





UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313213946

2533826798

Facultad de Medicina

-

Tesis de doctorado

Contribución al estudio del tratamiento de las orquitis tuberculosas.

Por
Don Enrique Seguí y Bon



1903



Excmo Señor:

La carrera de Medicina tal como se estudia hoy y seguirá estudiándose probablemente siempre, no es un todo armónico, sino que es un conjunto de conocimientos bien distintos unos de otros por el punto de partida que adoptan. Fijándonos bien en la índole de estos distintos conocimientos, no nos sería difícil observar que forman dos grandes grupos con características bien definidas.

Uno de estos grupos tiene el carácter científico en la acepción más pura del concepto; analiza para remontarse a la

síntesis médica como elemento integrante de la gran síntesis, del ideal del hombre de ciencia verdaderamente consciente y que no limita por lo tanto sus miras al reducido campo que comúnmente permite abarcar la pequeñez relativa del cerebro humano.

Las clínicas y los laboratorios suministran el objeto del análisis que es la base en que se apoya este grupo de conocimientos y que se realiza al buscar el cómo de los hechos que observa, ya sean espontáneos (observación propiamente dicha), ya sean intencionalmente provocados (experimentación).

Si el remediar nuestros males físicos no fuese cosa de urgencia, una cuestión de vida o muerte del género humano, podría esperarse el desarrollo y resultado positivo o negativo de los es-

tudios médicos analítico-sintéticos; la indicación del remedio o la noción de incurabilidad absoluta vendrían espontáneamente una vez conseguida la clarividencia de los hechos, objeto de estudio.

Pero, harto sabemos que esto, por ahora, está muy lejos aún. Y, en tanto, arreician nuestros dolores que es preciso curar a toda costa, no pudiendo esperar la sanción científica de los remedios para cuya adopción nos basta saber que curan. Tan frágos los hombres en un mar inmenso de miserias, es muy natural que se agarren a un cuerpo flotante aunque desconozcan el mecanismo de la flotación.

De aquí al hallazgo casual substituyendo interinamente al fruto científico; el carácter del segundo de los grupos establecidos, en una palabra, el empírico-

-mo.

Esto es, ni puede ser, la finalidad de nuestros sabios el cultivo del empirismo, y con razón se ha dicho que los tiempos actuales son de análisis. Es de ver el afán con que á él dedican los médicos todos sus esfuerzos y con qué constancia y abnegación resisten á los fracasos. Estos y la inmensidad de la labor son precisamente los que no permiten abandonar al empirismo á pesar de sus miras poco elevadas. Sin embargo como método único, con frecuencia hay que acudir á él, que al fin y al cabo, no está exento de utilidad científica, como se comprenderá, si dejando aparte los resultados inmediatos, nos fijamos en que al prestar á la ciencia sus observaciones, éstas pueden servir de puntos de partida para ulteriores investigaciones.

Decimos ^{esto} para desvanecer la nubes-
-ta del ridículo (adulteración de la
-nda filosófica cuyas ventajas no pue-
-de proporcionar), a través de la cual
solamente quieren ver los hechos de
-ndole empírica, muchos médicos ge-
-neralmente jóvenes excesivamente sona-
-dores ó de espíritu poco reflexivo y obser-
-vador.

No desdenamos el ser empírico,
pues lo encontramos muy racional cuan-
-do no se puede ser otra cosa. Y en es-
-ta Memoria vamos a emitir concep-
-tos que hoy por hoy no tienen una
- explicación suficientemente clara, pe-
-ro que son ciertos y esto nos basta pa-
-ra aceptarlos.

Si no por otro motivo, por el he-
-cho de ser fruto de fría observación
-clínica, su valor, es grande y merecen

atención. Juntamente con ésta no dudamos obtener del docto Tribunal que ha de juzgar este trabajo la benevolencia que, compatible con el espíritu de justicia suaviza la misión del crítico ante los defectos indispensables á toda obra humana, que han de ser mucho mayores en quien todavía no ha apostado á la literatura médica fructo alguno.

Obligados, pues, á cumplir con uno de los preceptos que nuestra profesión impone para adquirir el último título honroso de nuestra carrera, nos fijaremos en nuestro trabajo en la Contribución al estudio del tratamiento de las artritis tuberculosas.

