Año 1903 **N.° 1351**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA TUBERCULOSIS EN CIRUGÍA

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS F. TORRES

BUENOS AIRES
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 359
—
1903

LA TUBERCULOSIS EN CIRUGÍA

Año 1903 N.º 1351

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA TUBERCULOSIS EN CIRUGÍA

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS F. TORRES

BUENOS AIRES
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 359
—
1903

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicedecano

Dr. D. Pedro Lagleyze.

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 Blancas.
" " Roberto Wernicke.
" " Pedro Lagleyze.
" " José Penna.
" " Luís Guemes.
" " Éliseo Cantón.
" " Gregorio N. Chaves.

Académicos Honorarios

Dr. D. Ernesto Aberg.
" " Eduardo Wilde.
" " Martín Spuch.
" " Telémaco Susini.
" " Edmundo Nocard.
" " Emilio R. Coni.
" " Olyntho de Magalhaes.

Secretario Titular

Dr. D. Zenón Aguilar.

Prosecretario

Dr. D. Carlos Robertson.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Zoología médica	Doctor	Pedro Lacavera
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Química médica	»	Atanasio Quiroga.
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naon.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Clínica ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
» Oto-rino-Laringológica	»	Eduardo Ovejero.
» Dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer.
» Epidemiológica	»	José Penna.
» Quirúrgica	»	Julián Aguilar.
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes.
» Médica	»	Francisco A. Sicardi.
Clínica oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo.
» Médica	»	Gregorio N. Chaves.
» Obstétrica	»	Samuel Molina.
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans.
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
» Médica	»	Abel Ayerza.
» Genito urinaria	»	Federico Texo.
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Zoología Médica	Doctor	D. J. Greenway
Física médica	»	Juan José Galiano
Química médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero / J. López Figueroa
Patología general y ejercicios clínicos	»	G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez / Francisco Llobet
Fisiología general y humana	»	Horacio G. Piñero / Mariano Alurralde
Anatomía patológica	»	José Badía / Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino / Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada		Vacante
Materia médica y terapéutica	»	Enrique E. del Arca / Angel M. Centeno
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto / Leandro Valle
Clínica ginecológica	»	Alfredo Lagarde / José F. Molinari
Clínica Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello / E. V Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma / Daniel J. Cranwell
Patología interna		Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco C. Barraza. / Teófilo A. Moret
Clínica médica	»	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica		Vacante
Clínica quirúrgica	»	Juan B. Justo / Enrique Corbellini
Clínica neurológica	»	José A. Esteves / José R. Semprun
Clínica médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia / Pedro Barbieri
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud
Clínica médica	»	Julio Méndez / Ignacio Allende
Clínica obstétrica	»	Fanor Velarde / Enrique Pardo
Toxicología experimental	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	»	Facundo Larguía / Antonio F. Piñero
Clínica médica	»	Vacante
Clínica genito urinaria		Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari / José T. Borda
Clínica quirúrgica		Vacante
Clínica obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr.	Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal	»	Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia	»	Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	»	J. Manuel Irizar
Higiene	»	Ricardo Schatz
Química analítica toxicológica	»	Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	»	J. Manuel Irizar

Asignaturas	Cated. substitutos	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia		Vacante
Química inorgánica aplicada		Vacante
Farmacognósia vegetal y animal	Sr.	Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la farmacia		Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica		Vacante
Higiene		Vacante
Química analítica y toxicológica		Vacante
Ensayo y determinación de drogas		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr Juan R. Fernández

Asignaturas	Cated. substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica	M. Z. O' Farrel!
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Cated. titulares	
Anatomía, fisiología, patología	Dr.	León Pereira
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	»	N. Etchepareborda

Asignaturas	Cated. substitutos
Anatomia, fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR: DR. MANUEL BLANCAS

EN MEMORIA DE MIS PADRES

Á MI HERMANA

AL SEÑOR ALEJO TORRES

CARIÑO Y GRATITUD

Señores académicos:

Señores profesores:

Someto á vuestra consideración este trabajo sobre el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis, como tesis inaugural de la carrera que termino.

Me he limitado en él, al estudio de las indicaciones que constituyen el método terapéutico moderno, único razonable, desde el momento que la anatomía patológica y la clínica ponen á nuestro alcance elementos suficientes para practicarlo.

Debido al grado de frecuencia que alcanzan estas afecciones en las primeras épocas de la vida, la mayor parte de las observaciones que consigno en este trabajo, se refieren á tuberculosis infantil. Ellas han sido recogidas en el servicio de Cirugía de Niños del Hospital de Clínicas y el cirujano que intervino en todos los casos, fué el doctor Alejandro Posadas, cuya muerte prematura y sentida, ha dejado en la cirugía argentina un vacío muy difícil de llenar.

Tuve el honor de ser su discípulo, debiéndole la mayoría de los conocimientos que tengo, y tri-

buto á su memoria el homenage de mi admiración y mi sentimiento.

La modestia de mi trabajo, no me permite engalanarlo con la estadística de las tuberculosis quirúrgicas tratadas por el sabio maestro, reduciéndome á apuntar algunas observaciones.

El DOCTOR MANUEL BLANCAS, acompañándome en este acto, obliga doblemente mi gratitud, agregando á las sabias lecciones del maestro, el honor que me dispensa.

Para ser eficaz, el tratamiento local de la tuberculosis debe ir siempre acompañado de medios terapéuticos generales. El proceso local tiene mucha influencia sobre el estado general del enfermo, yendo acompañado de fiebre, pérdida de fuerzas y enflaquecimiento rápido; las funciones digestivas son perturbadas y como consecuencia la nutrición se hace mal, agregándose á los mayores desgastes producidos por la enfermedad, el decaimiento fisiológico general.

Son las medidas higiénicas, las que debemos preferir en el tratamiento general en esta enfermedad; la dietética, la climatoterapia y la hidroterapia, nos dan elementos precisos de combate, que serán completados, con tónicos y con la creosota, único medicamento que tiene alguna influencia sobre la marcha de las lesiones bacilares. El reposo, la sobrealimentación, el gran aire, los climas secos y de altura, las estaciones marítimas templadas, etc., son los medios usados actualmente y los que dan mejores resultados.

El medio nosocomial tiene una influencia desgraciada sobre estos enfermos y he podido obser-

var que en igualdad de condiciones, el estado general de los que permanecen en sus casas es superior al de aquellos que quedan en el hospital. Además, la generalización de las lesiones es más común en los últimos, sobre todo la invasión pulmonar.

El pronóstico de estas afecciones debe basarse no sólo en la extensión y marcha de las lesiones locales, sino también, en la constitución y el estado general del enfermo.

Los antecedentes tuberculosos hereditarios, tienen una influencia predisponente bien marcada y creo que constituyen una tara de tanta importancia, como la de los neurópatas y sifilíticos.

OSTEOARTRITIS

La tuberculosis, ósea y articular, tiene su máximum de frecuencia en el niño, en el cual se desarrolla, por lo general, independiente de otra localización parecida.

La evolución de esta afección es muy irregular, atípica, según la frase de Koenig, y es por esta razón que el criterio que debe regir la institución de su tratamiento es el basado en las indicaciones que el examen del enfermo, y no la enfermedad, no da.

Se describen dos formas de tuberculosis osteoarticular: la granulación, constituida por un núcleo tuberculoso, envuelto en una corteza dura, cuando es óseo y libre, tapizando la serosa cuando es primitivamente articular, y la infiltración, que es la osteítis rarefaciente de las epífisis, que invadiendo las sinoviales hace las artritis. Esta última es la forma más común, sobre todo en los niños y la que da con más frecuencia las artritis con derrame escaso y abundantes fungosidades,

las más rebeldes al tratamiento por su tendencia á la supuración.

La clasificación de hidroartrosis tuberculosa y artritis fungosa solo debe referirse á estados de un mismo proceso, por cuanto la misma afección puede presentar en su comienzo un derrame articular y luego las fungosidades características, recubriendo la serosa.

El comienzo de estas afecciones lleva en sí un carácter general á la mayoría de las bacilosis, es insidioso y sordo y llama solo la atención cuando la lesión está instalada. El dolor es tardío y situado con frecuencia á distancia, los dolores de la rodilla en la coxalgia y es solo en un limitado número de casos que empieza bruscamente, acompañado de síntomas ruidosos. Al estado febril con tumefacción articular y dolores agudos, sigue bien pronto la marcha crónica habitual.

El tratamiento en las osteoartritis bacilosas, debe llenar un doble objeto: curar la lesión local y prevenir ó modificar la actitud del miembro enfermo, comúnmente vicioso ó en vías de serlo.

En ninguna forma ni en ningún período de la enfermedad debe excluirse la posibilidad de la curación y el criterio quirúrgico moderno, eminentemente conservador, debe imponerse en el tratamiento de estas afecciones, cuya evolución, tan sujeta á sorpresas, suele condenar á la amputación miembros que podrían salvarse.

Desde el principio la retracción y atrofia muscular, producida por la acomodación del miembro á las lesiones y al dolor, nos dan posiciones viciosas, que sin un tratamiento apropiado, concluyen por hacerse permanentes, efectuándose la unión ósea y constituyendo la anquilosis; de ahí una gran indicación como principio que debe regir el tratamiento: impedir la anquilosis en el miembro superior, pues un brazo tieso, en la mejor de las posiciones, es casi inútil y dirigirla en el inferior donde una anquilosis en extensión es compatible con la función del miembro, ya que el resultado ideal, un miembro sano con sus movimientos completos, es poco común. Sin embargo, hay la posibilidad de obtener este resultado cuando el tratamiento es precoz y bien dirigido y las lesiones son limitadas. La oportunidad de intervenir en una pierna anquilosada felizmente es muy discutida aún y el escaso número de éxitos no justifican dicha intervención.

Cuando el proceso hubiese llegado á fijar el miembro en una posición viciosa, sin existir anquilosis, produciendo las luxaciones tan comunes en la coxalgia y la rodilla, debe recurrirse al enderezamiento, sea por extensión gradual y continua, como la hacía Bonnet, sea bruscamente, bajo cloroformo. Debe optarse por este último procedimiento, que nos da un enderezamiento más completo y que evita dolor al paciente, pudiendo una vez obtenido

fijar la posición del miembro con una gotera y la extensión continua si fuese necesario.

