268

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

AUSENCIA CONGÉNITA

DEL

PERONÉ

TESIS

Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

ROBERTO VIDART

EX-INTERNO DE HOSPITAL

1897 á 1901

1901

Imprenta—BOULLOSA—Entre Rios 1275

BUENOS AIRES

1758

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

AUSENCIA CONGÉNITA

DEL

PERONÉ

TESIS

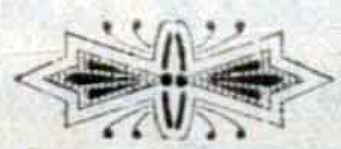
Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

ROBERTO VIDART

EX-INTERNO DE HOSPITAL

1897 á 1901



1901

Imprenta—BOULLOSA—Entre Rios 1275

BUENOS AIRES

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

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. JUAN R. FERNANDEZ

Vice-Decano

DR. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLAÑCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GüEMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI

Secretario Titular

» » ZENÓN AGUILAR

Prosecretario

DR. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Zoología Médica	Doctor	P. LACAVERA
Física Médica	„	JAIME R. COSTA
Química Médica	„	ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	„	MARTIN SPUCH
Química Médica	„	PEDRO N. ARATA
Histología	„	RODOLFO DE GAINZA
Anatomía descriptiva	„	JUAN JOSÈ NAÓN
Patología general	„	ROBERTO WERNICKE
Anatomía topográfica	„	JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología	„	PEDRO J. CORONADO
Anatomía patológica	„	TELÈMACO SUSINI
Bacteriología	„	CÁRLOS MALBRÁN
Higiene	„	MELITÓN GONZALEZ DEL SOLAR
Materia Médica	„	JUSTINIANO LEDESMA
Medicina operatoria	„	ADALBERTO RAMAUGÉ
Clínica ginecológica	„	ENRIQUE BAZTERRICA
„ Oto-rino-Laringológica	„	EDUARDO OVEJERO
„ Dermatológica y Sifilográfica.	„	BALDOMERO SOMMER
Patología externa	„	OBDULIO HERNÁNDEZ
Patología interna	„	MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmologica	„	PEDRO LAGLEIZE
„ Médica	„	LUIS GÜEMES
„ Epidemiológica	„	JOSÉ PENNA
„ Quirúrgica	„	JULIÁN AGUILAR
„ Neurológica	„	JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
„ Médica	„	FRANCISCO SICARDI
Medicina legal	„	FRANCISCO DE VEYGA
Clínica quirúrgica	„	ANTONIO C. GANDOLFO
„ Medica	„	GREGORIO N. CHAVES
„ Obstetricia	„	SAMUEL MOLINA
Toxicología experimental	„	JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	„	MANUEL BLANCAS
„ Médica	„	ABEL AYERZA
„ Génito urinaria [hombre]	„	FEDERICO TEXO
„ Psiquiátrica	„	DOMINGO CABRED
„ Quirúrgica	„	ALEJANDRO CASTRO
Clínica obstétrica	„	ELISEO CANTON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica		vacante
Física médica	Doctor	JUAN J. GALIANO
Quimica médica	„	FRACISCO BOSQUE Y REYES
Botánica médica	„	LUCIO DURAÑONA R. S. KOLBE
Quimica médica	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Histología	„	SAMUEL DE MADRID
Anatomia descriptiva	„	JUAN D. PIÑERO JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Patología general	„	GREGORIO ARAÓZ ALFARO
Anatomía topográfica		AVELINO GUTIERREZ
Fisiología	„	HORACIO PIÑERO
Anatomía patológica	„	JOSÉ BADÍA
Bactereología		VACANTE
Higiene	„	ENRIQUE REVILLA
Materia médica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA ANGEL M. CENTENO
Medicina operatoria	„	NICOLÁS REPETTO ALFONSO MASSI
Clínica ginecológica	„	ALFREDO LAGARDE JOSÈ F. MOLINARI
Clínica Oto-rino-Laringológica	„	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
Clínica dermatológica y sifilográfica	„	MAXIMILIANO ABERASTURY
Patología externa	„	PASCUAL PALMA DANIEL J. CRAMWELL
Patología interna		VACANTE
Clínica oftalmológica	„	FRANCISCO BARRAZA TEÓFILO A. MORET
Clínica médica	„	PATRICIO FLEMING
Clínica epidemiológica		VACANTE
Clínica quirúrgica	„	JUAN B. JUSTO
Clínica neurológica	„	JOSÈ A. ESTEVES JOSÈ A. SEMPRUM
Clínica médica	„	RICARDO COLON
Medicina legal	„	DOMINGO S CAVIA
Clínica quirúrgica	„	DIÓGENES DECOUD ALEJANDRO POSADAS
Clínica médica	„	JULIO MENDEZ IGNACIO ALLENDE
Clínica obstétrica	„	FANOR VELARDE
Toxicología experimental	„	JUAN ALBA CARRERAS
Clínica pediátrica	„	ANTONIO F. PIÑERO FACUNDO LARGUIA
Clínica médica		VACANTE
Clínica génito urinaria hombre	„	PEDRO BENEDIT
Clínica psiquiátrica	„	BENJAMIN T. SOLARI
Clínica quirúrgica		VACANTE
Clínica obstétrica		VACANTE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr. Adolfo Mujica	vacante
Química inorgánica aplicada á la Farmacia	„ Miguel Puiggari	„
Farmacognosia vejetal y animal	„ Juan A. Boeri	Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia	„ Pedro N. Arata	Vacante
Farmacia galénica [Técnica farmacéutica]	„ J. Manuel Irizar	„
Higiene	„ Ricardo Schatz	„
Quimica analítica toxicológica	„ Atanasio Quiroga	„
Ensayo y determinación de drogas	„ J. Manuel Irizar	„

Padrino de Tesis
Académico Dr. Gregorio M. Chaves

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedràticos Titulares	Cat. Sustitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distósico y clínica obstétrica	Dr. Juan R. Fernandez	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Anatomía, fisiología, patología	Dr Leon Pereira	Vacante
Cirugía protética, higiéne materia médica y terapéutica dentaria, medicina legal	„ Nicasio Etcheparreborda	Vacante

Padrino de Tesis

Académico Dr. Gregorio N. Chaves

A la memoria de mi madre

A mi padre

Archivo Hermanos

A mis hermanos

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Si entre las afecciones de origen congénito hay un buen número que son incompatibles con la vida, hay también otras, que con menos deformación, tienen gran interés para el médico y el cirujano, en presencia de las cuales debe intervenir, contribuyendo así al restablecimiento de una función, ó lo que es mas, para salvar la vida del paciente.

