se observan detrás del gran trocanter y por encima de él al nivel de la escotadura ciática.

Pasado algún tiempo de la abertura del abceso dan salida á un líquido seropurulento, por lo general poco abundante; el orificio suele á veces cicatrizar completamente, pero es más frecuente observar que permanece abierto; el pús suele acumularse en el interior del trayecto y fraguarse otros caminos, formándose nuevas fístulas que se abren al exterior por este modo ó por haberse formado nuevos abcesos.

Progresando la caseificación destruye las partes blandas y óseas, se desprenden secuestros y suelen salir por el conducto fistuloso; las deformaciones del miembro enfermo se acentúan y en muchas ocasiones infecciones externas se agregan á la existente, agravando el pronóstico de la afección y su duración.

Las indicaciones á llenar en este período clínico de la

coxalgia, son: evitar las infecciones secundarias, tratar de detener la caseificación, que detenida traerá como consecuencia la cicatrización de las fístulas; favorecer la única terminación favorable que es la anquílosis fibrosa ú ósea en la mayor parte de los casos.

Al parecer, aquí se presenta naturalmente indicada la resección, pero creemos con Kirmisson que aun en estos casos deben hacerse operaciones parcimoniosas, como ser: los drenajes, la tunelización ósea, el curetaje, que en muchos casos bastan para procurar la curación en condiciones ortopédicas más favorables que las obtenidas por la resección, que debe quedar como una operación excepcional y de último recurso.

En efecto, las resecciones seguidas del amplio curetaje articular y fistuloso necesitan echar mano de grandes intervenciones, que si bien algunos enfermos aprovechan con ellas curando de su afección, dejan después, como resultado, lastimosas detenciones en el desarrollo del miembro operado.

Estas grandes operaciones, por más cuidado que se tenga al efectuarlas, dejan á menudo, en la región, fungosidades que escapan á la cureta y la enfermedad continuará, se formarán nuevas fístulas; resultando estas resecciones menos curativas que los pequeños medios

mencionados. Diremos con el mismo autor Kirmisson: que la curación de la coxalgia no debe pedirse á las grandes intervenciones sino á las condiciones higiénicas, á la salud general; sostiene, además, que médicos partidarios del tratamiento conservador al frente de los hospitales marítimos, obtendrán resultados más bellos y duraderos que los obtenidos por las más brillantes operaciones.

En presencia de una coxalgia fistulosa, nuestro primer cuidado debe ser evitar la infección secundaria de la articulación, la cual conduce á una supuración prolongada y difícil de tratar. En estos casos, se practican curaciones diarias, lavando con soluciones de bicloruro ó thimol, inyectando luego éter yodoformado, observando la más rigurosa antisepsia en el apósito empleado. Si el miembro está en buena posición, colocamos el aparato de lata para inmovilizar la articulación y evitar las deformaciones. Si el miembro está rígido y en posición viciosa, se espera corregir esta desviación más tarde, cuando la curación haya sobrevenido.

Por lo general las coxalgias fistulosas supuran abundantemente, debido á la infección secundaria que ya se ha producido cuando observamos estos enfermos.

Partidarios del método conservador, se ha empleado

el curetaje la tunelización ósea, el drenaje, inyecciones de cloruro de zinc y éter yodoformado, sin haber obtenido ningún resultado positivo; á pesar de las curaciones diarias y de los rigurosos cuïdados antisépticos, la supuración ha persistido abundante después de haber seguido este tratamiento durante mucho tiempo; en algunos casos el número de fístulas ha aumentado, en todos el estado general ha desmejorado notablemente y la fiebre éctica, en muchos casos, ha hecho su aparición.

En estas condiciones, estos enfermos son los que dan más que hacer y pensar al cirujano partidario del método conservador. No estando los enfermos hospitalizados en la ciudad en las condiciones requeridas para que su estado general progrese, faltándoles uno de los mejores medios para ello, como es el aire de mar; el cirujano lucha mucho tiempo y en vano se esfuerza contra esas supuraciones interminables que agotan al enfermo; tiene forzosamente y como último recurso que practicar la resección de la cadera, que en las circunstancias expresadas se hace cada vez más y más formalmente indicada.

La incisión para la resección de la cadera es practicada en las partes blandas, la mayor parte de las veces, siguiendo en lo posible los trayectos fistulosos; siendo

la región antetrocanterea la más favorable para practicar esta intervención, también se han empleado las incisiones de Ollier y de Langenbeck.

Se ha notado al efectuar estas resecciones que la cabeza femoral era, en el mayor número de los casos, reducida á un pequeño muñón esponjoso y friable; los huesos de la pelvis estaban atacados por la nécrosis en algunos casos. Después de extirpar la cabeza femoral, hasta el punto donde el fémur parecía sano; se ha raspado con la cureta todas las superficies necrosadas de los huesos pelvianos y extraído las fungosidades visibles de la sinovial, tocando la superficie cruenta con solución de cloruro de zinc, drenaje consecutivo, apósito aséptico y curaciones diarias bajo el aparato inmovilizador, si el miembro estaba en buena posición.

Con este medio se han obtenido curaciones locales, pero han dejado mucho que desear los resultados ortopédicos finales.

En algunos casos se ha necesitado ejecutar varias intervenciones, consiguiéndose, en unos, detener la marcha de la afección; en otros, hasta la fecha, no ha sido posible obtener su curación. Se trata en estos casos indudablemente de coxalgias graves; la afección,— quedando limitada después de la intervención á ciertos fondos de

saco en los cuales la cureta no puede penetrar, pues es imposible efectuar el curetaje integral, según sostiene Ménard, — sigue su marcha destructora invadiendo rápidamente el cótilo, la pelvis, la diáfisis del fémur y tejidos circunvecinos.