La generalización de la tuberculosis como consecuencia de este procedimiento es más hipotética que real, no habiendo podido recoger ninguna observación, á pesar del crecido número de casos así tratados.

Notándose demasiada resistencia, signo de adherencias fuertes ó de retracción muscular, á veces muy rebelde, se debe intervenir con el cuchillo y nunca hacer tracciones violentas, que pueden desgarrar y fracturar, haciendo más dudoso el éxito.

Se han ensayado como tratamiento curativo local, la extensión, la revulsión, las inyecciones modificatrices y antisépticas y hasta la intervención operatoria precoz.

De la extensión empleada, sobre todo en la coxalgia, me ocuparé al tratar particularmente de esta.

Lannelongue ha hecho conocer un método, que llama esclerógeno, por el cual inyecciones de cloruro de zinc al 1/10, practicadas alrededor de las fungosidades harían sufrir á estas una transformación fibrosa. He visto ensayar este método en varios casos sin ningún resultado positivo, á pesar del cuidado con que se practicó.

La revulsión data de muchos años atrás; hecha en un principio de una manera inofensiva: tintura de yodo sobre la piel, puntas de fuego superficiales, cubriendo la articulación, etc., hoy constituye uno

de los mejores tratamientos, sino el mejor, cuando no se detiene á alinear puntas de fuego sobre la piel y se hace penetrar el cuchillo del termocauterio hasta la articulación, abriendo los fondos de saco, dando salida al líquido y aereando la cavidad articular. Este procedimiento lo he visto usar muy felizmente en nuestro servicio, y es al que la estadística da el mayor número de éxitos.

El tratamiento debe ser completado por curaciones antisépticas y con la inmovilización en un aparato apropiado ó movilización y masaje según la articulación.

La abertura de la cavidad articular hecha con el termocauterio, que establece el drenage, tiene una feliz influencia no solo sobre la lesión local sino también sobre el estado general del enfermo, suprimiendo los efectos de la absorción de productos bacterianos acumulados en una cavidad cerrada, cáusa eficiente de la caquexia. Como consecuencia de este tratamiento se obtiene generalmente una anquilosis, pero una anquilosis en buena posición debe considerarse como un buen resultado que más tarde puede modificarse, movilizando la articulación.

La oportunidad de la intervencion sangrienta practicando la resección articular ha sido y es muy discutida todavía.

La resección practicada en el niño es de resultados deplorables; rarísima vez puede hacerse in-

traepifisiaria respetando los cartílagos conjugales; generalmente los focos y trayectos fistulosos hacen remontar más lejos la sección, tomando los cartílagos y dándonos como consecuencia un acortamiento ulterior del miembro, incompatible con la integridad de sus funciones. Cuando la supuración se ha establecido en la articulación y los trayectos fistulosos invadiendo los intersticios musculares, indican con un estado general más ó menos grave que debe computarse, he visto practicar la resección, estableciendo un buen drenage, con felices resultados y salvando así el miembro de la mutilación.

Creo que es la única indicación que tiene esta operación en la infancia, pues en esta edad debe esperarse siempre antes de emplear el cuchillo. En el adulto, la resección de las grandes articulaciones no da los resultados que sería lógico esperar; sin embargo debe ser empleada siempre que la supuración lo indique y cuando la presencia de abscesos y fístulas esté acompañada de temperatura. Frecuentemente, á la supuración siguen luxaciones patológicas y caries óseas que llaman la resección.

La resección en el adulto implica siempre un pronóstico serio: la amputación suele seguirla.

En cambio en las articulaciones pequeñas (mano y pie) cuando la iguipuntura profunda no da resultados y la supuración se establece abundantemente, la resección está plenamente indicada y el

resultado justifica la intervención. En estas articulaciones el drenaje es muy difícil y es de temer la propagación fácil al brazo ó á la pierna. Sin ser precoz, la intervención debe ser en estos casos pronta y no usar de la espectación á que más arriba me refiero.

La astrectomía, ablación de las fungosidades con el bisturí, se ha intentado sin mayores resultados, pues solo es aplicable en un limitado número de casos (astritis sinovial pura). Respetando los focos óseos y sinoviales cuya evolución no se entorpece en manera alguna, considero sin indicaciones esta operación.

Con mejores resultados he visto emplear en el miembro superior, donde la sinovitis tuberculosa es la forma común, un nuevo procedimiento, la *sinovectomía* ó ablación total de la serosa enferma. Practicada esta operación en el hombro y en el codo, movilizada la articulación con aplicación de masaje, he observado como resultado, miembros sanos y completamente movibles.

En las articulaciones superficiales, cuando la supuración se establece y el hueso está tomado, se aconseja una operación conservatriz, la resección atípica, consistente en la ablación de las partes enfermas conservando todo lo posible y volviendo á practicarla cada vez que un absceso ó una fístula lo indiquen. Con ayuda de este método, se

puede conservar un miembro anquilosado en buena posición.

En los niños el pronóstico *quam vitam* es menos grave que en los adultos; pero no en cuanto á la conservación íntegra del funcionamiento del miembro. La destrucción patológica de los cartílagos conjugales da lugar á codaduras y deformidades difíciles de corregir. Si á pesar del tratamiento queda el miembro en mala posición y si el estado general del enfermo lo permite, se debe intentar la corrección, practicando, sea una osteoclasia, una osteotomía ó una resección. Albert trae una estadística á este respecto: 69 % curados, 10 % muertos y 20 % ignorados, ó mal observados.

Debe tenerse en cuenta al fundar el pronóstico en una artritis, la evolución de las fístulas y la persistencia del dolor, pues su desaparición debe hacer pensar en una probable curación.

La coexistencia de lesiones tuberculosas en el pulmón y artritis de igual naturaleza suele observarse, no siendo esto una contraindicación para intervenir, á menos que se trate de una lesión pulmonar avanzada. En casos de tuberculosis pulmonar principiante, la feliz evolución de una artritis, mejora y modifica la lesión pulmonar. Según Duplay, un 16 % de artríticos mueren pulmonares.

Me ocuparé de las artritis particularmente, de su tratamiento y de los resultados observados.

RODILLA

El tumor blanco de la rodilla se observa con mucha frecuencia, teniendo especial predilección por el niño, en el cual su marcha es más benigna que en el adulto. Su frecuencia se atribuye á la mayor exposición de esta articulación á los traumatismos, que despierta una predisposición latente y así se ve á los enfermos atribuir su enfermedad á un golpe ó una caída, que siendo rebelde á los medios comunes, hace necesaria la intervención del médico.

Las lesiones en esta artritis son, por lo general, múltiples, primitivamente óseas, tibiales y femorales, raramente rotulianas, y la invasión de la sinovial puede hacerse silenciosamente, como ocurre en la mayoría de los casos, ó ruidosamente por abertura de un foco óseo en la articulación, provocando una reacción aguda de la serosa y estableciéndose una pioartrosis; esta última forma es la más grave, porque siempre lleva consigo lesiones óseas extendidas, que avanzan más allá de la epífisis.

La marcha lenta y progresiva es la común; la hidroartrosis abundante acompaña á las artritis benignas, caracterizadas por un mínimum de lesión.

La invasión de los fondos de saco por las fungosidades puede observarse en el comienzo de la enfermedad.

La atrofia muscular que acompaña á las rodillas tuberculosas tiene mucha importancia, pues contribuye á la producción de las actitudes viciosas que adquiere el miembro. La atrofia puede ser precoz, especialmente en los músculos anteriores del muslo, ocasionando con la predominancia de los músculos posteriores, la flexión, llegando cuando coexisten lesiones óseas, á la subluxación, generalmente externa, y á la rotación hacia afuera, que es la forma habitual en las actitudes viciosas de la rodilla. Para prevenirlas, debe inmovilizarse el miembro lo más temprano posible y practicarla hasta que la curación sea completa.

Dada su evolución, estas artritis son las más benignas y las que encabezan en la estadística el número de curaciones.

Es en la rodilla donde he visto emplear con mayor éxito la artratomía ígnea, practicada en la forma siguiente: Previa cloroformización y asepsia, se rodea la rótula lateralmente de puntas de fuego profundas, oblicuas hacia el centro de la articulación, abriendo la sinovial y dando salida al líquido. Tres de cada lado son, generalmente, suficientes. Si el líquido es purulento, se inmoviliza el miembro en una gotera, haciéndose curaciones antisépticas é inyectando éter yodoformado, que modifica mucho su marcha. Siendo el líquido salido límpido ó no existiendo, se aplica un aparato de yeso ó al silicato de potasio, que vaya del $^1/_3$ me-

dio del muslo hasta el inferior de la pierna. La compresión debe ser moderada. Estos aparatos deben ser renovados cada tanto tiempo, porque se deforman fácilmente y porque la atrofia muscular se acentúa, disminuyendo el volumen del miembro. Se debe tener especial cuidado en verificar la extensión completa de la pierna, pues una pequeña flexión puede ser el principio, difícil de modificar, de una flexión grave. Es menester que el enfermo guarde un reposo completo y solo permitirle la marcha, cuando la convalescencia empieza.

Esta se hará con ayuda de muletas y haciendo colocar en el botín del pie sano una suela muy gruesa para que el miembro enfermo no apoye al caminar. El tratamiento local será completado por uno general; especialmente la vida cerca del mar, si no hubiera lesiones pulmonares.

Cuando la supuración se ha establecido y dado lugar á abscesos y fístulas, la abertura y raspado, seguidos de curaciones con tintura de yodo, da buenos resultados.

Si la anquilosis angular se ha producido y la lesión ha curado, debe ser tratada por el enderezamiento forzado, bajo cloroformo, si es fibrosa, y por la intervención operatoria, practicando la osteotomía lineal, si es ósea. Vencido el obstáculo, la tensión muscular y ligamentosa, será felizmente modificada, lo mismo que la atrofia, por el masaje.