De éstas debe hacerse un grupo realmente quirúrgico y es en él que deben reunirse las luxaciones congénitas, diferentes variedades de hernias, labios leporinos, hendiduras del paladar y tantas malformaciones de los miembros, etc. Estas son muy frecuentes y se nos presentan á menudo; pero hay entre las malformaciones congénitas de los miembros una muy particular: la

ausencia congénita del peroné, y que habiendo tenido la oportunidad de estudiar un caso en el servicio de Cirujía del Dr. Alejandro Posadas, es que me decido á presentar este trabajo á vuestro elevado criterio, por creerla una observación interesante.

Me sería altamente satisfactorio que le prestaseis vuestra aprobación, no porque teniendo en cuenta su valor, me habeis de otorgar el título de Doctor en Medicina, sino porque así llenaría una justa aspiración: la de terminar una jornada, para mañana iniciarme en un nuevo camino, el del Médico.

Pero antes de abandonar este recinto he de dejar constancia en estas páginas de mi agradecimiento hácia todos los profesores que han contribuido á formar mi ilustración y mi criterio médico.

Muy especialmente mi gratitud á mis maestros Dr. Gregorio N. Chaves que me hace un alto honor en acompañarme en este acto y al Dr. Alejandro Posadas que tan galantemente me ha iniciado en este trabajo.

A los doctores: Pacífico Diaz, Marcial V. Quiroga y Alfonso Massi que durante mi internado en el Hospital Militar me han prestado sus atenciones, debo igualmente manifestarles mi agradecimiento.

INTRODUCCIÓN

El estudio de esta malformación es de mucho interés práctico, porque si bien se debe considerar como rara, encontrándonos en presencia de ella, se deben tener en cuenta varias circunstancias para hacer un pronóstico cierto y adoptar un tratamiento adecuado.

Fuera de los capítulos en que trate de estos asuntos he de estudiar sus síntomas, anatomía patológica y la etiología y patogenia; pero para discutir esta y si es posible esplicárnosla, he de recordar algunos datos sobre el desenvolvimiento normal de los miembros, cómo se forman sus diferentes partes, en qué época aparece el peroné y cómo se osifica.

Sabemos que el óvulo fecundado sufre una serie de transformaciones que van á terminar á la creación del feto.

En él los miembros han hecho su aparición sobre las partes laterales, en el límite del dorso y del vientre, hácia el fin de la tercera ó al comienzo de la cuarta semana; primeramente bajo la forma de cortos muñones, se aplastan aumentando de volúmen de manera á representar verdaderas paletas. En el curso de la quinta semana, se han dividido en dos partes, una unida al cuerpo que representa los brazos y muslos, la otra mas ensanchada responde á la mano ó al pié. Simultáneamente se designan estos segmentos, separándose el resto de las extremidades correspondientes. Sobre el embrión de cinco á seis semanas, en la extremidad terminal de la paleta palmar, se ve aparecer un brote á expensas del cual se van á formar los dedos y separado del resto del órgano por un surco. En la sexta semana ya existen los tres segmentos del miembro y se marcan los surcos que responderán á los espacios interdigitales. Se ve aparecer el indicio del carpo y del tarso; se hacen las articulaciones del codo y rodilla, siendo lo que hace el carácter distintivo mas importante de los miembros.

Los dedos están unidos entre sí en toda su extensión por una membrana, tomando un aspecto análogo al vicio de conformación que se describe con el nombre de *syndactilia*; pero estos crecen mas rápidamente que las membranas inter-

digitales, volviéndose independientes uno de otro y desapareciendo el aspecto palmado.

A la novena semana, los diferentes segmentos del miembro existen, sin que tengan sus proporciones normales relativas; la mano parece tener una longitud exagerada, comparada al brazo y antebrazo. Al fin del segundo mes aparece el calcáneo, el ángulo tibio-tarsiano; al mismo tiempo la longitud del miembro inferior comienza á marcarse sobre la del superior, lo mismo que los caracteres diferenciales de un miembro con otro. Hasta el principio del tercer mes, el codo y rodilla están orientados de la misma manera, mirando directamente hácia afuera. En este momento el brazo ejecuta sobre el hombro un movimiento de rotación de 90° dirigido de dentro hácia afuera, que lleva el codo atrás. El miembro inferior describe uno de 90° en sentido inverso, de fuera hácia adentro, llevando la rodilla hácia adelante.

Los rudimentos de las extremidades, que derivan del mesodermo, están constituidos en todas sus partes por células idénticas; pero á medida que van creciendo, se hace la diferenciación histológica de los tejidos y órganos. Así aparecen los huesos.

El esqueleto de los miembros está formado primitivamente y en toda su extensión, por cartílago que nace durante el segundo mes de la vida embrionaria y crece bajo esta forma duran-

te un tiempo mas ó menos largo antes que la osificación comience. Esta se efectúa por uno ó muchos puntos y el cartílago se transforma poco á poco en hueso, salvo partes que subsisten sobre las superficies articulares ó sobre las apófisis y que sirven para el crecimiento del hueso en longitud ó en superficie. Así todos los huesos de las extremidades no llegan á su forma definitiva sinó por la acción regulada y simultánea de los que fenómenos del crecimiento del cartílago, hasta los diferentes puntos de osificación y los diferentes segmentos óseos á que ellos han dado lugar, llegan á reunirse y fusionarse en un solo hueso.