El concepto que de las artitis tuberculosas tenemos es que son lesiones locales dependientes de un estado general; tan exacto lo creemos que no se presentaría la lesión tuberculosa articular en un individuo si éste no ofreciese estigma patológica ni diérsica alguna que preparase al terreno para la implantación del germen de Koch. Así pues, al emprender el tratamiento de una artitis tuberculosa hemos de atender de una manera simultánea a modificar el estado general del paciente y a combatir la lesión local.

x
x x

a). Tratamiento general.- El plan terapéutico que es preciso desplegar para modificar el estado general del paciente es en principio sobradamente conocido por todo el mundo: un plan tónico-reconstituyente en el que se echa mano de recursos higiénicos, en lo dietético, aire puro, luz en abundancia y sobrealimentación muy azoada; y en lo farmacológico, preparaciones yodadas, fosfato de cal, aceite de hígado de bacalao, etc.

No es el objeto primordial de esta Memoria el tratar muy detenidamente este punto, pero toda vez que debemos estudiarlo, siquiera sea incidentalmente, exponeremos algunas de nuestras apreciaciones particulares respecto al mismo.

No creemos reporte grandes beneficios la ingestión forzada de grandes can-

-tidades de alimentos azoados, pues, como hemos tenido ocasión de observar, lejos de obtener lo que por tal medio se busca, puede contribuir a debilitar al enfermo gracias a los trastornos gastro-intestinales que determina la insuficiencia absoluta o relativa del poder digestivo. Nuestras dudas respecto a la falta de relación entre el apetito y el poder digestivo de los tuberculosos, que sirve de apoyo al tratamiento por la sobrealimentación, van cada día en aumento, haciéndonos augurar la pronta ruina de dicho tratamiento del que sólo podrá decirse que ha sido una ilusión más.

Los resultados de este tratamiento en tres clientes nos han inducido a no acentuar demasiado la nota al ordenar una alimentación abundante, y menos a emplear la sonda esofágica, principal

-mente en los casos de lesiones pulmonares. No limitamos á prescribir un plan alimenticio en que los elementos azoados entren en mayor parte y que guarde relación con el apetito del enfermo, apetito que procuramos estimular y aumentar en lo posible, en todo caso ya directamente por medio de los amargos administrados inmediatamente antes de las comidas, ya aumentando la potencia digestiva por medio de los fermentos y la medicación reconstituyente.

Respecto á los recursos farmacológicos hay que conceder la primacía, en nuestro concepto, á la medicación fosfórica y al aceite de hígado de bacalao.

No entramos en detalles respecto á la absorción y asimilación de los

Fosfatos, pues lo cierto es que ya por asimilación ya por estímulo de la nutrición, el fosfato de cal, particularmente bajo la forma de glicerofosfato, nos ha proporcionado excelentes resultados que creemos hubieran sido aun mejores en caso de haber podido administrar tal substancia por vía hipodérmica durante todo el tratamiento, á lo cual han opuesto gran resistencia los enfermos por considerarlo harto penoso.

Con el glicerofosfato puede hacerse alternar ventajosamente el hipofosfito de sosa á dosis de veinte centigramos administradas tres veces al día en solución ó en jarabe.

El estímulo que en todas las funciones del organismo evidentemente produce esta medicación se mani-

fiesta también sobre el estómago por un aumento del apetito y una mayor facilidad y rapidez en el trabajo digestivo, altamente beneficiosas para el paciente.

Otro recurso farmacológico poderoso es el aceite de hígado de bacalao. Los notables efectos benéficos que produce esta substancia en las caquexias por supuraciones óseas han sido puestos de relieve en época anterior á la nuestra por Brousséau y Pidoux; y, en efecto, hemos tenido ocasión de observarlos en nuestra corta práctica; de tal suerte, que estamos convencidos de que cuando una lesión tuberculosa ósea tiene extenuado al enfermo tras larga supuración, el único fármaco capaz de producir algún efecto benéfico es el aceite de hígado de bacalao.