Es solamente, en un limitado número de casos, que la resección atípica, mejor llamada modelante, puede ser practicada con éxito. La limitación del proceso á los epífisis y la ausencia de pus, hacen factible esa resección económica, neoformando operatoriamente una articulación que la movilidad y el masaje perfeccionan.

OBSERVACIÓN J

Artritis tuberculosa de la rodilla

135.—M. A., de 17 años, argentino.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

La enfermedad data de dos meses; empezó por una tumefacción de la rodilla izquierda, acompañada de dolor que el movimiento hacía más vivo. La rodilla está aumentada de volumen, dando á la pierna la forma de un huso, siendo su circunferencia casi doble que la del miembro sano.

La piel de la rodilla está blanca y lustrosa.

Hay un derrame líquido abundante que rechaza la rótula hacia adelante y que distiende los fondos de saco; hay fungosidades en ellos. La pierna está inmovilizada por el dolor en flexión.

Artrotomía ígnea: seis puntas de fuego profundas rodeando la rótula, dan salida al líquido. Se hacen curaciones antisépticas y se aplica un aparato de yeso, que se renueva tres veces.

Noventa días después: no se sienten masas fungosas en los fondos de saco ni alrededor de la rótula, no hay puntos dolorosos á la presión ni á la flexión. El aspecto de la articulación es normal, la flexión está un poco limitada, existiendo atrofia muscular de todo el miembro.

El estado general es satisfactorio. Se retira el aparato de yeso y se hacen masajes y baños calientes.

OBSERVACIÓN II

333. —L. F., 13 años, argentino.

El padre murió de tuberculosis pulmonar.

Hace cinco años que empezó su enfermedad, siendo tratado en esa época. Se hizo la ignipuntura profunda y aplicación de un aparato de yeso, que le fué renovado una sola vez, teniendo que ausentarse al campo. La lesión articular ha curado, pero la falta de inmovilización, ha permitido que se produzca una flexión en ángulo obtuso y la anquilosis consecutiva. Actualmente hay gran atrofia del miembro enfermo: la circunferencia del muslo es cuatro centímetros menor en el lado enfermo y tres los de la pierna. Hay un acortamiento real de cinco centímetros, que asienta en el muslo y en la pierna. El estado general es bueno. Se abre la articulación y se practica la resección en cuña, modelando las extremidades óseas con el objeto de formar una neoartrosis. Se sutura y se inmoviliza en una gotera; curaciones antisépticas. La herida cura por primera. Hecho el masaje y después de un mes de practicarlo, los movimientos articulares son posibles, pero están limitados. El miembro ha aumentado de volumen, pero sin llegar á igualar el del lado sano. Se le indica insistir en el masaje y los baños salados, prescripciones higiénicas, etc.

OBSERVACIÓN III

360. — D. M., 7 años, argentino.

Antecedentes: sin importancia.

Hace ocho meses que está enfermo.

Actualmente presenta su rodilla derecha tumefacta, rodilla en forma de huso, la cápsula distendida por abundantes fungosidades, mucho dolor á la presión y también espontáneo.

La atrofia del miembro es muy marcada, observándose una anquilosis en ángulo obtuso. La tibia está subluxada en el hueco popliteo y los cóndilos están hipertrofiados anteriormente. El estado general es malo; en enfermo tiene tos y sus vértices están un poco obscuros.

Se practica la sinovectomía y la resección modelante superficial en los candilos, efectuando el enderezamiento é inmovilizando el miembro hasta la cicatrización. Se practica masaje diariamente, movilizando la articulación después de curada la herida á los quince días. Al cabo de un mes y medio el enfermo puede hacer uso de su miembro, habiéndose modificado el estado de atrofia muscular. Se le dan consejos higiénicos, enviándosele al campo.

COXALGIA

La coxalgia es la artritis que ocupa el segundo lugar como frecuencia, observándose más comúnmente en la mujer que en el hombre.

Es esta la enfermedad más grave de su género, contribuyendo á ello el volumen de la articulación, las funciones que desempeña esta y sus relaciones de vecindad, y también es aquella en que el estado general del enfermo cae más rápidamente. Son los coxálgicos, los que encabezan la mortalidad en las artritis tuberculosas.

La marcha de la coxalgia es relativamente regular. La instalación es silenciosa y pasa desapercibida y es la claudicación intermitente la que llama primero la atención sobre la articulación enferma; á esta sucede el dolor diversamente situado y como consecuencia la limitación de los movimientos, que unidos á la marcha de las lesiones producen por acomodación y suplencia á la función las actitudes viciosas. Estas son tan frecuentes, que no he visto presentarse al consultorio ningún coxalgio que no trajera, ya la flexión, en abducción y rotación hacia afuera del primer período, ya la flexión abducción y rotación hacia adentro que le sigue acompañándose de las flosas luxaciones de la cabeza del fémur en el manchón

capsuloperióstico enfermo; la perforación de este manchón, trae las verdaderas luxaciones generalmente ilíacas. Es en este período que se tratan la inmensa mayoría de los enfermos.

El enderezamiento y la inmovilización están plenamente indicados. El primero se practica bajo cloroformo, siendo más temibles, que en ninguna otra articulación, los esfuerzos bruscos en los casos de adherencias fuertes, por la facilidad con que se fractura el cuello del fémur. De otra parte la cavidad cotiloidea está casi siempre tomada, dando lugar su perforación á accidentes desagradables. Cuando las posiciones viciosas datan de mucho tiempo y se han establecido adherencias óseas, el enderezamiento mecánico es más peligroso aún, y si después de varias tentativas razonables no da resultado, debe recurrirse á una operación, sea la osteotomía oblicua subtercauteriana ó transversal, sea á la resección que es menos benigna, pero que da mejores resultados.

La inmovilización se hace aplicando un aparato de yeso ó silicato de potasio, fijado el miembro en buena posición con ayuda de un latón en forma de hacha, cuya hoja corresponde al tronco y el cabo al miembro, ó de una gotera que toma la pelvis; es conveniente que el aparato vaya desde la mitad del tronco hasta el pie.

La ignipuntura debe ser precoz y profunda, siempre que haya temperatura; la salida del líquido

articular tiene una feliz influencia sobre el estado general y sobre el dolor.

El enderezamiento, la revulsión y la inmovilización deben ser completadas por la extensión continua, que en la coxalgia será empleada sistemáticamente. Alejando las superficies articulares, suprime el dolor y modifica felizmente la marcha del proceso, previniendo además las adherencias que tan fácilmente se hacen.

La inmovilización debe ser prolongada, renovando el aparato cuando sea necesario y aún en la convalescencia no abandonarlo, permitiendo la marcha al enfermo apoyado en muletas, elevando la suela del pie sano y reemplazando la del miembro enfermo por plomo, para ejercer tracción y suplir la extensión continua en la marcha.

Cuando la supuración se presenta, lo hace tardíamente y la formación de abscesos que es su consecuencia, corresponde al tercer período de la enfermedad. Estos abscesos que pueden estar en relación, sea con un foco óseo, sea con la articulación, deben ser cuidadosamente tratados, practicando exámenes prolijos para descubrirlos. El estado general que se agrava y la temperatura, deben llamar la atención del médico hacia ellos.

Con frecuencia estas colecciones purulentas se multiplican, envolviendo la articulación de trayectos fistulares, rebeldes á toda curación.

Llegado á este estado, la resección se impone,

siendo conveniente practicarla desde el principio, antes que la septicemia crónica haya llevado al enfermo á la caquexia, con degeneraciones grasosas viscerales, que hacen inútil toda intervención.

La resección se ha hecho, en todos los períodos de la coxalgia, pero esta norma de conducta está desacreditada por los resultados obtenidos.

Á más de los casos arriba indicados, debe aconsejarse la resección, cuando el hueso ha llegado á la necrosis, generalmente es la cabeza del húmero la que forma el secuestro, cuando un absceso ilíaco indica la perforación de la cavidad cotiloidea y cuando á la supuración es acompañada de luxación de la cabeza femoral.

Los resultados de esta intervención están lejos de ser satisfactorios: un cuarenta por ciento de los enfermos perecen. Esta cifra elevada en la mortalidad se debe á la tardanza en intervenir y los casos de intervención pronta que he visto, los éxitos han sido muy numerosos. La invasión del muslo hace necesaria la desarticulación, que es menos benigna aún que la resección.

La coxalgia es una enfermedad de larga duración, sujeta á recidivas, que requiere un tratamiento prolongado y constante y es la que produce en mayor número miembros inútiles.

OBSERVACIÓN IV

Coxitis tuberculosa

572.—F. G., siete años, argentina.

Antecedentes: sin importancia.

Hace seis meses sintió dolores en la rodilla izquierda, que subían á lo largo del muslo, teniendo poco después dificultad para caminar, porque la cadera se había vuelto dolorosa también.

Actualmente, la claudicación es completa, estando el miembro flexionado en ángulo recto sobre la pelvis; la atrofia muscular es poco marcada, no observándose abscesos ni empastamientos periarticulares. Hay poco dolor y la contractura muscular defiende los movimientos de la articulación enferma.

El estado general es bueno.

Se practica la corrección de la actitud viciosa bajo cloroformo, cediendo fácilmente las adherencias; se inmoviliza el miembro en un aparato de yeso y se practica la extensión continua. Se renuevan los aparatos de inmovilización y al cabo de tres meses se permite la marcha con muletas. La pierna está anquilosada en extensión y el estado general es muy bueno. Baños; creosota.

OBSERVACIÓN V

Anquilosis por coxitis tuberculosa

800.—S. S., ocho años, argentina.

Antecedentes hereditarios: el padre y un hermano han muerto tuberculosos.

La enfermedad data de un año y ha evolucionado con la cronicidad propia de las coxalgias, abandonada á ella misma. Ha sido tratada en su comienzo durante un mes. En la actualidad, los dolores han desaparecido y la marcha solo es posible ayudada de muletas.

El miembro enfermo está colocado transversalmente por delante de la vulva en flexión abductiva y rotación interna y no apoya en el suelo, durante la marcha. En la región de la cadera no hay empastamiento ni fístulas y todo hace creer que la lesión tuberculosa ha curado, dejando como resultado una anquilosis en la posición descripta.