Por esto es que se deben respetar estos puntos en las operaciones que se practican en los huesos en crecimiento, siempre que sea posíble, bajo la pena de producir una detención del crecimiento ulterior.

Los huesos de la pierna se osifican en su diáfisis desde el comienzo del 2º mes de la vida fetal. El peroné tiene un punto primitivo de osificación ó diafisiario, que aparece en esa época. A expensas de este punto se desenvuelve el cuerpo del hueso y tambien una parte de sus extremidades. Al nacimiento, estas, todavía son cartilaginosas, que se osificarán por puntos de osificación complementarios ; el del extremo inferior (punto epifisiario inferior) se muestra hácia la edad de

2 años y se une al de la diáfisis á los 18 ó 19 años; el del extremo superior (punto epifisiario superior), aparece á la edad de 4 años y se une á la diáfisis de los 19 á 22 años.

FRECUENCIA

Esta malformación ha sido objeto de algunos trabajos en estos últimos años; pero es bajo el título de *fracturas de la pierna intra-uterinas*, que ha sido descrita. Es la denominación que han empleado en sus tésis Ithen de Zurich en 1885 y Vilcoq de París en 1887.

Hoffa en su libro Ortopédico-quirúrgico de 1891 contaba 40 casos; después esta cifra ha aumentado, llevándola á 80 Kümmel, y más después Haudeck, discípulo de Hoffa, ha podido llevarla á 97 observaciones. Goud tiene tres casos. Kirmisson dice que en 8 años de su práctica quirúrgica en el Asilo de Niños de Paris ha observado 7 casos.

Vemos pués, que es una afección aunque no tan rara en el extranjero, que entre nosotros no ha sido observada, por lo menos que yo lo sepa, an-

tes de este caso que presento, del servicio del Dr. Posadas y de otro que él ha observado en su clientela particular. Sin embargo, habrá talvez algunos que por no haber sido asistidos por los médicos ó porque si lo han sido, no han dado á conocer su observación, será que no se tiene datos de ellos.

Según las estadísticas de Kümel y de Haudeck, la ausencia total del peroné es más frecuente que la parcial y se lleva más sobre uno de los miembros que sobre los dos .

SÍNTOMAS

Se ha dado á esta afección un tipo definido, en medio de muchas complicaciones que pueden acompañar la enfermedad principal y con caracteres bastante aparentes para reconocerla. Es así que se atribuye como síntoma constante la más ó menos atrofia del miembro. la incurvación de la tíbia y al nivel de esta, la cicatriz en la piel.

Lo que primero llama la atención á la inspección, es la deformación y atrofia del miembro. La pierna presenta una incurvación más ó menos pronunciada, en el punto de unión de los dos tercios superiores con el tercio inferior de la tíbia, de convexidad dirigida, sea directamente hácia adelante, sea adelante y adentro; mucho más raramente hácia afuera. La desviación más habitual de la pierna, de convexidad antero-interna

tiene por consecuencia de llevar el pié hácia afuera, en *valgus*. Puede observarse también lo contrario: el pié en *varus* y con convexidad de la pierna hácia afuera, pero es raro y Kümel dice haberla observado en un tercio de sus casos; Kirmisson, en uno de los suyos. Suele observarse la retracción del tendón de Aquiles que lleva el talón hácia arriba, de manera que la desviación del pié se hace en equino-valgus ó varus, y este equinismo es más ó menos forzado.

La cicatriz de la piel en el punto de convexidad de la tíbia, es deprimida, algunas veces estrellada, pero más generalmente lineal y vertical.

Al mismo tiempo que estos caracteres anteriores, se constata la ausencia de uno ó más dedos; que son habitualmente los del borde externo del pié con sus metatarsianos correspondientes. El pié se encuentra así reducido á 4, 3 y aún á 2 dedos solo. Busach observó la ausencia del dedo gordo solamente. La presencia de todos los dedos se observa (aunque raramente) y esto, cuando la deformación en general es menor.

Kirmisson cita el caso observado por él, de una niña de 2 años, presentando una deformación congénita de la pierna izquierda, caracterizada por la ausencia congénita del peroné y la inflexión de la tíbia en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores, pero con convexidad ex-

terna, el pié en varus y con 7 dedos, los dos internos anormales, soportados por un metatarsiano único que se articulaba con el 1º.

Salvo la retracción de los músculos gastrognémicos y ciertas malformaciones de los peroneos laterales, es de señalar que las partes blandas participan poco de la deformidad. La atrofia del miembro es constante, llevándose sobre su longitud y diámetro, sobre todo en la pierna que es donde se acusa más diferencia, aún de muchos centímetros. En el caso que yo he observado, el muslo del lado de la afección apenas presenta una disminución del diámetro y la longitud es igual al del lado sano, pero en la pierna, si bien la atrofía es poco marcada, presenta un acortamiento de 3 centímetros.

Se observa también á veces, asociada á la ausencia congénita del peroné, otras malformaciones, llevándose, ya sobre el miembro lesionado, ya sobre otras partes del cuerpo. Del lado del miembro enfermo, son la luxación de la cadera, el *genu-valgum*, la ausencia ó el desenvolvimien- incompleto de la rótula, que según Haudeck se ha mostrado 17 veces en su estadística. Como malformaciones asociadas, puede observarse en el miembro superior la ausencia parcial ó total del rádio ó del cúbito, perforaciones del paladar, lábio leporino, etc., etc.