Creemos además que dicho producto debe usarse en substancia, pues sus propiedades, conforme decía Müller no residen exclusivamente en ninguno de los distintos cuerpos que le integran, y de ningún modo la acción estimulante del fosforo y de algunos alcaloides, como la amilamina, la morruina y la hexilamina, pueden confundirse con la función de ahorro que de los albuminoides del organismo desempeña la parte grasa de tan precioso medicamento, función evidenciada por la disminución en la excreción de urea que se observa después de la ingestión del aceite de hígado de bacalao, del mismo modo que después de la ingestión de cantidades semejantes de otras grasas

No pueden, pues, substituirse

cionalmente al aceite de hígado de bacalao (ni la observación clínica apoya tal sustitución), los farmacos compuestos de extractos o de alcaloides de dicho aceite y un vehículo vinoso rico en alcohol que reemplazando la parte grasa son ofrecidos como ventajosas formas farmacológicas de administración de dichos alcaloides, a los cuales se atribuyen, partiendo de un falso principio, todas las virtudes de la substancia madre. Precisamente las grasas juegan un notable papel en el tratamiento de las lesiones óseas conforme observaron Dubois que empleaba con éxito el aceite de amapolas, Koppen que se valía del tocino ligeramente frito, Fossagives apelando á la nata fresca y Crousseau y Pidoux con sus célebres tostadas con manteca, gra

-sa, de la cual obtenian a dosis de 100 a 150 gramos diarios, efectos bastante analogos a los del aceite de hígado de bacalao.

En la práctica administraremos este aceite a mitad o después de las comidas para evitar los efectos nauseosos que produce en ayunas. Preferiremos los aceites ambarinos a los parados que son peor tolerados y cuyos efectos terapéuticos al decir de Dujardin Beaumetz son iguales. Las dosis por día para los adultos oscilarán entre tres y ocho cucharadas grandes según la tolerancia, no creyendo prudente la administración de dosis mucho mayores que además de causar diarreas no están exentos de peligros más serios según se desprende de los estudios de Rabuteau y otros autores. Respecto

á los modos de administración de la substancia que nos ocupa, variarían según las repugnancias y los gustos de cada enfermo.

Encontramos preferibles las emulsiones pancreatinadas, las cápsulas y las mezclas con cerveza espumosa, de modo que el aceite se ingiere entre una capa de espuma y otra de cerveza.

Si con el aceite de hígado de bacalao nos hemos mostrado optimistas, no podemos serlo tanto con la medicación yodada que, además de la facilidad con que produce síntomas más ó menos acentuados de yodismo (cefalalgia, coiza, lagrimeo, inyección conjuntival, ardor faríngeo, sialorrea, etc), su acción benéfica vista mucho de ser tan ostensible como con la medicación citada. Con razón dice el distingui-

do profesor de Pediatría, D.^o Martínez Vargas, que debe ser muy ineficaz la acción antituberculosa de las emanaciones yódicas que impregnan la atmósfera de los pueblos de la costa, cuando éstos suministran un contingente de lesiones tuberculosas de diferentes órganos, que no se distingue del de los pueblos del interior.

Asociado el yodo al tanino bajo la forma más común de vino yodo-tánico, tampoco son muy notables sus ventajas, a pesar de todo cuanto consta en prospectos y reclamos. Más aún: hemos considerado contraproducente este vino en los casos en que, residiendo la lesión tuberculosa en las extremidades inferiores, la acción del tanino unida a la falta de movimiento ambulatorio y al régimen alimenticio inca

-mente agudo, contribuye en gran parte a producir pertinaces estreñimientos de vientre, que sobre hacer mucho más penosa la situación del pobre enfermo, dan lugar a la astenia propia de un proceso de auto-intoxicación, dificultan la nutrición y exponen a procesos infectivos gastro-intestinales.

Para activar los fenómenos nutritivos y apoyándose en la observación clínica, no faltan médicos que añaden al tratamiento por el aceite de hígado de bacalao un tratamiento salino, valiéndose de fórmulas como la siguiente debida a Potain:

Aguá	_____	dos gramos
Cloruro sódico	_____	} sea 10 "
Bromuro sódico	_____	
Yoduro sódico	_____	1-ó-2 "

De cuya solución administra diariamente una cucharadita de las de café en ayunas en un vaso de leche.