El pronóstico, en estos casos, demás está decirlo, es muy grave; no sólo por las complicaciones que pueden sobrevenir, sino por las alteraciones amiloideas del hígado y riñones, consecuencia de la supuración prolongada.

La resección de la cabeza femoral deja como consecuencia un miembro más corto; que en los niños, por los progresos de la edad, se acorta más aún por falta de crecimiento del fémur en su extremidad superior, donde el cartílago de conjugación ha sido destruido por la nécrosis ó llevado por la resección; por desgracia, es á este precio y por este solo medio que se logra obtener en algunos casos la curación.

La anquílosis del miembro enfermo es la terminación más favorable de la resección; debemos tratar de obtenerla por una inmovilización rigurosa de la articulación operada; si ésta no sobreviene en la coxalgia unilateral, el enfermo quedará con un miembro inútil; la vida será para él una pesada carga.

El tratamiento conservador deja, una vez sobrevenida la curación, en ciertos casos en que la atrofia ósea no es muy marcada, un miembro de igual longitud que el sano y muy sólido, pudiendo los enfermos apoyarse perfectamente en él, y ejecutar largos paseos á pié, sin notable claudicación.

La resección suele dejar, á más de un miembro acortado, un miembro menos sólido, y si no se tiene muchos cuidados, un miembro en posición viciosa.

ACTITUDES VICIOSAS

En cierto momento de la evolución de la coxalgia no tratada, en algunos casos al principio de la enfermedad, en sus primeros períodos, y más tarde, en otros, suelen observarse actitudes viciosas del miembro enfermo, que pueden ser temporarias ó definitivas.

La primera desviación que suele observarse, es la flexión del muslo sobre la pelvis, que se combina luego con la abducción y rotación del miembro hacia afuera, más tarde, con la addución y rotación del miembro hacia adentro. En algunos casos, las actitudes viciosas dependen de la luxación espontánea de la cabeza femoral.

Todas estas actitudes viciosas pueden pasar desapercibidas ó corregirse por los desplazamientos de la pelvis y del raquiz, siendo necesario examinar bien los enfermos, haciéndolos acostar desnudos sobre un plano resistente. La inspección, la palpación y la mensuración de los miembros inferiores, nos llevarán con rapidez al diagnóstico exacto de esta complicación.

Las indicaciones que hay que llenar en estos casos son las siguientes : 1ª corregir la mala posición del miembro; y 2ª mantener luego el miembro en la buena posición dada.

Para llegar á este resultado en las desviaciones temporarias, se puede recurrir al enderezamiento brusco, por el antiguo método de Bonnet, seguido de la inmovilización de la cadera ó á la extensión continua.

Los partidarios de la extensión contínua pretenden que su método llena todas las indicaciones que se presentan en la coxálgia no supurada. La práctica nos enseña que es mucho pedir y aventurar, pues, en lo referente á lo que tratamos, si bien la extensión continua puede corregir en los casos recientes de flexión, ella no da resultado en las desviaciones del miembro hacia adentro ó hacia afuera ; la adducción es la posición que hemos visto producirse con la extensión continua.

No haremos sino mencionar el enderezamiento lento y progresivo, manual ó instrumental, que ha sido completamente abandonado.

El enderezamiento brusco se efectúa generalmente bajo la anestesia clorofórmica, llevada hasta la resolución muscular, que aniquilando la contractura, sólo resta vencer la resistencia proveniente de las retracciones fibrosas musculares.

En los niños, es fácil proceder al enderezamiento manual y brusco de las desviaciones temporarias, basta que un ayudante inmovilize la pelvis mientras que el cirujano imprime al fémur movimientos sucesivos en diferentes sentidos, dándoles cada vez mayor amplitud, insistiendo particularmente en los movimientos de flexión y extensión. Suelen sentirse al practicar estas maniobras, ruídos internos debidos á rupturas fibrosas, bastando algunos minutos para obtener el enderezamiento completo del miembro afectado.

Es necesario no emplear mucha fuerza en estas maniobras y evitar las escapadas y violencias que podrían muy fácilmente producir la fractura del fémur adelgazado y friable.

Obtenido el enderezamiento, se coloca el miembro en buena posición, es decir, en rectitud y mediana abduc-

ción, bajo el aparato inmovilizador de lata, que bien colocado impide que estas posiciones viciosas del miembro enfermo vuelvan á producirse.

El enderezamiento brusco ha sido tachado por algunos cirujanos, como el productor inmediato de la meningitis, complicación fatal que algunas veces suele observarse en los coxálgicos y que es debida á la gravedad misma de la afección tuberculosa; pero ha quedado demostrado por la estadística que el número de las meningitis tuberculosas observadas en los coxálgicos, después de practicado el enderezamiento brusco, es igual al observado en los coxálgicos que no habían sufrido la reducción forzada.

Se practica en todos los casos de desviaciones el enderezamiento brusco, evacuando el contenido de los abcesos, si estos existen; creemos que ella es contraindicada cuando hay fiebre y cuando hay anquílosis y fístulas supurantes.

Las luxaciones espontáneas más frecuentemente observadas son la variedad ilíaca; no habiendo contraindicación, se practica la reducción forzosa bajo el cloroformo, seguida de la aplicación en buena posición del aparato de lata.

Cuando las actitudes viciosas se presentan en niños

coxálgicos, con anquílosis y fístulas, se espera la curación local antes de proceder á colocar el miembro en buena posición. Hemos observado también niños con su coxalgia curada y el miembro en mala posición, ¿ qué tratamiento debe seguirse para colocar al miembro en buena posición, de manera que pueda servirse de él en lo sucesivo el paciente ?