He de hacer notar que mi caso no presenta la deformación de la tíbia con incurvación ni la cicatriz en la piel, caracteres que han sido constantes en los casos que he visto descriptos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las lesiones que se describen habitualmente en las autopsias relativas á este género de deformación, son las siguientes: La ausencia del peroné, que suele reemplazarlo un cordón fibroso que se continúa con el ligamento interoseo y se inserta en los puntos donde debiera estar articulado aquel hueso. Los metatarsianos y huesos del tarso que se conservan, pueden estar soldados entre ellos; en la articulación de la rodilla, que es mas ó menos deformada, además de faltar la rótula parcial ó totalmente, también pueden faltar los ligamentos cruzados; la extremidad articular de la tibia bastante ensanchada. La articulación tibio-tarsiana es alterada porque el astrágalo no presenta su forma típica y puede estar reducido á parte de él ó faltar completamente.

El exámen microscópico de la piel en el punto correspondiente á la convexidad de la tibia, demuestra que hay únicamente atrofia de los elementos que la componen.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Es un punto bastante interesante y de los más obscuros. Hasta hace pocos años se agrupaban bajo el título de fracturas intra-uterinas, todos los casos que se presentaban con deformidad de los miembros, y así se llamaba también la ausencia congénita del peroné, confundiéndose con los casos en que había verdadera fractura.

Estos casos son numerosos, conociéndose los citados por Chaussier y otros en los trabajos de Vilcoq y de Ithen. Se han dividido en fracturas traumáticas, que fuesen producidas por violencias llevadas sobre el vientre de la madre, que sucediesen á una acción anormal del músculo uterino ó á una contracción de los músculos fetales mismos; en expontáneas, que resultasen de una fragilidad particular de los huesos, debida á una osteomalacia intra-uterina, al raquitismo fetal, ó á la sífilis.

Deben ser reunidas en una clase aparte, las fracturas intra-uterinas, con vicio de conformación y detención de desenvolvimiento.

Esta coincidencia de fracturas con anomalías, que consisten en ausencia de uno ó más dedos, de los metatarsianos y parte ó todo el peroné, ha hecho que á los casos de ausencia congénita de este hueso, se les designase con el nombre de fracturas y se aplicara esta teoría como patogenia.

Si por diversos mecanismos se puede producir una fractura intra-uterina y hay casos donde el traumatismo durante la preñez parece ser la causa única de ella, atestiguándolo así los antecedentes que da la madre, hay también muchos en que esta causa no puede revelarse en la ausencia congénita del peroné. Es así que el traumatismo faltaba en los casos de Kirmisson y en algunos de Ithen y Vilcoq.

Para que estos traumatismos pudieran actuar como causantes, sería necesario que se produjesen muy al principio de la vida embrionaria; puesto que los miembros hacen su aparición desde el 2º mes. Lo que más podría tenerse en cuenta para explicar la teoría de la fractura intra-uterina, sería la inflexion de la tibia y la depresión cicatricial que casi siempre se observan. Desde entonces podría pensarse que uno de los

fragmentos de la fractura, hubiera perforado la piel y dado la cicatriz. Estos, como argumento, no tendrían gran valor, porque si bien la inflexión es casi constante, también se vé que no existe aumento de espesor del hueso, verdadero callo. La cicatriz existe también y asi lo hace notar Kirmisson, en la parte inferior del cúbito en caso de ausencia del rádio y que no hay rastro de fractura de aquel hueso. Un elemento de peso viene á invocar también Haudek en su memoria, diciendo que suponiendo la hipótesis de la perforación, no se concebiría cómo uno de los fragmentos de la fractura iba á perforar la piel únicamente, sin que las envolturus del huevo y el útero mismo fuesen lesionados y que no provocasen el aborto.

Según el examen microscópico que ha hecho Hoffa de la depresión infundibuliforme, se ha visto que los elementos de la piel estaban atrofiados, algunos glomérulos glandulares aplastados; en una palabra, no los caracteres de una verdadera cicatriz y sí de una atrofia por compresión ejercida de afuera.

La existencia de una simple fractura intra-uterina, no sería suficiente para explicarse la ausencia del peroné, la ausencia de uno ó más dedos con sus metatarsianos, y hasta la de algunos de los huesos del tarso. Tampoco darían cuenta de

otras malformaciones que suelen observarse, como lábio leporino, ausencia del cúbito y del rádio, etc.

Parece más propio admitir que se está en presencia de una detención de desenvolvimiento. De aquí que M. Dareste ha formulado su teoría de la compresión amniótica, que la aplica á un gran número de deformidades congénitas, como etiología más general y basándose en trabajos experimentales.

Supongamos, dice, que el amnios en lugar de continuar su desenvolvimiento alejándose del embrión, como es al estado normal, quede estrecho, por consiguiente con menor cantidad de líquido amniótico. Los miembros vendrán á golpear contra un obstáculo que ellos no podrán desplazar, gracias á lo cual se producirán compresiones que atrofian ciertos elementos anatómicos y ponen dificultad á su desenvolvimiento ulterior. Generalmente, al mismo tiempo existen adherencias entre la cara interna del amnios y el cuerpo del embrión; que aunque sean bastante limitadas para merecer el nombre de simples bridas, pueden actuar para determinar compresiones ó tracciones, origen de deformidades.