La lordosis compensatriz es muy pronunciada.

El estado general bueno.

Se interviene, practicando la osteotomía infratreantereana é inmovilizando el miembro, en un aparato de yeso.

La anquilosis se efectúa y es completa al cabo de dos meses.

La marcha es posible.

HOMBRO

La escapulalgia es mucho más común en el adulto que en el niño y es en aquel donde he tenido ocasión de observarla.

Rara vez puede verse una artitris del hombro en su comienzo, la indolencia, que pueden ser largamente prolongada, y la suplencia funcional que disminuye la dificultad en los movimientos, hacen recurrir al médico, cuando un absceso, una fístula, un tumor formado de fungosidades ó el dolor, llaman seriamente la atención del enfermo. Las actitudes viciosas son aquí poco aparentes; el fácil deslizamiento del omoplato, hace que el miembro enfermo parezca en posición normal, pero un examen atento nos hace ver, fijando el omoplato, su verdadera actitud y la limitación de sus movimientos. La atrofia muscular y las contracturas son frecuentes, produciendo, cuando el proceso es abandonado á sí mismo, miembros completamente inútiles.

El criterio seguido para el tratamiento de las artritis del miembro inferior no es aplicable á los tumores blancos del brazo. En el miembro superior los movimientos son más complejos, las funciones son más necesarias y si una pierna anquilosada puede servir relativamente bien para su objeto, un brazo en iguales condiciones resulta

casi inútil para el trabajo. Debe, pues, perseguirse como resultado feliz, la movilidad en el miembro superior y las condiciones particulares en que se encuentra el hombro, facilitan ese resultado. La extensión continua se hace aquí, naturalmente, por el peso del miembro, y la falta de contacto en las superficies enfermas, tiene una acción muy feliz sobre la evolución de las lesiones.

La inmovilización debe prevenir las actitudes viciosas, pero no debe ser continua, alternándola con sesiones diarias de masaje.

La artrotomía ígnea no da tan buenos resultados como en la rodilla, pero debe ser empleada cuando no existan indicaciones para una intervención más radical y se quiera drenar la articulación. La sinovectomía da mejores resultados: la ablación total de las fungosidades y de la serosa, seguida de movilización y masaje, ha sido empleada con éxito, siempre que un diagnóstico bien hecho, llevara á hacer una intervención precoz. Como resultado se obtiene un hombro sano y dotado de su movilidad normal. La presencia de abscesos y de fístulas, contraindican esta intervención.

Los abscesos y fístulas son difícilmente alcanzados por la cureta y su presencia justifica la reacción, que en esta articulación es benigna, cuando no se ha esperado mucho. En el niño, son muy raras las artritis bacilosas del hombro, debiendo

tenerse presente las razones expuestas anteriormente respecto á la resección en la infancia.

No siendo la anquilosis un resultado completo en ninguna posición, la movilización se impone. El enderezamiento forzado en las fibroanquilosis ó cuando las adherencias óseas sean recientes, llevan á ese resultado y la resección ó la osteotomía, preferentemente la primera, cuando la unión ósea se ha efectuado. El masaje tiene una gran influencia, no sólo para la movilización de la articulación, sino para prevenir y modificar las atrofias y contracturas musculares.

Los aparatos de inmovilización no deben ser enyesados: una pañoleta doblada en forma de triángulo es suficiente, pudiendo graduar la mayor ó menor abducción del brazo con cuñas de algodón y fijarlo todo con vendas.

El pronóstico es más benigno que en los tumores blancos del miembro inferior y la curación se hace más rápidamente.

Sea cual fuere el tratamiento empleado, nunca debe abandonarse el masaje, especializándose sobre el deltoides, por quien la atrofia tiene predilección.

OBSERVACION VI

Artritis tuberculosa del hombro

686. — M. S. A., 8 años, argentino.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Hace un mes y medio recibió un golpe en el hombro izquierdo, como consecuencia de una caida, del que curó bien, y desde veinte días atrás volvió á tener dolores en el mismo hombro, que han ido aumentando hasta hacerle imposible mover el brazo. Actualmente, el hombro izquierdo, más grueso que el derecho, haciendo contraste con la atrofia marcada del brazo que se ha establecido muy rápidamente. La articulación está rígida, el brazo en abducción, más notable si se fija el omoplato en posición normal. Hay dolor espontáneo, que se hace intolerable al pretender mover el brazo.

Los movimientos activos son nulos.

El enfermo es operado, haciéndose la artrotomía, seguida de sinovectomía, se inmoviliza el hombro hasta la curación de la herida. Á los ocho días comienza el masaje que se continúa durante dos meses. La movilidad del brazo es completa, la atrofia muscular es rebelde, el estado general es muy bueno. Se recomienda continuar el masaje y cuidados higiénicos.

CODO

El tumor blanco del codo tiene mucha semejanza con el del hombro, por su marcha, por la localización de las lesiones y por la importancia funcional de ambas articulaciones.

La actitud de un codo tuberculoso es característica, flexión en ángulo obtuso y pronación, la menos compatible con las funciones del brazo. El enderezamiento y la inmovilización relativa deben ser practicadas como en el hombro, por el mismo procedimiento, debiendo mantener el miembro flexionado en ángulo recto, pues en el peor de los casos, la anquilosis en ángulo recto es mejor que cualquiera otra.

La sinovectomía debe ser el procedimiento de elección, aunque los resultados no sean tan buenos como en el hombro. En cuanto á la resección, es el pus quien la indica siendo esta artritis más común en el niño que en el adulto, debe esperarse antes de condenar un brazo al acortamiento consecutivo.

La artrotomía ígnea y la inmovilización nos da un codo anquilosado, menos inútil que la anquilosis del hombro, pero que se aleja del resultado obtenido por la artrectomía y la sinovectomía.

La resección modelante, cuando las condiciones propias de la artritis la permiten, es salvadora. La limitación de la supuración, la poca extensión de las lesiones óseas y un estado general regular, indican esta operación. Después de la ablación de las superficies enfermas, debe modelarse una trocla humeral y un gancho cubital, que la movilización y el masaje perfecionan, dándonos un codo sano y móvil, resultado excelente.

OBSERVACIÓN VII

Artritis tuberculosa del codo

218. — V. F., 10 años, argentino.

La afección data de siete meses, y comenzó con dolores y tumefacción del codo derecho. Se le hicieron hace cinco meses puntas de fuego superficiales en la región, sin que sintiera mejoría. Se presenta al consultorio con el antebrazo en semiextensión; toda la región del codo está tumefacta y dolorosa á la presión. Hay una fístula que se abre sobre la epitroclea, dando salida á un pus seroso. Al nivel del olecráneo se observa un absceso fluctuante que está por abrirse. Los movimientos de la articulación están sumamente limitados y son dolorosos; hay atrofia marcada del brazo y del antebrazo. El estado general está regularmente conservado.

Se hace la incisión de Kocher y otra sobre la epitroclea complementaria, practicándose la resección modelante en la extremidad humeral, que tiene lesiones superficiales de desprendimiento del cartílago. Se reseca la cúpula radial y se hace el ahuecamiento del gancho cubital ligeramente cariado. Se extirpan las fungosidades, en lo posible, al termocauterio, se establece drenage y se inmoviliza. A los quince días masaje y movilización. Al mes los movimientos activos no son completos, pero el enfermo puede servirse de su brazo.

OBSERVACIÓN VIII

Osteoartritis tuberculosa del codo

524. — E. R., 14 años, argentina.

Después de un traumatismo en el codo hace cuatro meses, debutó la enfermedad con dolores, tumefacción y limitación de movimientos activos. Hace veinte días recibió una contusión en el mismo sitio, tuvo fiebre, constipación y aumento de dolores en el codo, formándosele un tumor en la parte externa de la región. Ahora presenta contractura en flexión del antebrazo, tumefacción del codo derecho, atrofia muscular del brazo y del antebrazo; movimientos de flexión y extensión del antebrazo muy limitados y dolorosos, movimientos de pronación y supinación, normales. Sobre la cabeza del radio hay un absceso fluctuante ó sifluente, doloroso á la presión.

Regular estado general.

Se interviene con una incisión externa, practicando la artrotomía, resección semiarticular y se tosa la extremidad inferior del húmero; se cierra estableciendo drenaje. El pus desaparece rápidamente, á los veinte días la herida se ha cerrado y se moviliza la articulación por el masaje. Los movimientos son al principio dolorosos, luego el dolor desaparece y su amplitud aumenta.

Después de dos meses, queda siempre un poco

de dificultad en la extensión completa, pero la enferma puede servirse de su brazo perfectamente.

Se continúa el masaje.

El estado general ha decaído y en esa época se observan lesiones bacilares en el vértice del pulmón izquierdo, se hace tratamiento general.

TARSO

Las osteoartritis del tarso tienen generalmente por punto de partida el tarso medio y son las sinoviales astrágalo-calcánea y astrágalo-escofoidea-na las primeramente tomadas. Á la tuberculosis del astrágalo sigue por orden de frecuencia la del calcáneo.

En su primer período estas artritis deben ser tratadas por la ignipuntura y la inmovilización, que sin embargo, no da los mismos resultados que en las articulaciones grandes, porque la supuración se establece con mucha rapidez formando fístulas que se abren de preferencia en las caras laterales del calcáneo. El drenage es difícil y la propagación del proceso á las articulaciones vecinas se hace fácilmente. La abertura de los puntos fluctuantes y el curetaje no modifica la evolución de las lesiones, pues no se pueden alcanzar todos los focos óseos. De allí la indicación de practicar la resección.

Si la enfermedad ha sido tomada en sus comien-

zos, cuando recien se establece la supuración, se debe hacer la tarsectomía resecando el astrágalo solamente; eso da mucha luz, el drenaje se establece bien y si las lesiones no son muy extendidas, es posible alcanzar todos los focos. Cuando las lesiones son extendidas debe hacerse la reseccion de todos los huesos tomados. Muy pocas veces es posible hacer esta operación subperióstica, pero debe tratarse de conservar la parte posterior del calcáneo que forma el talón y es indispensable para la estática del pie. El drenaje debe ser lo más breve posible; la tintura de yodo y el éter yodoformado dan buen resultado en las curaciones. La inmovilización debe seguir á toda intervención, practicada en una gotera con pedal, que vaya hasta la pierna. El pronóstico es benigno y en los numerosos casos que he visto, una sola vez fué necesaria la amputación, por invasión de las vainas musculares.