Opinan algunos cirujanos que debe recurrirse al enderezamiento manual, bajo el cloroformo ; pero este tratamiento es difícil practicarlo, en estos casos, pues además de necesitar el empleo de mucha fuerza y tiempo, se expone á la fractura del fémur, que suele producirse intencionalmente, y á los accidentes de una larga cloroformización. Creemos más racional, en estos casos, el tratamiento quirúrgico ; tres operaciones han sido indicadas : la osteoclacia, la resección y la osteotomía ; las tres pueden colocar el miembro en buena posición, sin embargo es preferible la osteotomía, pues llena todas las condiciones deseables.

La osteoclacia manual es difícil ó imposible de practicar; podríamos intentar la osteoclacia instrumental con los instrumentos perfeccionados que hoy se poseen, y luego colocar el miembro en buena posición, sin efectuar la más pequeña herida tegumentaria. Sin embargo,

la fractura de un hueso, tan resistente como el fémur, no puede efectuarse sin producir una gran violencia, habiendo el peligro de que esta violencia repercuta sobre la articulación, y exponga á una recidiva.

La resección, en estos casos, no nos parece indicada, pues sabemos que en los niños trae para el porvenir un acortamiento considerable del miembro operado. Nos queda, por lo tanto, la osteotomía, que permite obtener el enderezamiento perfecto del miembro operado, sin tener los inconvenientes anteriores.

La osteotomía puede ser líneal, oblícua ó cuneiforme, bastando siempre en la coxalgia unilateral las dos primeras, fácilmente ejecutables hoy, gracias á la antisepsia, y sin ningún peligro para el operado.

La osteotomía lineal ó sea la simple sección del fémur puede practicarse en la parte media del cuello femoral, al nivel del gran trocanter ó, en fin, debajo de él, es decir intertrocantereana.

La osteotomía oblicua permite además de la corrección de la actitud, obtener un alargamiento del miembro operado de algunos centímetros. Como en estos casos siempre suelen observarse acortamientos reales debidos á la atrofia ósea de todo el miembro afectado, creemos que es à ella que debe darse la preferencia.

En dos casos que se practicó la osteotomía se ha hecho esta última operación efectuando la sección del fémur oblicuamente en el sentido transversal á partir del vértice del gran trocánter, curándose los enfermos completamente sin notarse recidiva y sin requirir mayores cuidados que los necesarios para una simple fractura del fémur.

En los casos de coxalgia doble, en los cuales la curación sobreviene con anquílosis de ambos miembros inferiores, se aconseja practicar en un miembro la osteotomía cuneiforme.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
CUIDADOS CONSECUTIVOS

El tratamiento de la coxalgia es de larga duración, necesitándose de parte del médico toda la energía necesaria para imponer á su enfermo el tratamiento que hemos expuesto, pues de su exacto cumplimiento depende la curación.

No es posible precisar con seguridad el tiempo que el enfermo debe guardar reposo é inmovilización, pues depende del estado en que se encuentra el enfermo y varía segun el período clínico en que se encuentra la afección y de su mayor ó menor gravedad.

Nuestras observaciones nos han enseñado que la coxalgia tarda, por término medio; en el período de incertidumbre, para obtener la curación, es menester que el tratamiento dure según los casos de 1 á 3 meses.

Permitiremos la marcha á estos enfermos guiándonos por la exploración metódica de la región afectada, siendo

los elementos formadores de nuestro juicio los siguientes: completa recuperación de todos los movimientos de la cadera, ausencia de todo dolor espontáneo ó provocado; desaparición del infarto ganglionar, mejoría del estado general.

Es preciso vigilar algún tiempo más estos enfermos, con el fin de someterlos nuevamente al tratamiento si apareciere algún síntoma sospechoso del lado de la cadera enferma, para evitar la recidiva ó que la enfermedad progrese.

En las coxalgias no supuradas, la duración del tratamiento es, por lo general, mucho más larga; de tres meses á un año y algunas veces algo más.

La curación con conservación de todos los movimientos es frecuentemente observada y para dejar marchar á estos enfermos nos guiaremos por los elementos antes enumerados.

En el hospital se hace caminar á estos enfermos con muletas, conservándoles uno á dos meses el aparato de inmovilización de lata anteriormente decripto, pero más pequeño, recortado en su extremidad inferior, por encima de la rótula; se aplica además un botín con suela gruesa de corcho, tres centímetros más alta en el pié sano, de manera que el miembro enfermo no apoye en

el suelo. El aparato corto es muy conveniente, por la inmovilidad relativa que ejerce en la articulación coxo-femoral, impide los movimientos extendidos que serían peligrosos y expondrían á la recidiva de la afección si desgraciadamente quedara algún foco tuberculoso aún no bien curado y en vias de resolución ó transformación fibrosa.

Durante todo el tiempo que usen el aparato corto, deben darse diariamente baños salados y practicar el masaje de los músculos del miembro afectado, para corregir su atrofia.

Al quitarles el aparato corto, se les aconseja el uso de las muletas por algunos meses más; por lo general, si la coxalgia no es antigua y no hay atrofia ósea, el miembro, una vez sobrevenida la curación, queda del mismo largo que el sano.