También son útiles en este concepto las aguas minero-medicinales; y entre las muchas que en España poseemos, las clorurado-sódicas de la Hermita (Santander); las clorurado-sódicas bromo-yoduradas de Artijo (Comuña); las clorurado-sódicas ferruginosas de La Boja (Pontvedra); las clorurado y sulfatado-sódicas de Cestona (Guijizcoa); las clorurado-sulfurado-yodurado-sódicas de Gona (Barcelona); las sulfuro-sódicas de Carballo (Comuña) y las de Lugo, etc. Entre los manantiales extranjeros, que para nada necesitamos, gozan de gran predicamento las de Salies de Bearn, Bourboune les Bains (Haute-Marne), que son clorurado-sódicas como las de Wiesbaden (Hassau).

b) Tratamiento local de las artitis tuberculo-
-sas.—Dada la idea que inspira lo que sobre este
punto han discutido vamos á exponer, no
podemos resistir á poner como lema de es-
ta seccion del presente trabajo las signien-
-tes palabras de Verneuil.

"Le dépôt tuberculeux est un foyer
infectieux ou le traumatisme opératoire
n'est pas sans danger; ce trauma-
-tisme peut, en effet, inoculer les tissus
périphériques sains encore, en y in-
-sérant des germes échappés de la masse
caséuse; il ouvre ^{les} vaisseaux blancs et rou-
-ges, voies que pourrout parcourir les ba-
-cilles soit pour former là des colo-
-nies secondaires, soit même, péril plus
redoutable encore, pour envahir tous

les viscères ou se jeter sur toutes les se-
-rences." (1)

Una rápida mirada a la Anatomía patológica servirá para sentar con seguridad las bases en que hay que fundar el criterio tratándose del tratamiento local de las artritis tu-berculosas.

El tuberculo, lesión fundamen-
tal producida por el bacilo de Koch que encuentra terreno abonado en el indi-
-viduo débil y germina en el locus
minoris resistentiae que en nuestro
caso particular es la articulación, que
-se localiza en ésta, ya primitiva-
-mente en el tejido óseo, ya en la
sinovial. Esta última localización es,
en general, más frecuente de un
modo primitivo, en el adulto, mien-
-tras que en los niños la localización

(1) Verneuil - Étude sur la tuberculose - Fascículo 1º pag. 246.

articular primitiva más frecuente parece ser el tejido óseo.

De todos modos, el conocimiento de la topografía exacta de la lesión sólo tiene importancia en los primeros tiempos de su desarrollo, pues siguiendo este sus distintas fases progresivas, no tardan en atacarse todos los elementos de la articulación. Huesos, cartílagos, sinoviales y ligamentos están ya invadidos por el bacilo tuberculoso que determina en ellos las lesiones típicas cuya histología y evolución vamos a ver.

El tubérculo reciente (crudo-
gris) es un nódulo poco prominente, de color gris rosáceo, rodeado de una circunferencia inflamatoria roja. Su tamaño se compara comúnmente al de un grano de mijo,

aunque puede ser menor o sobrepasar dicho tipo.

Cuando viejo se presenta reblandecido por su zona central que adquiere una consistencia de pasta y un color amarillento, convirtiéndose en la llamada substancia caseosa que no es sino el producto de destrucción de la pequeña neoplasia, destrucción que en su marcha progresiva acabará por invadir hasta las zonas más periféricas.

Al microscopio, el tubérculo con caseificación incipiente, muestra en conjunto una escala gradual en la vitalidad de sus células componentes, que va de más a menos desde la periferia al centro. El Dr. Cajal divide esta escala de vitalidad en tres zonas que llama sucesivamen-

-te, a partir de la más periférica: sarcomatosa ó de tejido inflamatorio, de fragmentación nuclear y necrobiosis, y caseosa.

La primera está constituida en su mayor parte por elementos conjuntivo-embriónicos, entre los cuales se encuentran algunos apretados haccillos de tejido adulto, glóbulos blancos transmigrados y algunas células gigantes.

En la segunda zona se observan elementos semejantes, pero ya con el protoplasma palidecido de contornos difícilmente reconocibles, con núcleos fragmentados y capilares obstruidos.

En la tercera zona sólo se encuentran detritus y gotas grasientas.