OBSERVACION IX

Osteoartritis del cuello del pie

815.—A. P., 5 años, argentino.

Sin antecedentes de importancia.

Hace dos meses se torció el pie y desde entonces está enfermo. Presenta una tumefacción globulosa de todo el cuello del pie, que está roja en su parte interna y que es muy dolorosa á la pre-

sión. Movimientos activos nulos; pasivos imposibles por el dolor; se palpan fungosidades y hacia la cara interna del calcáneo hay un punto fluctuante. Ha sido tratado anteriormente por la revulsión.

La interviene practicando la resección del astrágalo que está tomado, se da salida al líquido purulento, y se extirpan las fungosidades al termocauterio, estableciendo drenage.

Se hacen curaciones antisépticas y al cabo de treinta días las heridas están cicatrizadas y el pie en excelentes condiciones. Se prescribe masaje y baños.

OBSERVACIÓN X

586. — S. L., 5 años, argentino.

La afección data de tres meses atrás, en que el enfermo tuvo una entorsis.

Presenta un aspecto común á la tuberculosis del tarso; la tumefacción es dolorosa y la piel obscura y rojiza. Los movimientos activos y pasivos son imposibles y debajo del maleolo externo se abre una fístula por la que sale pus seroso. Estado general satisfactorio.

Se practica la extirpación del astrágalo que presenta focos óseos en el cuello. Las sinoviales tibiatarsiana, astrágalo-escafoidea y astrágalo-calcánea están llenas de fungosidades. Hay focos óseos en la tuberosidad mayor del calcáneo y en la ranura calcáneo-astragalina. Se extirpan las fungosidades

al termocauterio, se raspan los focos óseos y se establece drenage con gasa yodoformada. Al cabo de cuarenta días la cicatrización se ha hecho y se da de alta al enfermito, recomendándole masaje y baños.

CARPO

La tuberculosis del puño, es una afección propia de la adolescencia y de la infancia, que se revela con ocasión de una caída ó de un golpe en sujetos, que observados anteriormente, presentaban una falta de habilidad en el puño enfermo. Al carpo, formado de huesos pequeños, con numerosas articulaciones, son aplicables las consideraciones expuestas respecto al tarso.

Las estrechas relaciones de vecindad que el tarso tiene con las vainas sinoviales de los tendones, hace, que la propagación á estas se efectue con facilidad y que deba tenerse muy en cuenta esta relación al instituir el tratamiento.

La inmovilización da algún resultado, aplicando una venda enyesada que vaya hasta la extremidad del metacarpo, dejando libres los dedos.

La ignipuntura no es aplicable, pues favorece las adherencias de las vainas tendinosas, resultado desgraciado que limita los movimientos de flexión y de extensión.

La resección está indicada con la presencia del pus, salvando así las vainas de la invasión que puede llegar á hacer necesaria la amputación.

OBSERVACIÓN XI

Artrosinovitis tuberculosa del carpo

266.—I. L., 11 años, argentina.

Está enferma desde hace diez meses y no tiene antecedentes de importancia.

Empezó sintiendo dolores vagos, hasta que se le hinchó la muñeca, aumentando con ello los dolores. Los movimientos fueron difíciles y recurrió á un médico. Se le aplicaron puntas de fuego superficiales y se le vendó la mano.

Desde hace un mes aumentó la hinchazón y tuvo fiebre.

Hoy presenta una tumefacción dolorosa de la región dorsal, la cápsula está distendida por fungosidades; la piel está lustrosa y con circulación venosa, los movimientos se encuentran abolidos, habiendo dolor á la presión.

Se interviene practicando la incisión de Ollier, media dorsal y la incisión cubital de descarga.

Se extirpan los huesos del carpo que están tomados, hay graves lesiones fungosas de la sinovial, que se ablan al termocauterio. No hay más focos óseos. Se drena por la herida cubital y se inmoviliza en una manopla. Curaciones antisépticas.

Al cabo de veinte días las heridas están cicatrizadas, dándose de alta á la enferma; se le recomienda el uso de la manopla durante un tiempo; masaje y baños.

OBSERVACION XII

Artrosinovitis tuberculosa de la muñeca

309. — E. P.; 12 años, argentina.

Tiene antecedentes hereditarios tuberculosos.

Hace un mes tuvo una hidroartrosis dolorosa de la muñeca, que apareció sin traumatismo alguno y que no fué acompañada de tumefacción, ni de dolores en las demás articulaciones. No ha sido tratada. Actualmente presenta la región del carpo tumefacta y dolorosa, sobre todo á la base del segundo metacarpiano y al nivel de la apófisis estiloide del radio.

Los movimientos radiocarpianos están sumamente limitados. La tumefacción es ligeramente renitente y está formada por fungosidades articulares. Los tendones extensores conservan más libertad y son difícilmente palpables, porque están envueltos en masas fungosas. Hay una atrofia acentuada de la musculatura del antebrazo.

La radiografía muestra los límites, poco rectos de los huesos del carpo, y más obscuros que del lado sano.

Se interviene practicando una incisión dorsal recta y se extirpan los huesos del carpo que presentan numerosas lesiones óseas. En la base del segundo metacarpiano hay un foco que es tratado por la cureta. Hay sinovitis fungosa en todas las

interlíneas; oblación de fungosidades al termocauterio.

Drenage, curaciones antisépticas, inmovilización.

Al mes, la herida está curada. Se continúa la inmovilización y se hace masaje. Baños, creosota.

DEDOS

La espina ventosa ú osteitis rarefaciente de las falanges está caracterizada por un aumento de volumen especial de la región, por la falta de dolor, y por la marcha francamente crónica del proceso. Las fungosidades son raras, pero en cambio la fistulización es común. Cuando las fungosidades se observan, es con preferencia al nivel del tendón extensor, dejando libre la cara palmar.

Con frecuencia se ven en un mismo individuo varias falanges tomadas, siendo felizmente rara su localización en el pulgar.

La revulsión y la inmovilización dan un dedo anquilosado inútil é inconveniente al funcionamiento de los demás dedos y en las profesiones que exigen un trabajo manual delicado, es preferible la amputación. Siendo especiales las funciones del pulgar, cualquier resultado es preferible á la amputación en este dedo. La resección da buenos resultados y debe hacerse oblando longitudinalmente la mitad de la falange y cuidando la conveniente situación de los tendones. Este es el procedimiento que da mejores resultados, asegurando la movilidad del dedo.

MAL DE POTT

La tuberculosis vertebral, es sobre todo, una enfermedad infantil que se observa comunmente entre los dos y los diez años.

Las dos formas de tuberculosis vertebral, superficial y central, llevan á la formación de abscesos y dan fenómenos de compresión, pero es la última la que produce con más frecuencia las gibosidades, por formación de una verdadera caverna en el cuerpo de la vértebra que le quita la resistencia necesaria para soportar el peso del cuerpo situado hacia arriba. De esto se desprende, que cuanto más abajo está situada la vértebra enferma, mayor posibilidad hay de que la gibosidad se produzca.

Tomando un mal de Pott en su comienzo, es posible evitar la caída del raquis, estableciendo la inmovilización y el reposo absoluto sobre un lecho plano recubierto por un ligero colchón. Suprimida la gravitación del segmento que está arriba, se alejan las probabilidades de la caída y si la gibosidad se produce, no es nunca tan grande como si el enfermo marchara. Además, las complicaciones posibles al achatamiento brusco del cuerpo vertebral, son difíciles de producirse. Puede agregarse á la inmovilización, la extensión continua y la contraextensión, usando algunos de los diversos aparatos imaginados con este objeto. Los

abscesos se presentan, pero si convenientemente tratados, curan rápidamente, se puede aventurar un buen pronóstico.

Los casos que generalmente se tratan, tienen ya su gibosidad establecida y se presentan con su actitud característica. Mucho se ha discutido la corrección de la gibosidad ensayándose numerosos procedimientos con ese objeto. Se puede sentar á este respecto, que es la edad de la lesión y no su extensión, lo que establece la posibilidad de corregir la gibosidad.

Producida una anquilosis como consecuencia del acercamiento de los cuerpos vertebrales superior é inferior al enfermo y abandonada la regeneración ósea á ella misma, es muy difícil que un resultado feliz corone los esfuerzos hechos para enderezar un raquis. De ahí, que la precocidad del tratamiento sea una garantía de éxito.

La gibosidad establecida, el tratamiento debe tener un doble objeto; impedir que la gibosidad aumente con la destrucción de nuevos cuerpos vertebrales y corregir la existente.

Se ha usado la extensión bajo cloroformo, realizada, haciendo tracción sobre las extremidades del raquis y propulsando la gibosidad, manteniendo la corrección obtenida con un aparato de inmovilización y reposo. Los resultados obtenidos no son tan completos; la destrucción de los cuerpos vertebrales, hace, que estando lejos las superficies cuya

unión se busca, la reparación ósea, sea difícil, si no imposible en el grado que se desea. De otra parte las maniobras empleadas pueden dar lugar á frac-, turas, aberturas de abscesos lesiones de vasos y á la generalización del proceso. Cuando las anquilosis se han producido en una gibosidad acentuada, es peligroso intervenir en esta forma, debiendo, si se quiere conseguir algo, desplegar tracciones fuertes que originan casi siempre los accidentes apuntados.

Por este procedimiento se puede obtener un enderezamiento parcial de la columna, resultado que nos da otro, menos peligroso y con menos dolor. En presencia de fenómenos medulares de compresión, debe intentarse el enderezamiento del raquis por este procedimiento.

Cuando la caída del raquis es reciente, basta muchas veces el reposo en un lecho plano para obtener un enderezamiento, sin necesidad de emplear la extensión activa.