Cuando la curación sobreviene por anquílosis fibrosa ú ósea, la rigidez completa del miembro, la ausencia de dolores espontaneos ó provocados, la desaparición del infarto ganglionar, la mejoría del estado general, guiarán nuestro juicio para dejar caminar á los niños coxálgicos. En estos casos es indispensable conservar durante tres á seis meses el aparato corto, para evitar los movimientos en la articulación afectada y consolidada. De-

berán conservar las muletas por mucho tiempo, año y medio á dos años, cuidando no sufran traumatismos ó caidas que pueden favorecer la recidiva.

Al menor asomo de cualquier síntoma que nos haga sospechar la no curación ó la recidiva de la coxalgia, debemos someter nuevamente el enfermo al tratamiento anterior y ser inflexibles en su exacto cumplimiento.

Los coxálgicos resecados deben seguir este mismo tratamiento, no siendo necesario el uso del botín con suela alta, pero sí el uso prolongado de un aparato ortopédico en el miembro operado, para corregir en lo posible la claudicación.

El acortamiento del miembro en los resecados es constante, pero no excesivo. El acortamiento real, único que nos interesa, se compone de tres elementos, ninguno de los cuales es constante, pero que suelen reunirse habitualmente en las coxalgias antiguas; son á saber : 1° El ascenso del gran trocánter, produciendo la luxación de la cadera; 2° El acortamiento trófico real del fémur y de la tibia; 3° La adducción del muslo, que trae como consecuencia una elevación del costado correspondiente cuando el niño se apoya en el miembro enfermo. El cirujano, en presencia de las dos primeras causas, dice Menard, queda impotente; por el contrario, puede ac-

tuar eficazmente, como hemos visto, contra la tercera, practicando la osteotomía.

La coxalgia supurada tiene una duración que hemos visto variar de uno á ocho años y aún más, según los casos; hay algunos tan rebeldes de coxalgia fistulosa que no curan jamás.

La claudicación se hace muy soportable con el uso del calzado con suela elevada si se le acompaña con el empleo de las muletas, que debe ser prolongado por varios años.

OBSERVACIONES

Desde el 1° de enero de 1897 al 30 de junio de 1898 se han asistido en el consultorio externo de cirujía del Hospital de Niños 124 niños coxálgicos. No nos ha sido posible verificar los resultados obtenidos en todos ellos con el tratamiento empleado, por lo difícil que es seguir los enfermos del consultorio.

En las dos salas del Pabellón Pirovano han ingresado el año pasado 62 coxálgicos, que hemos podido seguir durante nuestro internado, cuya estadística é historias breves de los casos curados damos á continuación.

De estos 62 enfermos, 58 fueron de coxalgia unilateral y 4 doble. El carácter y resultado del tratamiento de estos enfermos fué el siguiente :

Coxalgias unilaterales	Casos	Curados	En tratamiento	Fallecidos
Período de incertidumbre..	6	6	—	—
Coxalgias no supuradas....	20	14	6	1
» con abcesos.....	14	6	7	1
» fistulosas	18	10	6	2
Coxalgias dobles.....	4	—	3	1

5 fallecidos en un total de 62 enfermos lo que dá 8 ⅓ °/₀ de mortalidad; 4 niños han fallecido de meningitis, el quinto por hemorragia consecutiva á la perforación de la arteria ilíaca externa, debida al resblandecimiento de la pared arterial, producida por la invasión tuberculosa de dicha arteria : antigua coxalgia fistulosa.

Curaciones 36, lo que da el 58 ⅓ °/₀.

Quedan aùn 21 niños coxálgicos en tratamiento, en su mayoría mejorados; algunas coxalgias con abcesos se han hecho fistulosas, pues, á su entrada, la piel que recubría el abceso no estaba intacta, era adelgazada, habiéndose fistulizado en el sitio donde se practicó la punción con el trócar.

1. Valentín G., 8 años, español, coxalgia (?) izquierda. Entra á la sala 3ª el 9 de abril de 1897, presentando los siguientes síntomas : claudicación, gonalgia, dolor á la presión en la cadera izquierda, ligera contractura y atrofia muscular. Tratamiento : reposo é inmovilización con el aparato de lata. Salió de alta, curado, el 25 de junio del mismo año.

2. María Sch., 6 años, argentina, coxalgia (?) izquierda. Entra á la sala 4ª el 8 de julio de 1897, presentando los siguientes síntomas : ligera claudicación, los movimientos pasivos son dolorosos, adenitis inguinal. Tratamiento : repo-

so é inmovilización con el aparato de lata. Sale de alta, curada, el 30 de agosto del mismo año.

3. Ana M., 9 años, argentina, coxalgia (?) derecha. Entra á la sala 4ª el 18 de agosto de 1897, presentando los siguientes síntomas : claudicación, dolor espontáneo y provocado por la presión y movimientos en la cadera derecha, adenitis inguinal. Mismo tratamiento que en los casos anteriores, saliendo de alta, curada, el 10 de septiembre del mismo año.

4, 5 y 6. Estos casos también sospechosos de coxalgia fueron sometidos al mismo tratamiento anterior, saliendo de alta, curados, el 1° después de 58 días de tratamiento, el 2° á los 40 días y el 3° á los 86 días.

Todos estos enfermos no han vuelto á presentar síntomas que hagan sospechar la recidiva de su afección, conservan todos los movimientos y caminan sin la más ligera claudicación.

7. Victoriana R., 6 años, argentina, coxalgia izquierda no supurada. Entra á la sala 4ª el 12 de enero de 1897, presentando los síntomas siguientes : claudicación, dolor espontáneo y provocado, atrofia y contractura muscular, adenopatía y desaparición del pliegue inguinal, descenso del pliegue glúteo, flexión del muslo sobre la pelvis en ángulo de 140°, abierto hacia adelante, abducción y rotación del miembro hacia afuera, alargamiento aparente. Tratamiento : por el enderezamiento forzado bajo anestesia clorofórmica se coloca el miembro en su buena posición, colocando en seguida el aparato inmovilizador de lata. Se cambia el algodón y vendas cada

25 dias. El 20 de julio se da de alta, conserva todos los movimientos en la articulación coxofemoral izquierda, el miembro tiene igual longitud que el sano, no hay claudicación durante la marcha.