Esta teoría de Dareste, basada sobre trabajos teratogénicos y que Pouchet ha podido confirmar la similitud de estos fenómenos sobre los

mamíferos, parece más aceptable para explicarse la afección de que me ocupo. Si se recuerda, en efecto, que al principio todas las partes constituyentes de los miembros son formadas de células idénticas; que no se distingue todavía ni huesos ni cartílago; se comprenderá con qué facilidad una causa mecánica cualquiera, podrá actuar sobre elementos anatómicos tan frágiles, de manera á obstaculizar su desenvolvimiento ulterior. Y puesto que solamente al principio del 2º mes de la vida intra-uterina, nacen los miembros, y que despues de la 8ª semana, recién toman su aspecto definitivo, siendo todavía el esqueleto cartilaginoso para despues comenzar la osificación; se comprenderá que la compresión amniótica, ejerciéndose en esta época, momento donde las estremidades han ya sufrido su movimiento de torsión alrededor de su eje longitudinal y donde el peroné está dirigido hácia afuera, puede ser el resultado de la ausencia de este hueso y de los dedos externos. Esta misma causa daría cuenta, en el miembro superior, de la ausencia congénita del rádio, que es más frecuente que la del cúbito. La depresión cicatricial sería debida á la existencia de adherencias amnióticas, que ejerciendo compresiones ó tracciones, darían cuenta también de la incurbación de la tíbia con desplazamiento del pié.

Fuera de estas teorías se han invocado otras como la músculo-nerviosa, etc., que por ser demasiado teóricas no tengo para qué detenerme á explicarlas. Sería también anticientífico dar crédito á las causas generalmente ridículas que con frecuencia invoca el público para explicar una deformidad.

Sabemos lo que se entiende por fractura intra-uterina y por compresión amniótica. ¿Nuestra observación es capaz de suministrarnos argumentos en favor de una ó de otra de estas hipótesis? No lo creo; si un traumatismo pudiera ser la causa de una fractura, que en mi caso seguramente no ha existido, la ausencia del peroné, de algunos huesos del tarso, del metatarso y dedos no encuentran una explicación satisfactoria en esta hipótesis y más bien la tomarian en la de Dareste. En todo caso debemos observar una prudente reserva en la apreciación de estos fenómenos.

DIAGNÓSTICO

Si nos hemos de atener á lo que dicen los autores que describen esta afección, la ausencia parcial ó total del peroné, debe sospecharse desde que se constata la ausencia de uno ó de varios dedos, la convexidad de la tibia con la cicatriz de la piel y la desviación del pié en valgus ó varus; pero es evidente que la palpación atenta de la región hará constatar la ausencia del maleolo peroneo, de la cabeza ó de todo él según que falte en parte ó completamente.

Se comprende qué importancia tiene la radioscopia en los casos de esta naturaleza: ella nos permite penetrar mas íntimamente la naturaleza de la lesión.

Fué con este recurso que pudimos ver en el servicio del Dr. Posadas, un caso de una chica de 5 años, que fué llevada sospechándose que

tuviera una ausencia parcial del peroné, con atrofia del miembro izquierdo y síntomas de una parálisis infantil; á la palpación parecía que realmente faltaba la mitad superior del hueso, pero pudo verse con los «Rayos X» que únicamente estaba un poco atrofiado.

Existen otras afecciones en las cuales se encuentran los síntomas principales de la que me ocupo; es decir, de la convexidad de la tibia y los demás caracteres que he enumerado, pero con esqueleto absolutamente completo. El dignóstico hay que hacerlo con una verdadera fractura intra-uterina, que puede estar en vías de consolidación, estar curada, con verdadero callo, ó notarse una pseudoartrosis en el punto correspondiente á la inflexión tibial.

PRONÓSTICO

Es variable según que la atrofia del miembro es mas ó menos completa. Si en los casos donde el acortamiento no pasa mas de 3 centímetros, puede el miembro ser muy útil, hay otros, al contrario, donde la pierna es reducida á un corto muñón y su función es necesariamente comprometida. En todo caso, dependerá también de la oportunidad del tratamiento; siendo que la deformidad abandonada así misma, progresa con la edad, y los sujetos se vuelven mas ó menos impotentes. Se ha hecho notar que generalmente el pronóstico se agrava con los años, haciéndose el acortamento de mas en mas pronunciado.

Se pueden distinguir al respecto dos categorías de enfermos, segun que la pierna deformada sea muy corta para apoyar en tierra, ó que llegue todavía á tomar punto de apoyo. En el primer

caso, el sujeto tiene la tendencia á plegar la rodilla y con el tiempo la flexión se vuelve permanente, anquilosándose la articulación en esta posición; el enfermo hace abstracción de su pierna. En el segundo, dos eventualidades son posibles; ya el pié bot-valgus se acentúa, y como no existe mortaja tibio-peroneana para bridar el pié hácia afuera, éste se echa totalmente en este sentido y el maleolo interno se vuelve el principal punto de apoyo del sujeto; ya el pié evoluciona hácia el equinismo é inmovilizado entonces sobre la pierna, apoya por la cabeza de sus metatarsianos. Esta última eventualidad es una terminación relativamente feliz, porque el sujeto corrige hasta cierto punto el acortamiento. Aun con 7 centímetros de menos puede servirse de su miembro, ayudándose con la pierna sana que se pliega un poco en valgun para disminuir la diferencia de longitud.

Es natural que se tendrá en cuenta las deformidades concomitantes, si falta uno ó mas dedos con sus metatarsianos, alguno de los huesos del tarso, etc.

TRATAMIENTO

En la práctica se es llamado á dar la opinión á fin de decidir si hay lugar de corregir ó de atenuar la deformidad y si el niño vuelto adulto será capaz de subvenir á sus necesidades. De aquí que presente esta malformación un gran interés, porque se trata de una cuestión de estudio, y que de los consejos é intervención del cirujano, dependerá el resultado que se obtenga.

Para llegar á sentar las indicaciones terapéuticas, hay que tener en cuenta los diversos elementos que entren en la composición de esta malformación: El acortamiento del miembro, la convexidad de la tíbia, la luxación del pié en valgus. Contra el acortamiento no se podrá gran cosa y si es susceptible de exagerarse por las operaciones de osteotomía necesarias para llegar á enderezar la pierna, puede también evitarse de

que con los años se haga mayor, según la oportunidad de la operación. Contra la inflexión de la tíbia y la desviación del pié, pudiera ser que se lograse hacer algo en niños muy jóvenes, por medio de aparatos ortopédicos ó como lo aconseja Nelaton, por la osteoclasia.