Otro procedimiento más benigno que el anterior, es aquel en que la tracción es pasiva, ejercida por el peso mismo del cuerpo. Se suspende el enfermo en el aparato de Syre, donde permanece un tiempo más ó menos largo; el peso del cuerpo hace la extensión, que puede ser ayudada con tracciones activas suaves. La corrección obtenida se fija con un corset de yeso ó al silicato de potasio y listones de latón anterior y posteriormente. Reposo en cama durante varios días y marcha

apoyado en muletas, luego: El corset debe ser renovado cada treinta días, ó antes si fuere necesario, y precedida su renovación por suspensión como la vez primera. He podido observar por medio del aparato de Schultou, que la corrección aumentaba y que cada cambio de aparato acusaba una disminución de la gibosidad. Hay que tener cuidado de proteger la saliencia, producida por las apófisis espinosas luxadas, que se ulcera con mucha facilidad.

Los abscesos osifluentes deben ser buscados en sus sitios de elección, haciendo la falta de dolor, que puedan pasar desapercibidos; serán abiertos estableciendo un buen drenage y tratados por inyecciones de éter yodoformado. Se ha preconizado la resección de la bolsa, pero en los casos posibles, los menos, no he visto la utilidad de esta operación. Lo que mejor modifica la marcha de los abscesos es el drenage amplio y muchos curan sin otro tratamiento que la incisión evacuatriz.

La duración de esta enfermedad evolucionando hacia la curación puede calcularse entre tres y cinco años, siendo frecuentes las recidivas.

La mortalidad en el mal de Pott es mínima en relación á la dada por la tuberculosis en otras localizaciones y la muerte es debida generalmente á la generalización de las lesiones, especialmente la tuberculosis pulmonar ó á la supuración crónica que lleva al sujeto á la caquexia.

Los accidentes, abertura de abscesos en cavidades vecinas, compresiones medulares, etcétera, son raros.

OBSERVACIÓN XIII

Mal de Pott lumbar

86.—E. C., 10 años, argentina.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

La enfermedad data de dos años atrás. La giba se produjo á los tres meses de sentir dolores lumbares. Fué tratada hace un año y medio, poniéndosele un corset de yeso, que usó durante tres meses y desde entonces no se le ha hecho nada.

El centro de la lesión está formado por la segunda y tercera vértebras lumbares. La giba es del tamaño de una manzana, estando roja la piel que la recubre, siendo el asiento de dolores, que irradian hacia los miembros inferiores. La enferma camina bien y no hay nada del lado de los esfínteres. El vientre y la pelvis están deformados.

No ha tenido ni tiene obscesos osifluentes.

El estado general está conservado.

Se hace la suspension en el aparato de Syre, con tracciones moderadas sobre la pelvis, á fin de enderezar en lo posible el ángulo formado.

La corrección es poca. Se la aplica un aparato de yeso, con vástagos de latón dorsales y ventrales. El aparato es renovado varias veces.

El estado general ha mejorado, los dolores han desaparecido, pero la corrección obtenida es mínima. La reparación ósea se ha hecho en mala posición, imposible de modificar. La lesión está curada probablemente. Se le aconseja el campo y la sobrealimentación.

Hay lesiones conmeresantes en el vértice derecho.

OBSERVACIÓN XIV

Mal de Pott dorsolumbar

376.—C. I., ocho años, argentino.

Sin antecedentes de importancia.

La enfermedad empezó hace tres meses, consecutivamente á una contusión recibida en la región dorsolumbar. La gibosidad es notable y está constituida por las cuatro últimas vértebras dorsales y las tres primeras lumbares. Las apófisis espinales sobresalen, levantando la piel, que sin embargo está normal.

Desde que la giba se produjo el niño no puede caminar. Actualmente, hay paraplejia, siendo la marcha muy dificultosa. Los esfínteres están bien. Los dolores al nivel de la lesión son espontáneos y no se exacerban á la palpación.

La deformidad del vientre es marcada; lo mismo la de la pelvis. Hay un absceso osifluente en la ingle izquierda. Regular estado general.

Se hace el enderezamiento horizontal, se suspende en el aparato de Syre y se fija la corrección obtenida con un corset de yeso. Abertura, drenage y curaciones del absceso osifluente, sale una regular cantidad de pus. Reposo absoluto, creosota, sobrealimentación. Se cambia dos veces el aparato de inmovilización. El absceso mejora, y cura al cabo de dos meses. A los noventa días la marcha es posible, la atrofia muscular es tratada por el masaje y la electricidad. Actualmente el enfermo conserva una giba muy pequeña, la lesión ha curado, el estado general es satisfactorio y la marcha normal. Se le prescriben baños de mar, creosota, aceite de bacalao, etc.

Peritonitis

La infección tuberculosa del peritoneo da lugar á un proceso que puede revestir varias formas según su localización, su marcha y la evolución de las lesiones. La peritonitis puede ser local ó general, aguda ó crónica.

La tuberculosis localizada del peritoneo es muy rara, dada la facilidad con que puede propagarse,

notándose que esas neoformaciones fibrinosas y fibrosas, lo más frecuentemente enquistadas y conteniendo líquido seroso ó purulento, situadas de preferencia en la serosa visceral, no son otra cosa qué una localización predominante de una peritonitis generalizada. Se debe reservar el nombre de local á la reacción parcial del peritoneo que recubre un órgano primitivamente tuberculoso.

La forma aguda de tuberculosis peritoneal no es común, ni pasible de tratamiento quirúrgico, y está constituida por la granulia peritoneal, consecuencia de una bacilosis miliar generalizada.

Mucho se ha discutido sobre la existencia de la granulia aguda local del peritoneo, sin ser acompañada de otra lesión tuberculosa y cuya evolución sería rápida, conduciendo al enfermo á la muerte. No he podido hacer ninguna observación parecida.

Es en la tuberculosis peritoneal crónica, la más común, en la que el cirujano está llamado á intervenir. Esta es una enfermedad de las primeras épocas de la vida, haciéndose más rara cuanto más se asciende en ella. Su máximum de frecuencia está entre los seis y los quince años, siendo la edad un elemento de pronóstico: son los peritonitis infantiles los que curan con más frecuencia y mejor.

La patogenia de esta peritonitis es aún muy obscura y no puede uno pronunciarse sobre la vía

que elige el bacilo de Koch para invadir el peritoneo. Me refiero á los tuberculosos primitivamente peritoneales que son los que constituyen en su mayoría las peritonitis crónicas, y crónicas desde el principio.

Se observa que las peritonitis bacilosas del adulto están precedidas casi siempre de desórdenes en el aparato digestivo que se remontan á la infancia, indigestiones frecuentes, enteritis, etc. Sujetos débiles, cuyos antecedentes nos indican una predisposición intestinal, son en un momento dado pacientes de una fiebre ligera pero persistente, dolores vagos en el abdomen, vómitos, diarrea, timpanismo y caimiento general. Tal es el principio poco ruidoso, con que se instala una peritonitis tuberculosa. Algunas veces la diarrea es substituida por una eclusión paralítica del intestino. Luego la fiebre disminuye y con ella los demás síntomas quedando como únicos signos de su existencia, un estado general caracterizado por pérdida de fuerzas y enflaquecimiento, un derrame peritoneal escaso, una incomodidad intermitente más bien que un dolor en el abdomen, y dos ó tres decimos vesperales. La ascitis es generalmente escasa, pero he podido observar varios casos en que su abundancia hacía recordar la ascitis de los brighticos y que hicieran necesaria la punción. La evolución de la enfermedad no es siempre igual: durante varios meses la ascitis persiste y la enfermedad puede evolucio-

nar á la curación espontánea por reabsorción gradual del derrame y regresión de las lesiones ó pasar á otra forma, sea precedida de un nuevo estado febril, sea silenciosamente.

La peritonitis puede también establecerse crónicamente desde el principio, sin fiebre, sin vómitos, ni ningún otro síntoma que la anuncie, presentando ó no derrame y ser descubierta con motivo de una oclusión intestinal, crónica ó aguda.

~

La forma ascítica debutante, suele ser seguida cuando el proceso no se detiene, por otras dos formas, caracterizadas por la evolución de las lesiones. La granulación tuberculosa sufre la fibrocaseificación, las adherencias se establecen, la cavidad peritoneal se tabica, el líquido ascítico pierde su movilidad y se enquista, el abdomen aumenta de volumen, aparecen fenómenos de compresión y se establece la posibilidad de formarse un absceso estercoral por avertura de una cavidad quística en el intestino, ó bien las granulaciones sufren la regresión esclerosa, que no se limita á su cicatrización, y hace participar en el proceso á la serosa, que retrayéndose, forma una masa de las ansas intestinales, pegada al raquis, el vientre se retrae, los fenómenos de compresión aparecen: la ascitis y el edema de los miembros inferiores, la oclusión intestinal aguda puede presentarse como también desórdenes en todos los órganos abdomi-

nales envueltos en una atmósfera fibrosa que los ahoga.

Tal es la marcha común de las tres formas de peritonitis bacilosa.

El tratamiento sintomático de la tuberculosis peritoneal, por la laparotomía, tan en boga hace algún tiempo, está hoy sujeto á restricciones, pues no todos los casos son intervenibles.

En la granulia peritoneal aguda que acompaña á una tuberculosis miliar, y aún en aquellas que están localizadas al peritoneo, la intervención operatoria es inútil y perjudicial y cuando se hace, el resultado fatal es su consecuencia. Esta última forma suele evolucionar con un tratamiento general, hacia la curación; no es lo común.

Es en la forma ascítica, que la laparotomía da sus mejores resultados; la curación espontánea es posible y la intervención operatoria modifica muy felizmente la marcha hacia la curación. La mayoría de los casos de peritonitis ascítica tratados por la laparotomía que he podido observar han curado.

Cuando el derrame es tan abundante que molesta al enfermo, ha sido practicada la punción evacuatriz, pero yo creo que si el estado del paciente lo permite, debe practicarse la laparotomía, que asegura un agotamiento más perfecto de la cavidad y que es seguida raramente de una nueva

producción de líquido, caso frecuente en la paracentesis.