8. Pedro L., 9 años, argentino, coxalgia derecha no supurada. Entra á la sala 3ª el 28 de enero de 1897. Hace cuatro años que comenzó la afección, los síntomas que presenta á su entrada son: imposibilidad de la marcha por flexión del muslo sobre la pelvis en ángulo de 120°, articulación muy dolorosa á la presión y movimientos, adenitis tuberculosa del cuello supurada, atrofia y contractura muscular marcadas, abducción y rotación del miembro enfermo hacia afuera. Tratamiento: enderezamiento brusco bajo la anestesia clorofórmica, extirpación de los ganglios resblandecidos del cuello, aparato de lata inmovilizador. El 11 de septiembre es dado de alta; buena constitución, conserva los movimientos, claudicación 1 $^1/_2$ centímetro de acortamiento real.

9. Angela L., 10 años, argentina, coxalgia derecha no supurada. Entra al servicio el 15 de febrero de 1897, presentando los síntomas siguientes: imposibilidad de la marcha por provocar fuertes dolores, buena posición del miembro, que está muy doloroso á la presión y á los movimientos, adenopatía inguinal, atrofia muscular. Tratamiento: extensión continua con peso de 3 kilógramos; quince dias después, habiendo desaparecido los dolores, se coloca el aparato de lata inmovilizador, suspendiéndose la extensión continua. El 26 de julio es dada de alta, conserva todos los movimientos, no hay claudicación ni acortamiento del miembro.

10. Sara G., 8 años, argentina, coxalgia izquierda no supurada. Entra á la sala 4ª el 19 de abril de 1897, presentando los siguientes síntomas: gonalgia, dolor á la presión en la cadera izquierda, adenopatía inguinal, desaparición del pliegue inguinal, descenso del pliegue gluteo, limitación de los movimientos de abducción del muslo, atrofia y contractura muscular. Tratamiento: inmovilización con el aparato de lata. El 29 de agosto es dada de alta, conserva los movimientos, no hay acortamiento ni claudicación.

11. Juana A., 9 años, argentina, coxalgia izquierda no supurada. Entra á la sala 4ª el 26 de abril de 1897, presentando los siguientes síntomas: claudicación, dolor á la presión y á los movimientos pasivos en la articulación coxofemoral izquierda, adenopatía inguinal, adducción y rotación del miembro hacia adentro. Tratamiento: reducción forzada bajo anestesia clorofórmica, aparato de lata inmovilizador. Sale de alta el 4 de noviembre, conserva los movimientos, no hay acortamiento ni claudicación al caminar.

12. Felix C., 2 ½ años, argentino, coxalgia derecha, no supurada. Entra á la sala 3ª el 28 de abril de 1897, presentando los siguientes síntomas: imposibilidad de la marcha por flexión del muslo sobre la pelvis en ángulo de 80°, abducción y rotación del miembro hacia afuera; dolor á la presión y movimientos, contractura y atrofia muscular, alargamiento aparente del miembro enfermo. Tratamiento: enderezamiento forzado, inmovilización. El 12 agosto es dado de alta, conserva todos los movimientos, el miembro está en buena posición, no hay acortamiento ni claudicación.

13. Adriana B., 5 ½ años, argentina, coxalgia izquierda, no supurada. Entra á la sala 4ª el 23 de junio de 1897, presenta los sintomas siguientes: gonalgia, dolor espontáneo y provocado en la articulación coxofemoral derecha, flexión del muslo sobre la pelvis, abducción y rotación del miembro hacia afuera. Tratamiento: enderezamiento forzado bajo anestesia clorofórmica, inmovilización. El 6 de septiembre es dada de alta con aparato corto; la articulación enferma conserva los movimientos, no hay acortamiento ni claudicación.

14. Marcela E., 5 ½ años, argentina, coxalgia izquierda no supurada. Entra á la sala 4ª el 16 de julio de 1897, presentando los siguientes síntomas: gonalgia, dolor provocado por los movimientos en la articulación coxofemoral izquierda. adenopatia inguinal, abducción y rotación del miembro hacia adentro, atrofia y contractura muscular. Tratamiento: reducción forzada, inmovilización. El 5 de mayo de 1898 sale de alta; los movimientos todos están conservados, no hay acortamiento ni claudicación.

15. Lucrecia G., 8 años, argentina, coxalgia izquierda no supurada. Entra á la sala 4ª el 9 de agosto de 1897, presentando los siguientes síntomas: anquílosis de la articulación coxofemoral izquierda en ángulo de 80°, ligera adducción, acortamiento real de tres centímetros. Tratamiento: osteotomia subtrocanterea, extensión continua; 20 días después se reemplaza por el aparato de inmovilización. Sale de alta el 16 de septiembre, con aparato corto, el miembro está consolidado en buena posición, conserva un acortamiento real de 1 ½ centímetro.

16. Aurelia R., 7 años, argentina, coxalgia izquierda no supurada. Entra al servicio el 15 de septiembre de 1897, presentando los siguientes síntomas: imposibilidad de la marcha por provocar dolores y estar el muslo en flexión sobre la pelvis, adducción y rotación hacia adentro del miembro enfermo, adenitis inguinal, atrofia y contractura muscular. Tratamiento: reducción forzada é inmovilización. El 1° de diciembre sale de alta, llevando aparato corto, el miembro está en buena posición, no hay acortamiento.