En el lugar que ocupaba el tubérculo queda cuando este ha sido completamente desintegrado por el trabajo de caseificación, un hueso que ya puede cicatrizar, ya continuar ofreciendo pasto al bacilo que abundantemente pulula en él. Entonces la supuración y nuevas formaciones tuberculosas suceden al tubérculo primitivo.

Lo que no es este último el fin obligado del tubérculo, pues, conforme dice algún autor, el nódulo tuberculoso tiene una doble tendencia: plástica y destructiva.

Ya hemos visto que en la zona periférica había elementos conjuntivos jóvenes y en buenas condiciones de vida; pues bien, estos elementos son capaces de completar su evolución

organizándose en tejido fibroso, del cual, como hemos dicho, se encuentran ya comunmente algunos fascículos en dicha zona. Y, á menudo sucede, aun dentro de la primera fase evolutiva del tubérculo, que esta transformación fibrosa alcanza á las células en vías de necrobiosis y que el bacilo desaparece ya por falta de pasto, ya por la acción fagocitaria que seguramente tienen las células gigantes y los leucitos transmigrados.

Cuando la destrucción central se ha iniciado, los detritus celulares son englobados y los líquidos reabsorbidos.

Esta terminación favorable del tubérculo es la más común y la más fácil. Puede no obstante llegarse á un resultado igualmente

beneficioso al organismo por otros dos mecanismos: la transformación quística de Lannelongue y la calcificación.

La primera tiene lugar por envolverse el tubérculo en una cápsula fibrosa dentro de la cual van lentamente desapareciendo los elementos muertos y la masa caseosa que, al cabo de algún tiempo, queda reducida a una gotita de un líquido claro y transparente.

La segunda consiste en un depósito de sales calcáreas en la sustancia del tubérculo, cuyos elementos mueren petrificados, adquiriendo la pequeña neoplasia el aspecto de un granito de arena incrustado en los tejidos.

La lesión de conjunto ó sea

La artritis, es el resultado de la común evolución de las lesiones fundamentales ó sea los tubérculos. En las sinoviales se traduce, en sus primeras manifestaciones, por un derrame (hidrartrosis tuberculosa) y por la formación de fungosidades; los tubérculos aparecen diseminados por toda la membrana en diferentes fases de su evolución y a menudo con tal profusión que se unen por su periferia formando masas de tubérculos confluentes.

Cuando la evolución del tubérculo es destructiva, se ulcera la serosa, se invaden con facilidad si no lo estaban previamente los cartílagos, epifisis óseas, ligamentos y tejidos circunvecinos. Los detritus junto con leucocitos y plasma dan lugar al pus, que por ir cargado de bacilos, es un prode

como medio de propagación tuberculosa y puede formar ya in situ ya a más o menos distancia los abscesos que al abrirse al exterior producen las fístulas.

Cuando tienen lugar la transformación fibrosa las sinoviales quedan con asperezas y adherencias que raras veces permiten el restablecimiento total del funcionalismo articular y casi siempre determinan la soldadura (anquilosis) de las superficies articulares.

La lesión tuberculosa en las epífisis puede ser ya primitiva ya consecutiva a la de las sinoviales empezando por atacar respectivamente la médula o el periostio. En ambos se desarrolla el tubérculo tal como llevamos descrito, y al entrar este en destrucción caseosa, conviértese la primera en una masa pastosa amarillenta y es origen el segundo de colecciones

De pus al, por que de alteraciones de la forma ósea por una aberración de sus funciones propias.

Un trabajo de osteitis rarefaciente se verifica principalmente en torno de las lesiones medulares, y el corte del hueso deja ver la substancia esponjosa convertida en una serie de huecos comunicantes grandes y desiguales que llenos de los productos de destrucción medular, remedan groseramente los panales de miel. En este estado, la substancia esponjosa ha adquirido tan poca consistencia que se aplasta al menor esfuerzo y permite vaciar el hueso con grandísima facilidad mediante la cuchavilla cortante.

Los focos tuberculosos supurantes de la substancia compacta ayudan con su trabajo lento de mortificación (caries) ó rápido (osteonecrosis) á la destrucción intra-ósea,

produciendo en conjunto, cambios tales en las dimensiones de las superficies articulares, que éstas, desprotegidas además de la fuerza de los medios de unión, se luxan fácilmente, aún bajo la simple acción de contracturas musculares (luxaciones espontáneas).