Si bien algunos aconsejan que debe darse á los niños un régimen apropiado, cuando además de presentar síntomas de raquitismo hay antecedentes en los padres, de alcoholismo y sífilis, creo que estos medios darán resultados incompletos y que debe intervenirse más radicalmente, cuando se esté en condiciones de practicar un tratamiento quirúrgico. Esta intervención, que será distinta según que haya que luchar contra uno ó los dos elementos, inflexión de la tíbia y desviación del pié, se ha discutido en la oportunidad que debe hacerse; si en presencia de un niño de unos cuantos meses debe hacerse la operación á esa edad ó esperar uno ó dos años.

No creo que sea una contraindicación operarlo tempranamente, siendo que si se logra corregir el defecto en esta época, habrá mayores probabilidades de que la diferencia de longitud de los miembros sea menor. Si se dejase por un tiempo la deformidad, estando el pié en valgus, durante el crecimiento de la pierna, la extremidad inferior de la tíbia se alejaría cada vez más del pié

que está echado hácia afuera y para llevarlo en buena posición, habría que resecar mayor parte del hueso, lo que aumentaría el acortamiento.

Si la curvadura de la tíbia es considerable, debe hacerse una osteotomía cuneiforme. En cuanto al enderezamiento del pié, no se obtendría por la simple tenotomía de los músculos, que por su retracción, pudieran mantenerlo en su posición viciosa; es decir, de los músculos del tendón de Aquiles y peroneos laterales, puesto que en la ausencia completa del peroné, lo que más contribuye á echar el pié en valgus, es que además de ser el astrágalo siempre deforme para no ofrecer á la extremidad inferior de la tíbia sinó una pequeña superficie de contacto, que desliza con la mayor facilidad, puede también aquel faltar por completo y el pié no siendo mantenido en la rectitud por el maleolo peroneano, se echa hácia afuera. Lo que hay que hacer es actuar sobre la articulación tíbio-tarsiana, oponiéndose así á que se reproduzca la posición viciosa.

Es lo que ha hecho el Dr. Posadas, creando una mortaja en la extremidad inferior de la tíbia, donde se ha encajado el calcáneo. El pié queda en la rectitud, la planta mirando hácia abajo.

Para llevar el pié en sus relaciones normales con la tíbia, se han adoptado diferentes procedimientos operatorios. Algunos hacen dos incisio-

nes: una horizontal en la parte postero-externa del pié, que sirve para hacer la sección á cielo abierto, de los peroneos laterales y del tendón de Aquiles; despues una incisión en *L* en el costado interno del miembro, que permite llegar sobre el extremo inferior de la tíbia, que forma bajo la piel una salida bien marcada.

Kirmisson dice haber adoptado este procedimiento y ha resecado la salida ósea de la tíbia, el maleolo, para que el pié pueda ser llevado en el eje de la pierna. Esto puede suceder cuando el pié dista mucho del extremo tibial y que en este caso no podrá evitarse la resección á pesar de la tenotomía. Pero si este es un inconveniente, puesto que mientras mayor sea la resección, más será el acortamiento del miembro, y que se producirá mientras más tiempo se han dejado los enfermos abandonados á sí mismos, se podrá evitar siempre que se operen en momento oportuno.

Según los casos al tratamiento quirúrgico se agregarán procedimientos ortopédicos que ayudarán al enfermo.

Servicio del Dr. Alejandro Posadas

Angel Poledo de 4 meses de edad. Su padre y madre sanos, de 36 y 30 años respectivamente. Han tenido dos niños bien conformados y sanos. Ella no ha tenido ni accidente, ni enfermedad durante la preñez. Parto á término.

El niño es fuerte, mas bien grande para su edad. No presenta anomalía en su cuerpo, fuera del vicio de conformación del miembro inferior derecho.

Lo que primero llama la atención como se ve en la fotografía es el acortamiento con atrofia no muy marcada de la pierna, la desviación del pié en valgus y la ausencia de los tres últimos dedos.

Medidas del miembro izquierdo sano:

Longitud total cmts.	26.50
De la pierna, cmts.	13.
Diámetro del muslo, cmts.	19.50
Diámetro de la pierna cmts.	16.00

Medidas del miembro derecho enfermo:

Longitud total cmts.	23.50

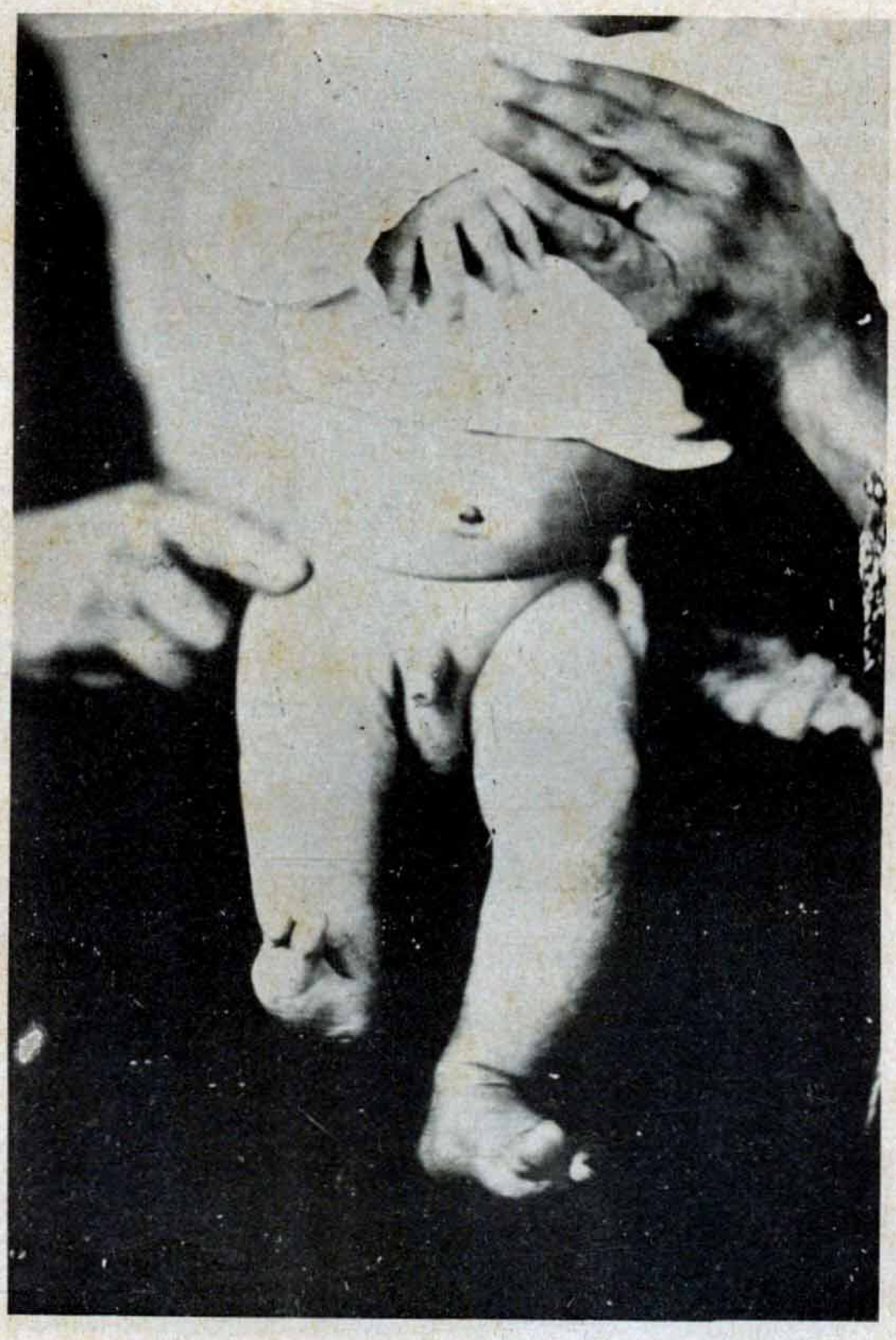
Id.	de la pierna cmts.	10.00
Diámetro del muslo, cmts.		18.00
Id.	de la pierna, cmts.	14.00

Como se vé, la diferencia de longitud se lleva únicamente sobre las piernas, no existiendo en los muslos.

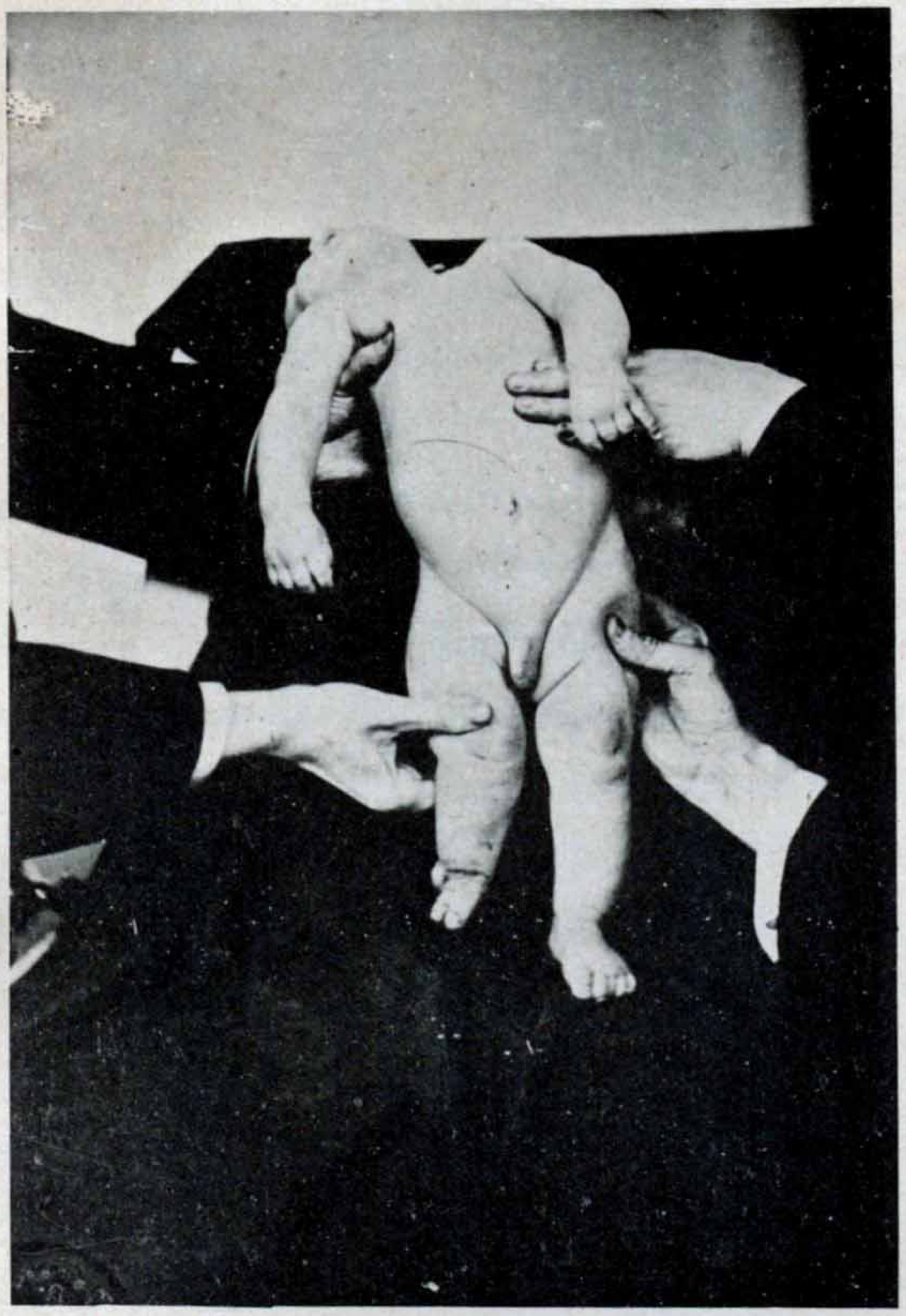
En la longitud de las piernas hay una diferencia de ctms. 3.00; en el diámetro, cmts. 2.00, y en el de los muslos, cmts. 1.50.