17. Dolores D., 5 años, argentina, coxalgia derecha no supurada. Entra al servicio el 24 de septiembre de 1897, presentando los siguientes síntomas: dolor, flexión del muslo sobre la pelvis, adducción y rotación del miembro hacia adentro, adenitis inguinal, atrofia y contractura muscular. Tratamiento: reducción forzada é inmovilización. Sale de alta el 6 de marzo de 1898, con aparato corto, el miembro está anquilosado en buena posición, hay acortamiento de un centímetro.

18. Alejandro C., 6 años, italiano, coxalgia izquierda no supurada. Entra á la sala 3ª el 11 de octubre de 1897; síntomas: flexión y abducción, adenitis, dolor espontáneo y provocado, atrofia y contractura muscular. Tratamiento: enderezamiento brusco bajo el cloroformo, inmovilización. Sale de alta el 10 de julio de este año, con el miembro en buena posición, anquilosado, con 1 centímetro de acortamiento.

20. María B., 9 años, española, coxalgia izquierda no supurada. Entra al servicio el 23 de diciembre de 1897; síntomas: imposibilidad de la marcha por dolor y flexión del

muslo sobre la pelvis en ángulo de 120°, adenitis inguinal, atrofia y contractura muscular, abducción y rotación del miembro hacia afuera. Tratamiento : enderezamiento brusco, inmovilización ; el 5 de agosto de 1898 sale de alta, conserva todos los movimientos, no hay acortamiento ni claudicación.

21. Nicolás D., 8 años, argentino, coxalgia derecha con abceso. Entra á la sala 3ª el 15 de febrero de 1897, presentando los siguientes síntomas : claudicación, dolor en los movimientos y á la presión, adducción y rotación del miembro hacia adentro, se nota fluctuación profunda en la parte súpero-externa del muslo derecho. Tratamiento : anestesia clorofórmica, punción y evacuación del contenido del abceso, seguida de inyección de éter yodoformado, reducción forzada é inmovilización ; dado de alta el 25 de agosto de 1897, el abceso no ha vuelto ha reproducirse, el miembro está en buena posición, conserva todos los movimientos, no hay acortamiento.

22. Pedro A., 10 años, argentino, coxalgia derecha con abceso. Entra al servicio el 21 de mayo de 1897, presentando los siguientes síntomas : imposibilidad de la marcha por provocar dolor y estar flexionado el muslo sobre la pelvis, en ángulo de 125°, adducción y rotación del miembro hacia adentro, los movimientos pasivos muy limitados, adenitis inguinal, nótase fluctuación en la cara anterior y parte superior del muslo debajo del arco de Poupart. Tratamiento : anestesia clorofórmica, punción con trócar y evacuación del contenido del abceso, inyección de éter yodoformado, reducción forzada é inmovilización. Se cambia el algodón y vendas cada 20 dias, el abceso ha vuelto á reproducirse tres veces, habién-

dose evacuado su contenido y hecho inyecciones de éter yodoformado cada vez. El 23 de enero de 1898 es dado de alta, el abceso no ha vuelto á reproducirse, el miembro está anquilosado en buena posición, no hay acortamiento, camina con muletas.

23. Antonio Z., 6 años, argentino, coxalgia derecha con abceso. Entra al servicio en junio de 1897, presentando los siguientes síntomas : dolor, claudicación, flexión del muslo sobre la pelvis, abducción y rotación del miembro hacia afuera, adenitis inguinal; encima del gran trocánter se nota fluctuación profunda. Tratamiento : anestesia clorofórmica, punción y evacuación del contenido del abceso, inyección de éter yodoformado, enderezamiento brusco é inmovilización. En el mes de abril de 1898 sale de alta ; el abceso no ha vuelto á reproducirse, la articulación enferma conserva todos los movimientos, no hay acortamiento ni claudicación, estando el miembro en buena posición.

24. Francisco F., 6 años, argentino, coxalgia derecha con abceso. Entra á la sala 3ª el 12 de mayo de 1897, presentando los siguientes síntomas: imposibilidad de la marcha por dolor y flexión del muslo sobre la pelvis en ángulo de 120°, adducción y rotación del miembro hacia adentro, atrofia notable, dos centímetros de diferencia en la longitud de cada pié, contractura muscular, hay fluctuación profunda encima del gran trocánter. Tratamiento: anestesia, punción, evacuación del pus é inyección de éter yodoformado, reducción forzada, inmovilización con el aparato de lata. El abceso fué punzado, etc., nuevamente por haberse reproducido dos meses más

tarde. En el mes de junio de 1898 sale de alta, el abceso no ha vuelto á reproducirse, el estado general ha mejorado notablemente, el miembro está anquilosado en buena posición, hay tres centímetros de acortamiento por atrofia.

25. Vicente G., 6 años, argentino, coxalgia derecha con abceso. Entra á la sala 3ª el 30 de julio de 1897, presentando los siguientes síntomas: dolor á la presión y movimientos, adenitis inguinal, flexión y rotación hacia afuera del miembro enfermo, abceso encima del gran trocánter. Tratamiento: punción, no saliendo pus por ser muy grumoso; se procede á la apertura del abceso, se evacua su contenido, curetaje, cauterización con cloruro de zinc y sutura completa. El 23 de enero de 1898 alta. El abceso no ha vuelto á reproducirse, la herida está perfectamente cicatrizada, los movimientos están conservados, no hay acortamiento.