Claro está que estos desastres no se realizan siempre. Del mismo modo indicado respecto de la sinovial, puede el tubérculo evolucionar en el hueso hacia una terminación favorable, sea en transformación fibrosa, quística ó calcárea. Suprimida entonces la lesión fundamental reabsorbense los detritus y al proceso de osteitis rarefaciente sustituye el de osteitis condensante y mejor ó peor reparado en estructura, forma y volumen el hueso vuelve á prestar sus servicios aunque casi siempre imperfectamente, por lo que á la mo-

-tilidad respecta, a consecuencia de las adherencias ó anquilosis. Bien pueden, no obstante, conformarse con esta imperfección, médico y paciente pues, salvo raras excepciones, es la consecuencia forzosa de todo tumor blanco; y cuando la anquilosis es completa, garantiza la no reproducción de la lesión local ya por suprimir traumatismos intraarticulares, ya por las malas condiciones de vida que el tejido escleroso ofrece al báculo de Koch.

Vemos, pues, que el organismo dispone de medios naturales para la curación de las artitis tuberculosas, medios, que entran en acción en circunstancias abonadas y cuyo resultado final, la anquilosis, puede dejarnos satisfechos en el supuesto que no deje al miembro en actitudes tales que imposibiliten ó di-

funcionen en gran manera sus natura-
-les funciones.

Claro está que la primera de las
circunstancias aludidas es que la arti-
-culación permanezca inmóvil. La in-
-movilización es altamente beneficiosa,
pues evitando rozos y presiones entre
las dos superficies articulares supri-
-me una importante causa de do-
-lores y de desgaste óseo (Ostito ulceroso
de Volkmann). Por otra parte, Keyser
ha demostrado y todos hemos podido obser-
-var, que la inmovilización prolongada
puede producir por si sola el trabajo
de esclerosis y anquilosis tan deseado.

Esta inmovilización se obtiene
con vendajes enyesados ó silicatados en
las extremidades superiores, y con tales
vendajes, y mejor con los aparatos de
extensión continua en las inferiores.

En estas cuando están afectas de coxartrosis ó gonartrosis de marcha aguda muy dolorosas y con rápida producción de actitudes viciosas, la extensión continua es un recurso insustituible para vencer la contractura muscular. Si no se alcanza este primer periodo y se encuentra el miembro bajo la acción de la retracción de sus tejidos, la extensión continua aún sería útil por distender gracias á un peso mayor ó menor los tejidos retráctos, lo cual en algunos casos debería ir precedido del enderezamiento forzado del que luego volveremos á ocuparnos. Una compresión metódica de la parte afectada, obtenida con los mismos vendajes sería también muy útil por favorecer la reabsorción de los exudados.

Para que la actitud del miembro

anquilosado no sea demasiado perjudicial ó del todo incompatible con las funciones del mismo debe hacerse la inmovilización en posición adecuada á cada articulación, y ya es regla que el codo debe colocarse en semi-flexión y semi-pronación del antebrazo; la muñeca, la cadera, y la rodilla en extensión respectivamente de la mano, el muslo, ó la pierna; y la articulación tibio tarsiana dejando el pie en ángulo recto con la pierna.

Esto obligará á veces, por intervenir en épocas en que el miembro enfermo haya tomado actitudes viciosas, á practicar previamente maniobras destinadas á corregir dichas actitudes (que bien pueden ser hijas de luxaciones espontáneas) de un modo violento, con ó sin ayuda del cloroformo para ven-

-er contracturas musculares ó reducir las luxaciones si es posible y los destrozos no han tomado demasiado incremento para poder garantizar la soldadura ósea y la falta de peligro de la reducción.

Conseguido esto y fijo el miembro en la actitud deseada basta en los casos afortunados atender al plan reconstituyente para obtener la curación en un plazo más ó menos largo. Desde tiempo inmemorial hay la tendencia que podríamos calificar de natural en médicos y enfermos á aplicar tópicamente algo con que se intenta combatir el proceso articular, fundándose ya en el empirismo ya en teorías más ó menos sólidas y corroboradas por la práctica.