En la peritonitis fibro-caseosa, las indicaciones de intervención son más restringidas y es solamente en aquellas acompañadas de ascitis, en las cuales las lesiones están en su infancia, que la laparotomía es bienhechora. Cuando el derrame no existe, una laparotomía es peligrosa, corriéndose el riesgo de caer sobre una cavidad purulenta, en comunicación con el intestino ó sobre este mismo. Aún en el caso de que todo marche bien, el resultado de la intervención es poco feliz. La formación de flegmones que se observan generalmente alrededor del ombligo, indican la intervención, toda vez que su abertura en la piel sea inminente. Estos flegmones se vacían generalmente en el intestino y abriéndolos, se provocaría la formación de una fístula pio-estercoral, resultado bien desagradable.

En las formas fibro-adhesivas, más comunes en el adulto que en el niño, la intervención es inútil, el operador encuentra masas de ansas intestinales aglutinadas, que el trabajo de esclerosis retrae cada vez más y en medio de los cuales es casi imposible orientarse. El proceso tuberculoso ha desaparecido ó está en vías de serlo, y es solo la regresión fibrosa la que se observa.

El tratamiento quirúrgico debe ir acompañado siempre del tratamiento general y es notable la

influencia que tiene la cura de climas en esta forma de tuberculosis.

El procedimiento operatorio es sencillo: practicada la laparotomía mediana, se extrae el líquido ascítico hasta agotar la cavidad, empleando para ello gasas esterilizadas, con las que se seca bien toda la serosa; se sutura y se hace guardar cama al enfermo hasta la cicatrización. El mecanismo por el cual la evolución de las lesiones es modificada por la aereación, es aún desconocido. Se ha ensayado la punción aspiratriz, para evacuar el líquido peritoneal, inyectando consecutivamente aire esterilizado, pero los resultados obtenidos, no son comparables con los que da la laparotomía. La inyección intraperitoneal de substancias medicamentosas, agua boricada, naftol alcanforado, etc., no da ningún resultado, y aún esta última ha dado lugar á accidentes lamentables.

Una complicación frecuente de esta enfermedad, es la oclusión intestinal, que puede ser mecánica ó paralítica. La primera acompaña á las tuberculosis fibro-caseosas y esclerosas y puede producirse bruscamente por codadura del intestino adherido ó por estrangulación, en la que interviene una brida fibrosa, ó bien lentamente como consecuencia de la retracción que aglutina y comprime la ansas intestinales en la forma esclerosa. Esta última variedad es sumamente grave.

La oclusión paralítica se observa en la gra-

nulia aguda peritoneal ó acompaña á un empuje agudo en la ascitis bacilosa crónica y es debida á la acción tóxica de los productos bacterianos acumulados.

En la oclusión mecánica aguda, está indicada la intervención operatoria, que debe ser pronta para ser eficaz.

La paralítica debe ser tratada por medios médicos; los purgantes deben ser poco empleados, prefiriendo los enemas abundantes de agua salada, los enemas purgantes, las aplicaciones eléctricas según el método de Budit, etc. Una medicación, con la que he visto obtener expléndidos resultados, es la siguiente: durante doce horas, inyecciones subcutáneas de 0.01 de estrignina, una cada tres horas, seguidas tres inyecciones de atropina de 0.001 aplicadas en la misma forma.

Las fibras lisas obedecen á esta especie de gimnasia intestinal, y la permeabilidad se establece primero á los gases y luego á las materias fecales. La coexistencia de lesiones tuberculosas torácicas ó intestinales con la bacilosis del peritoneo, agrava el pronóstico, contraindicando la intervención operatoria.

OBSERVACIÓN XV

Peritonitis tuberculosa ascítica

341.—F. C., cinco años, argentina.

Sin antecedentes hereditarios de importancia.

La enferma ha tenido perturbaciones dispépticas desde la primera infancia y ninguna otra enfermedad. Hace un mes empezó á hinchársele el vientre, sin tener dolores y á los pocos días tuvo diarrea abundante, que mejoró, siguiéndola una constipación pertinaz. Se le dieron purgantes, y cedió al fin. El vientre ha seguido aumentando, siempre indoloro y la enferma se ha enflaquecido, perdiendo el apetito. Actualmente presenta el abdomen distendido enormemente; ascitis considerable, que llega á tres traveses de dedo por encima del ombligo y matitez en toda la parte inferior del vientre. Hay circulación venosa complementaria muy acentuada: la piel muy pálida y con grietas producidas por la distensión.

En el vientre se palpan: tumores pequeños, duros, redondeados, móviles; ganglios mesentéricos y adherencias epiploicas. Hay dolor á la presión, que se aumenta, si se retiran, bruscamente, los dedos con que se examina.

Se interviene, practicando la laparotomía mediana. Lesiones francas de peritonitis tuberculosa. Se da salida al líquido, secando luego la cavidad

con gasa esterilizada, se extirpan tres ganglios mesentéricos tomados, se desprenden fácilmente las adherencias y se cierra. Á los diez días la herida ha curado por primera intención. A los veinte la ascitis no se ha reproducido, habiendo mejorado notablemente su estado general. Se da de alta. Cura de climas, sobrealimentación, etc.

OBSERVACIÓN XVI

Peritonitis fibrocaseosa

127.—A. B., seis años, argentina.

Sin antecedentes hereditarios de importancia.

En su primera infancia tuvo enteritis crónica, que duró mucho tiempo, enflaqueciéndose extremadamente. Curó, pero siempre ha tenido desarreglos intestinales, cada tanto tiempo.

La enfermedad actual data, según la madre de la enferma, desde hace veinticinco días, y se presentó con fiebre regular, vómitos, dolor agudo debajo del ombligo, constipación y aumento de volumen del vientre, meteorismo.

Hace cuatro días descubrió una saliencia roja al nivel del ombligo, muy dolorosa, que se abrió á los tres días espontáneamente y que dió salida á gran cantidad de gases y materias fecales líquidas. Ahora el vientre ha disminuido un poco

de volumen, siendo doloroso. Se palpan masas pastosas en la parte media y lateralmente. Matitez irregular. Á la derecha del ombligo hay una fístula, que deja salir gases y una materia flúida, verdosa, amarillenta y de pronunciado olor fecaloide. La fiebre oscila entre 37.8 y 38.9. El estado general es deplorable. Se hacen curaciones antisépticas.

El diagnóstico induce á la no intervención. Se trata generalmente á la enferma. Á los veinte días el estado es el mismo y se ve á la izquierda del ombligo una tumefacción roja, fluctuante, dolorosa, que á los tres días se abre como la primera, estableciéndose una segunda fístula pio-estercoral. El estado general declina cada vez más hasta que la enferma muere en plena caquexia.

Tuberculosis del ciego

Hay una tuberculosis del intestino, que localizándose en el apéndice íleocecal, constituye una afección susceptible de ser tratada radicalmente.

Los casos publicados en el extranjero y en el país son poco numerosos, observándose todos en el adulto.

De diagnóstico delicado, puede pasar fácilmente desapercibida en sus comienzos y ser confundida después con otras afecciones de la cavidad abdominal.

Diagnosticada la exclusividad de la lesión, debe intervenirse practicando la resección intestinal, que tendrá tanto mayor éxito curativo cuanto más precoz sea el tratamiento.

Muchas veces es con ocasión de una oclusión intestinal persistente, que se practica una laparotomía y se descubre una tuberculosis íleocecal, donde creía hallarse una lesión completamente distinta.

Frecuentemente acompañan al tuberculoma del ciego lesiones bacilares del intestino delgado y del pulmón, que evolucionando juntas, hacen más sombrío el pronóstico. Sin embargo, cuando las lesiones del intestino son leves y poco avanzadas las del pulmón, debe intervenirse, practicando la ablación del tumor, poniendo al sujeto en condiciones de poder luchar con sus lesiones intestinales ó pulmonares.

Los casos que he visto han sido tratados por el doctor Posadas, cuyo procedimiento se reduce á practicar la resección del intestino enfermo, abocando los extremos á tubos de vidrio largos y fijándolos con catgut. Estos tubos son colocados fuera del vendaje, aislando así la herida y estableciendo un ano artificial en excelentes condicio-

nes. Efectuada la cicatrización, se secciona el espolón, suturando el intestino y producienndo así la obliteración del ano artificial.

En los casos tratados precozmente, la curación radical se ha obtenido, mejorando notablemente el estado de los enfermos, que llevaban otras lesiones tuberculosas.

De nueve casos tratados por el doctor Posadas, tres han sanado radicalmente, tres han mejorado notablemente, á pesar de lo avanzado de las lesiones y los otros han muerto. Dos de estos últimos eran pulmonares, y el tercero con lesiones intestinales extendidas.

RIÑÓN

La tuberculosis del riñón ha sido bien estudiada en estos últimos tiempos, bajo las diferentes formas que se presenta. Dejando á un lado la tuberculosis miliar que casi siempre responde á una infección bacilosa generalizada, pueden observarse en el riñón las dos formas comunes de tuberculosis, la infiltración difusa y la tuberculización gris del órgano. La primera es la forma habitual, en el adulto, llevando á la formación de gruesos tubérculos caseosos, alojados en medio del órgano, que se transforman luego en cavernas, é invaden el riñón entero, que queda reducido á un bloc caseoso.

La tuberculosis del riñón puede ser primitiva y evolucionar largo tiempo sin que se pueda observar otra localización semejante y son las formas lentas de complicaciones tardías, las que pueden referirse á una lesión inicial del riñón.

La unilateralidad de la lesión, importa el posible tratamiento radical y lleva consigo la benignidad del pronóstico.

El comienzo de esta enfermedad es muy obscuro, sobre todo en sus formas leves, haciendo difícil que la oportunidad de la intervención operatoria, sea planteada cuando las lesiones están en su juventud.

La influencia que este proceso tiene sobre el estado general es grande, no solo por la acción general de la tuberculosis, sino también por los desórdenes ocasionados en el funcionamiento propio de la glándula. Las complicaciones son comunes y la invasión de la totalidad del aparato urinario es posible, fuera de los accidentes del principio, retención urinaria, pionefrosis, etc.

Diagnosticada la unilateralidad de la lesión, con un estado general que empieza á deprimirse, la intervención operatoria está indicada, practicándose la ablación del riñón enfermo. Los resultados de esta intervención son generalmente buenos.