26. Felipe S., 9 años, argentino, coxalgia izquierda con abceso. Entra á la sala 3ª el 21 de diciembre de 1897, presentando los siguientes síntomas: dolor, claudicación, el muslo está algo flexionado sobre la pelvis, hay abducción y rotación del miembro hacia afuera, alargamiento aparente de tres centímetros, contractura y atrofia muscular, limitación de todos los movimientos articulares, hay fluctuación profunda en la región súpero-externa del muslo. Tratamiento: anestesia, punción, evacuación del pus é inyección de éter yodoformado, enderezamiento brusco é inmovilización. El 8 de agosto de 1898 es dado de alta; el abceso no ha vuelto á reproducirse, los movimientos articulares se verifican perfectamente, no hay acortamiento.

27. Catalina P., 8 años, argentina, coxalgia derecha fistulosa. Entra á la sala 4ª el 10 de enero de 1897, presentando los siguientes sintomas: flexión del muslo sobre la pelvis en ángulo de 125° ; presenta en la parte superior y externa del muslo derecho, encima del gran trocánter, un trayecto fistuloso que ha permanecido supurando desde hacen dos años que le fué practicada en el público una operación. Estado general malo, enflaquecimiento notable, fiebre éctica, la fistula supura abundantemente, la región articular está roja y dolorosa. Tratamiento: anestesia y resección de la cabeza femoral, curetaje de las fungosidades, drenaje é inmovilización con el aparato de lata. Marzo 20, ha quedado un trayecto fistuloso en la cicatriz de la operación anterior, se anestesia, se incinde nuevamente, con la cureta se extraen algunos secuestros de los huesos de la pelvis, se cauteriza con cloruro de zinc toda la herida, se coloca drenaje, curaciones diarias, inmovilización. El 28 de noviembre la herida está completamente cicatrizada, el miembro está rígido, anquilosado en buena posición, el estado general es excelente, el acortamiento, de talón á talón, es de 1 $^1/_2$ centímetro. Sale de alta.

28. José V., 11 años, español, coxalgia fistulosa derecha. Entra á la sala 3ª el 18 de enero de 1897, presentandó los siguientes síntomas : el miembro está en buena posición, en la cara externa del muslo derecho y al nivel de su tercio medio existen tres cicatrices, en la cara posterior del muslo hay una fistula que da salida á gran cantidad de pus, al nivel del trocánter hay otros dos trayectos fistulosos, movimientos limitados, adenopatia inguinal, estado general malo, fiebre éctica.

Tratamiento: anestesiado, se practica la incisión de Langenbeck, resecando la cabeza femoral, raspado de las fungosidades con la cureta, cauterización con cloruro de zinc, inmovilización y curaciones diarias. El 5 de agosto de 1898 es dado de alta, miembro anquilosado en buena posición, estado general muy bueno, acortamiento de dos centímetros.

29. Aurelia F., 7 años, italiana, coxalgia fistulosa derecha. Entra á la sala 4ª el 20 de enero de 1897, presentando una fístula al nivel del gran trocánter, el miembro está flexionado, hay adducción y rotación hacia adentro, el estado general es malo, la fístula supura abundantemente, tiene fiebre. Tratamiento: anestesiada, se practica la incisión de Ollier y se reseca la cabeza femoral raspando las fungosidades con la cureta, cauterizando con cloruro de zinc, drenaje consecutivo, inmovilización, curaciones diarias. El 20 de marzo es dada de alta, el miembro está consolidado en buena posición, no hay fístulas, acortamiento de un centímetro.

30. Regina S., 12 años, argentina. Coxalgia fistulosa izquierda (recidiva). Entra á la sala 4ª el 18 de febrero de 1897, presenta un trayecto fistuloso encima del gran trocánter, que comunica con un enorme abceso situado en la parte posterior de la región glútea. Fué operada hace cuatro años habiéndosele practicado la resección de la cabeza femoral. El miembro está en buena posición y anquilosado. Tratamiento: anestesiada se incinde la fístula, se evacua el contenido del abceso, se raspan con la cureta la tuberosidad del izquión y su rama ascendente, que se encuentran necrosados, se extirpan las fungosidades cauterizándolas con cloruro de zinc, drenaje

é inmovilización y curaciones diarias. Julio 15 de 1898 sale de alta, la herida está completamente cicatrizada, el miembro está anquilosado, el estado general muy bueno; hay 3 centímetros de acortamiento real.

31. Román R., 11 años, argentino. Coxalgia fistulosa izquierda. Entra á la sala 3ª el 3 de abril de 1897, presenta un trayecto fistuloso en la región superior y externa del muslo, el miembro está en buena posición, la region de la cadera está tumefacta y dolorosa, supura abundantemente por la fístula, tiene fiebre. Tratamiento : incisión de 8 centímetros siguiendo el trayecto fistuloso, resección de la cabeza femoral, raspado de las fungoridades é inmovilización. Diciembre de 1897 sale de alta, el miembro está anquilosado en buena posición, acortamiento de 1 $^1/_2$ centímetros, la herida está completamente cicatrizada.

32. Bertilda P., 9 años, argentina. Coxalgia fistulosa izquierda (recidiva). Entra en la sala 4ª el 4 de agosto de 1897 presentando dos trayectos fistulosos encima del gran trocánter que conducen á la cresta ilíaca; hay anquílosis en mala posición, pues el muslo esta en flexión sobre la pelvis en ángulo de 125°. Tratamiento : anestesia, extirpación de los trayectos fistulosos y resección de la cresta ilíaca. Habiendo curado completamente, el 22 de octubre se practica la osteotomía subtrocanterea, colocando el miembro en buena posición, extensión continua; á los 20 días se reemplaza la extensión por la inmovilización con el aparato de lata. Diciembre 10 de 1897 sale de alta, la fractura se ha consolidado perfectamente habiéndose corregido la deformación, hay un centímetro de acortamiento.