Los recursos más aceptables empleados con este fin son: la revulsión, las inyecciones de cloruro de zinc, del D.^o Lanne

-Lengue, la ignijuntura y los antisépticos dentro de los trayectos fistulosos.

La revulsión es en general, en los modernos tiempos objeto de múltiples dudas y ataques que tendrían su fundamento hasta cierto punto si se pretende explicar el mecanismo de su acción, respecto del cual casi se puede repetir lo de Broussseau: "Nos sería muy difícil determinar el modo misterioso con que obran los revulsivos." Pero lo cierto es que actualmente éstos continúan usándose, incluso por prácticos eminentes, en los mismos casos que antiguamente, y por lo tanto, también en las artritis tuberculosas.

Respecto á éstas véase traducido lo que en la anotación de la p.^a 465, tomo 5.^o de su Exposé des resections dice el malogrado Ollier: "Parece que haya contradicción entre el empleo de los revulsivos y la doc

-tina de la naturaleza infecciosa de la tuberculosis; y se puede preguntar qué es lo que hacen los vejigatórios ó los puntos de fuego contra un germen morboso que reside fuera de su alcance.

"Basta no obstante admitir la posibilidad de la curación espontánea de las neoformaciones tuberculosas (y la observación diaria confirma esta proposición) para comprender la utilidad de los revulsivos. Ellos actúan, cuando menos, contra los procesos inflamatorios que preceden y acompañan siempre más ó menos la evolución de los tuberculos. Deteniendo la neoplasia inflamatoria, impiden que el tuberculo se extienda, falta de terreno favorable. La compresión y la inmovilización obran en el mismo sentido.

"Sea lo que sea la explicación, los

revulsivos prueban á menudo su eficacia, haciendo abortar las periostitis ó las artritis que se desarrollan en sujetos afectos ya de tuberculosis en otros órganos." nos.

Como se ve por lo dicho, que bien puede considerarse como el reflejo del estado actual de los conocimientos respecto á la terapéutica revulsiva, esta partici-
-cipa aún mucho del carácter empírico á que aludimos al principio de este trabajo. Pero á pesar de esto y de desconocerse el mecanismo de la transposición, derivación ó sustitución (como se llame) que con la revulsión se obtiene, bien podemos exponer, respecto á su empleo en las artritis tuberculosas, algunas consideraciones sumamente racionales.
¿Se puede realmente atenuar y hasta resolver una lesión tuberculosa intracar-

-ticular á beneficio de otra lesión artificialmente producida en los tegumentos de la región afecta?

Fundadas en nuestras observaciones podemos contestar que es posible en muchos, y aún cree^{mos} que en todos los casos, siempre que la lesión curativa guarda relación con la tuberculosa en intensidad, extensión y duración.

En no atender debidamente á estas tres condiciones está en nuestro concepto, la causa más frecuente de los fracasos de la revulsión en las lesiones de que nos estamos ocupando. Por esto Boyer que, fino observador y dotado de gran intuición, empleaba tanto los vejigatorios en estos casos, no pudo acabar de convencer á sus contemporáneos y menos á sus posteriores. Por esto ha caído en des crédito la revulsión.

Preisemos el problema: los revulsivos que sobre los tumores blancos se emplean exclusivamente son: la tintura de yodo, los vejigatorios y los puntos de termo-cauterio. Pues bien; fijándonos bien en ellos no nos será difícil hacernos cargo de su insuficiencia.

Así, siendo la base en que se apoya la revulsión, la sustitución de una lesión por otra, ¿cómo pueden reemplazar a una lesión de tanta monta como una tuberculosis articular en pleno desarrollo, las seveñas dermatitis pasajeras producidas por las embrocaciones de tintura de yodo repetidas de vez en cuando?

Y en efecto, la clínica está demostrando diariamente su ineficacia, lo cual prueba también, de paso, que poco hay que esperar de la proporción de yodo que

se absorbe por la piel.

Respecto á los vejigatorios cantaridados hemos de decir lo mismo, pues si bien su acción es más energética, en cambio, resulta demasiado rápida, por cuanto á las diez horas á lo sumo está ya completada, y entonces es imposible continuar la revulsión por impedirlo la acción tóxica de la cantaridina, cuyos efectos renales, vesicales, nerviosos, etc. no se harían esperar.