El pié está en valgus completo, la planta mira hácia afuera, la cara dorsal aplicada contra la cara externa de la tibia; todo el maleolo tibial se encuentra libre por debajo del pié, siendo el punto de apoyo de la pierna. Esto es debido á la desviación del pié y al equinismo en que se encuentra llevado por la retracción de los tendones de Aquiles y peroneos laterales. En la piel, al nivel del adosamiento de la cara dorsal del pié con la parte externa de la tibia, hay un surco bien marcado. Fuera de la disminución de longitud de la tibia, se ve que la pierna es bien conformada y su dirección normal. No hay depresión cicatricial sobre la piel.

Como se verá en la radiografía, hay ausencia completa del peroné, de los tres últimos dedos con sus metatarsianos correspondientes y la parte externa del tarso. No se ve ni el astrágalo ni el calcáneo, á pesar de que este último se encontró



FOTOGRAFÍA TOMADA ANTES DE LA OPERACIÓN



FOTOGRAFÍA TOMADA DESPUÉS DE LA OPERACIÓN

EL NIÑO FUÉ CLOROFORMADO

en la operación; lo que hace suponer que hay una osificación retardada. Los dos dedos que posee el pié son bien conformados con sus metatarsianos correspondientes. En la misma radiografía, sacada antes de la operación, se ve la desviación del pié hácia afuera del eje vertical de la pierna.

En la pierna sana se notan bien marcados la tibia y el peroné, todos los dedos con sus metatarsianos, el cuboide, el astrágalo y el calcáneo. Tambíen se nota el cuboide en el lado derecho.

Midiendo en la radiografía el largo de los fémurs, se ve que no hay diferencia; pero es un poco mas ancho en la extremidad inferior del lado de la deformación. También se nota esto en el extremo superior de la tibia correspondiente. Esto puede ser debido á la posición que haya tenido el enfermito durante se sacaba la radiografia; sin embargo que no sería extraño, puesto que se ha indicado como casi constante, el ensanchamiento de los huesos ya citados. La misma tibia acusa en la radiografía 3 cmts. menos de longitud que la otra.

Operación. - Incisión arqueada sobre la cara dorsal externa del pié. sobre el surco que se marca en la piel á este nivel. Se separa el pié de la pierna y se lo inclina hácia abajo, no sin alguna dificultad por la retracción de los tendo-

nes que tiraban el pié hácia arriba; además estaban desplazados de su sitio los peroneos laterales. No se secciona ninguno de ellos y expuesta la extremidad de la tibia, se crea en ella una mortaja que alli se encaja el calcáneo, no existiendo el astrágalo.

Esta mortaja se hizo por una simple incisión vertical con el bisturí y por presión con el mismo instrumento se alejaron los bordes cartilaginosos de la epífisis, creando el espacio necesario para el encajamiento del calcáneo. (1)

El pié queda recto en la extremidad del miembro, la planta mirando hácia abajo. Se suturan los bordes de la incisión, no colocando ningun punto profundo y se coloca un vendaje inmovilizante. A los ocho días se retiran los puntos y se coloca el mismo vendaje.

Resultado.—Como se verá en la radiografía tomada despues de la operación, el pié ha quedado en buena posición así como la mortaja que se ha hecho en la tibia.

El resultado lejano será favorable si la osificación se hace bien y el niño podrá usar de su miembro ayudado con un calzado especial.

Buenos Aires Julio 5 de 1901

ROBERTO VIDART.

(1) Esta operación se hace con cuidado, teniendo en cuenta de atacar lo menos posible la epifisis (punto de crecimiento) para que este no se detenga.

Buenos Aires, Julio 6 de 1901.

Nómbrase á los Señores: Académico Dr. Roberto Wernicke, Profesor Titular Dr. Juan J. Naón y Profesor Suplente Dr. Joaquin Lopez Figueroa, para que constituidos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. R. FERNANDEZ.
Zenon Aguilar.

Buenos Aires, Julio 23 de 1901.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Roberto Vidart:

« En el local de la Facultad á 20 de Julio de
« 1901, reunida la Comisión que suscribe, encar-
« gada de dictaminar respecto de la admisibilidad
« de la tesis del ex-alumno Sr. Roberto Vidart
« que versa sobre *Ausencia congénita del pero-*
« *né* resolvieron admitirla. Con lo que terminó
« el actó. »

Firmados:—*R. Wernicke, J. J. Naón, J. Lopez Figueroa.— Cárlos Robertson*, Pro-Secretario.

ZENON AGUILAR.

Buenos Aires, Julio 23 de 1901.

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

J. R. Fernandez.

Zenon Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El procedimiento de elección para restablecer la unión del íleon y cólon ascendente, despues de la ablación de tuberculosis ileo-cecales, debe ser la anastómosis lateral y la sutura con oclusión completa de los dos extremos, cólico é intestinal.

II

Las inyecciones de calomel en el tratamiento de la sífilis producen, á veces, accidentes.

III

Porqué y cuando debe darse la digital en la neumonia.