No siempre las cosas pasan tan felizmente y mucha veces la intervención debe reducirse á ser exploratriz, por estar tomados los dos riñones ó

practicar la resección parcial del órgano, dejando todo el parenquima que esté sano. Esta conducta de necesidad, puede dar como resultado una mejoría, pero casi siempre, si no en el mismo riñón, en el uréter ó en la vejiga, aparecen nuevas lesiones.

En ciertos casos, la intervención quirúrgica es una operación de urgencia, indicada por la gravedad de los síntomas. Una pionefrosis, con retención de orina y alta temperatura, indica la intervención. Una nefrotomía hace cesar los accidentes, pero no modifica la marcha ulterior de la enfermedad.

Ablado un riñón, la suplencia funcional se establece, el estado general mejora rápidamente y la sobrevida puede ser larga. La aparición de lesiones en el riñón existente es común.

TESTÍCULO

La orquioepididimitis tuberculosa es una enfermedad propia del adulto, cuando la glándula ha alcanzado ya su completo desarrollo y comenzado su función. Puede observarse también en el niño, donde es mucho menos frecuente.

La tuberculosis del testículo puede revestir dos formas: una aguda, que presenta desde el principio síntomas ruidosos que hacen recordar la inflamación violenta de la glándula, el dolor que irradia

del testículo al epididimo, acompañado de tumefacción del órgano y aumento de volumen de las bolsas. Al cabo de poco tiempo la agudez se atenúa, tomando la enfermedad una marcha más silenciosa, pero persistiendo siempre el dolor.

La forma crónica es indolora y comienza insidiosamente por una pequeña induración, que no produce mayor incomodidad al enfermo y que va aumentando paulatinamente, acompañada de un hidrocele generalmente hemorrágico.

La inflamación anterior del testículo no predispone ni facilita la instalación de la tuberculosis, y así se ve que la mayor parte de los sujetos portadores de una orquioepididimitis bacilar, no tienen antecedente ninguno y refieren su enfermedad á un traumatismo ú otra causa cualquiera.

En la forma aguda el proceso puede evolucionar rápidamente y los focos caseosos completamente reblandecidos buscar una salida al exterior estableciendo fístulas, casi siempre en relación con el epididimo, que es donde la marcha y la forma de las lesiones se prestan más á ello.

La enfermedad comienza generalmente por la cabeza del epididimo, pudiendo el proceso estar localizado solamente en él, pero lo general es encontrar una tuberculosis avanzada del epididimo, y una comensante de la glándula. Los caracteres de las lesiones son diferentes en ambos: el tubérculo gris, propio de la glándula tiene una marcha más

lenta que la esclerosis difusa, rápidamente seguida de caseificación del epididimo. Puede observarse también la localización testicular solamente, siendo esta la situación menos frecuente de núcleoss tuberculosos.

El tratamiento médico local no tiene acción ninguna sobre la marcha de la enfermedad, siendo perjudicial más bien, por cuanto aleja la intervención quirúrgica, única eficaz.

Dada la importancia del órgano, las operaciones á practicarse deben ser lo más económicas posible, recurriendo á operaciones paliativas, cuando los dos testículos estén tomados y una doble castración haya de hacerse. Esto tiene su importancia, no solo respecto á la posible función del órgano, sino á la influencia moral que ejerce una mutilación total.

El tratamiento está supeditado á la edad de las lesiones y á su topografía; en los casos felices, en que solamente el epididimo está tomado, deben extirparse los focos al termocauterio. Cuando la glándula está invadida y la lesión es unilateral, la castración está indicada y debe practicarse ligando su masa al cordón lo más arriba posible.

En los casos en que los testículos presenten núcleos bacilares, la extirpación de las lesiones al termocauterio debe ser hecha reservando la doble castración, para los casos en que las lesiones sean avanzadas y la conservación sea un peligro.

Las intervenciones en el testículo son benignas y es solamente la coexistencia de lesiones en varios órganos que puede fundar un pronóstico serio.

Adenitis

Los ganglios del cuello, de la axila y de la ingle, son frecuentemente invadidos por la tuberculosis, constituyendo lo que no hace mucho tiempo se llamaba escrófula. La naturaleza bacilar de estos adenitis está plenamente demostrada experimental y bacteriológicamente.

Esta enfermedad puede evolucionar sordamente, quedando los ganglios infartados y duros por mucho tiempo ó marchar con más rapidez, inflamarse y llegar á la periadenitis, que invade el ganglio, lo reblandece y lo vacía en supuración, produciendo esas cicatrices irregulares y deformantes del cuello.

Hay otra inflamación tuberculosa ganglionar, caracterizada por pequeños ganglios múltiples situados á la vez en el cuello, la axila y la ingle, que se desarrollan en la primera infancia y la cual no entra en el dominio de la cirugía. Es la micropoliadenitis de Legroux.

En las adenitis de marcha lenta, debe ensayarse siempre el tratamiento médico, que no es otra cosa que el tratamiento general que debe acompañar

sistemáticamente á las tuberculosis localizadas. La creosota, asociada al aceite de bacalao en invierno y al alcohol en verano, la sobrealimentación, los baños salados, etc., dan muchas veces excelentes resultados. El licor de Fowler ú otras formas de arsenicales, ha dado también algunos éxitos. El yodo se ha ensayado internamente y por vía subcutánea (yodipyn), etc., etc.

En las formas rebeldes al tratamiento médico, en las cuales los ganglios deforman el cuello, está indicado el tratamiento radical. Desde el momento que la supuración se presenta, no hay que pensar en modificar su marcha médicamente; se vacía un ganglio y tras del primero viene un segundo y con este el paquete ganglionar profundo, que está tomado siempre y si se deja á sí mismo, la fistulización es la consecuencia. La extirpación es necesaria y el único tratamiento radical. La incisión debe ser amplia y no detenerse á la ablación de los ganglios superficiales, yendo á buscar el paquete profundamente. Es la única manera de prevenir las recidivas.

La ulceración de vasos puede dar lugar á accidentes durante la operación, debiendo ser económicos en el uso del cuchillo.

OBSERVACIÓN XVII

Adenitis tuberculosa del cuello

558.—P. R., 4 años, argentino.

De padre tuberculoso.

Hace un mes y medio que empezó á hinchársele el lado derecho del cuello, que ha ído aumentando, á pesar de varias pomadas que se ha puesto. Hace quince días aparecieron dolores y la piel que antes era blanca, se puso roja, abriéndose luego y dando salida á una regular cantidad de pus. Al mismo tiempo aparecieron otras dos hinchazones arriba y debajo de la primitiva.

Los ganglios carotideos derechos están tomados, siendo poco móviles; hay uno del tamaño de una mandarina, abierto y fistuloso; la piel vecina á la fístula está infiltrada y alterada. Se hace una incisión oblicua del cuello, se presentan los ganglios, numerosos y grandes, se extirpan; hay un ganglio sobre la yugular, intenso, á caballo sobre ella. Al sacarlo, la vena cuyas paredes están degeneradas, se desgarra; se secciona la yugular y se extirpa un fragmento de cuatro centímetros y se liga. Se extirpa la piel vecina al orificio fistuloso, se sutura, estableciendo drenage. Curaciones antisépticas. Á los quince días la herida está sana y se da de alta el enfermito. Creosota, baños.

OBSERVACIÓN XVIII

Adenitis tuberculosa de la axila

393.—A. T., 3 años, argentino.

Sin antecedentes de importancia.

Está enfermo desde hace dos meses. Comenzó por una tumefacción indolora de la axila derecha que se enrojeció hace quince días, acompañándose de dolores y abriéndose el exterior; salió mucho pus.

En el hueco de la axila hay varios ganglios enormemente infartados, el gran pectoral es empujado hacia adelante por ellos. En el brazo hay circulación complementaria.

Se incinde la piel y se hace el vaciamiento del hueco axilar; un enorme paquete de ganglios tomados. La vena está obliterada, es seccionada; se reseca un pedazo de pectoral enfermo y todo el trayecto fistuloso con la piel vecina que está muy infiltrada, se sutura y se drena. A los diez días, la herida está curada per primam. Baños, cacodilato de soda, etc.

OBSERVACIÓN XIX

Adenitis tuberculosa de la ingle

237.—R. C., 7 años, argentino.

De madre tuberculosa.

Está enfermo desde hace tres meses. Marcha común.

Presenta en la ingle derecha un grupo de ganglios del tamaño de un huevo de gallina, poco movibles, con focos de reblandecimiento que adhieren á la piel en puntos donde esta está lustrosa, rojiza y adelgazada. Debajo del ligamento de Pupart, hay una fístula abierta hace veinte días.

Se abordan los ganglios por una incisión vertical, se extirpa la fístula con la piel vecina y se ablan los ganglios tomados que son todos superficiales. Se reseca la vena safena interna incluida en una masa ganglionar reblandecida. Sutura y drenage. Cura sin accidente alguno. Los ganglios profundos estaban completamente sanos.

Tratamiento general.

CARLOS F. TORRES

Buenos Aires, mayo 4 de 1903

Nómbrase á los señores: Académico, doctor Telémaco Susini, profesor titular; doctor Antonio Gandolfo, profesor suplente; doctor Daniel J .Cranwell, para que, constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

P. LAGLEYZE

Zenón Aguilar

Buenos Aires, mayo 9 de 1903

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el exalumno señor Carlos F. Torres.

«En el local de la Facultad, á 8 de mayo de 1903, reunida la comisión que subscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el exalumno señor Carlos F. Torres, que versa sobre «La Tuberculosis en Cirugía», resolvió admitirla. Con lo que terminó el acto. (Firmado): *T. Susini.* — *A. Gandolfo.* — *D. J. Cranwell.* — *C. Robertson*, prosecretario».

ZENÓN AGUILAR

Buenos Aires, mayo 9 de 1903

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

PEDRO LAGLEYZE
Zenón Aguilar

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Patogenia de la peritonitis tuberculosa.

II

Cuándo debe intervenirse en las tuberculosis óseas?

III

Tratamiento de la coxalgia en su primer período.