33. Domingo P., 5 años, argentino. Coxalgia fistulosa derecha. Entra á la sala 3ª el 6 de agosto de 1897, presentando una fístula situada al nivel del trocánter, que da salida á mucho pus verdoso y fétido, enorme abceso de la región glútea, flexión del muslo sobre la pelvis, adducción y rotación del miembro hacia adentro, estado general malo; hay fiebre éctica. Tratamiento : anestesiado, se incinde al nivel de la fístula en una extensión de 10 centímetros, se reseca la cabeza femoral que está casi destruida por la carie, raspado con la cureta del cotilo y de las vegetaciones del abceso, cauterización con cloruro de zinc, etc. Sale de alta el 15 de febrero de este año con el miembro anquilosado en buena posición, no tiene fístulas, acortamiento de 1 $^1/_2$ centímetro.

34. Maria S., 8 años, argentina. Coxalgia fistulosa derecha. Entra en la sala 4ª el 5 de septiembre de 1897 presentando dos fístulas encima del gran trocánter en las extremidades de una cicatriz operatoria. Esta niña ha sufrido en años anteriores dos intervenciones en la cadera afectada. Tratamiento : anestesiada, se reunen las fístulas por medio de una incisión, se extraen con la cureta algunos secuestros situados en la cavidad cotiloidea y en el gran trocánter, se raspan con la cureta las fungosidades, etc., inmovilización colocando el miembro en buena posición, curaciones diarias. Abril 20 de 1898, alta; el miembro está en buena posición, anquilosis ósea, no hay fistulas, dos centímetros de acortamiento.

35. Angela D., 7 años, argentina, coxalgia fistulosa derecha. Entra á la sala 4ª el 23 de octubre de 1897, ha sido operada hace dos años, habiéndosele efectuado la resección de la ca-

dera, presenta una fistula encima del gran trocánter, que conduce á la cavidad cotiloidea, y un enorme abceso debajo del arco de Poupart. Tratamiento: anestesiada, se incinde al nivel de la fistula en una extensión de ocho centímetros, se raspa con la cureta la cavidad cotiloidea extrayendo algunos secuestros, se extirpan las fungosidades del abceso, etc., inmovilizando el miembro en buena posición con el aparato de lata y practicando curaciones diarias. El 12 de agosto de 1898 fué dada de alta, no hay fistulas, el miembro está anquilosado en buena posición, camina con aparato corto, acortamiento 1 $^1/_2$ centimetro.

36. Gregoria O., 3 años, argentina, coxalgia fistulosa derecha. Entra á la sala 4ª el 13 de noviembre de 1897, presentando una fistula encima del gran trocánter, el muslo está flexionado sobre la pelvis, hay adducción y rotación hacia adentro, atrofia muscular y contractura, el estado muscular es malo, la fistula hace tiempo que supura bastante, tiene fiebre. Tratamiento: anestesia clorofórmica, incisión de Ollier y resección de la cabeza femoral, raspado, etc., inmovilización y curaciones diarias. El 20 de agosto de 1898, dado de alta, el miembro está anquilosado en buena posición, el estado general es bueno, hay un centímetro de acortamiento.

CONCLUSIONES

1ª El tratamiento de la coxalgia debe ser general y local.

2ª El reposo combinado con la inmovilización, constituye el tratamiento racional de la coxalgia no supurada en los niños.

3ª Los abcesos frios de la coxalgia deben ser tratados por las inyecciones modificadoras de éter yodoformado.

4ª La resección en la coxalgia no debe ser jamás primitiva, encuentra su indicación en el período fistuloso de la afección, cuando los medios conservadores empleados no han dado resultado; debe considerarse como una intervención excepcional y de último recurso.

5ª Las actitudes viciosas que se observan en la coxalgia merecen tratarse por el enderezamiento brusco.

6ª La osteotomía oblicua es la operación que debe practicarse en las coxalgias curadas en anquílosis y posición viciosa.

7ª Ninguno de los tratamientos actualmente empleados asegura la curación pronta y radical de la coxalgia.

Agosto 31 de 1898.

Andrés Copello.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El tratamiento racional de la coxalgia en los niños es el conservador.

II

El aparato de lata del doctor Máximo Castro es el más sencillo y práctico para obtener la inmovilización de la cadera en la coxalgia infantil.

III

El naftol alcanforado (naftol β uno; alcanfor dos) debe usarse con prudencia en los niños pues su absorción, si llega á efectuarse rápidamente, expone á la intoxicación aguda.

IV

La recidiva de la coxalgia, sin ser en realidad frecuente, debe ser siempre considerada como una eventualidad posible en todas las formas de la afección y cualquiera que haya sido el tratamiento empleado.

Buenos Aires, Agosto 31 de 1898.

Nómbrase á los señores: académico doctor Manuel Blancas; profesor titular doctor Alejandro Castro y profesor suplente doctor Daniel J. Cranwell, para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA,
L. M. Acuña.

Buenos Aires, Septiembre 15 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno don Andrés Copello:

« En el local de la Facultad á 14 de Septiembre de 1898, reunidos los que suscriben encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno don Andrés Copello que versa sobre *Tratamiento de la coxalgia en los niños*, resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto. Firmados: *Manuel Blancas, Alejandro Castro, Daniel J. Cranwell, Zenón Aguilar*, Pro-secretario.

L. M. Acuña.

Fecha ut supra.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA,
L. M. Acuña.