Los vejigatorios amoniacales también deben ser de uso restringido por su acción rapidísima y profundamente destructora á poco que se descuiden.

Por fin: el martillo de Mayor de acción muy energética y dolorosa, pero menos peligrosa que la de los dos anteriores, no tiene demostrados sus efectos curativos (dudosos por su acción demasiado rápida),

pues en la clínica su uso es cada vez más limitado.

Si dejando aparte los vejigatorios nos fijamos en el termo-cauterio, también encontraremos en él una acción revulsiva enérgica, pero desgraciadamente poco aprovechable por ser excesivamente destructora, lo cual no permite emplear tan precioso medio sino con grandes intervalos de tiempo. Así por ejemplo el plan que más á menudo se sigue es el que propone Billaux, consistente en aplicar cada ocho dias una serie de puntos de fuego, despues de los cuales ejerce una compresión moderada sobre la región afecta por medio de un apósito algodónado que se renueva en cada aplicación.

Ahora bien: si apesar de todas estas deficiencias se obtienen con los revulsivos

Los buenos resultados no sólo citados por Ollier sino también observados por otros muchos prácticos, ¿no es de creer que la revulsión sería un recurso curativo poderoso el día que se diese con el revulsivo ideal? Lógicamente creemos que sí, pero nos afirmamos en este criterio después de observar una serie de casos de curación de artritis tuberculosas, gracias á un tratamiento de dominio vulgar al que hasta ahora habíamos ^{nos} desatendido en las distintas ocasiones que de él se nos había hablado.

Se trata del uso continuado diariamente de unas cataplasmas preparadas con migas de pan impregnadas de una solución caliente próximamente al cuatro y medio por ciento, de la sal llamada vulgarmente sal

de tartaro ó sea el sub-carbonato potá-
sico.

Estudiados detenidamente algunos de estos casos nos fuimos haciendo cargo de que se trataba de un nuevo medio de revulsión que reuniendo condiciones especiales que no reúnen los citados, disminuía sus inconvenientes y resultaba en consecuencia mucho más eficaz para combatir el proceso tuberculoso articular.

En efecto: la solución citada aplicada en fomentos sobre la piel de la región afectada, da lugar á una erupción pustulosa que recuerda la de la viruela discreta. Las pustulas hacen su evolución completa rompiéndose por fin, dando salida á un líquido sanguineo-purulento, quedando después una úlcera por la que

sale sangre negra y que al renovar las curas produce agudos dolores superficiales que al cabo de algunos días son cada vez menores y el enfermo los tolera gustoso al notar que los intra-articulares van cediendo hasta desaparecer.

Cuando hay absesos ya muy superficiales, estas lesiones cutáneas precipitan á menudo su abertura, lo cual contribuye en gran manera al alivio.

Otras veces, y esto sucede casi siempre al cabo de cierto tiempo del tratamiento, la acción se limita a una mortificación de la epidermis que se va renovando periódicamente dejando la superficie cutánea de un color rojo vivo.

Ahora bien: este trabajo de flogosis cutánea determinado por la substancia

de que nos ocupa es intenso y puede hacerse tan extenso como se quiera, pues no produce intoxicación y por su poco peligro permite aplicar la tal substancia aún biotidianamente exigiendo pocos y cortos períodos de tregua.

Tales son los motivos que nos hicieron adoptar en nuestra práctica la revulsión por el subcarbonato, por encontrar en esta sal ventajas indiscutibles sobre los otros medios de revulsión expuestos, ventajas que casi hacen de ella el revulsivo ideal á que antes hemos aludido.

De todos modos hemos modificado algo el tratamiento vulgar, sustituyendo el pan por el algodón en rama, pues creemos que el pan no desempeña otro papel que el de vehículo de la substancia activa. El algodón, sobre ser de menos engorrosa aplicación, tiene la

ventaja de que no produce fermentaciones y de que puede usarse aséptico en los casos de abertura de los trayectos fistulosos.

Hacemos cortar un trozo de algodón en rama que medianamente apretado tenga un grosor de tres centímetros aproximadamente y una extensión suficiente para cubrir del todo la región afectada. Se impregna este algodón con la solución muy caliente de subcarbonato al cuatro y medio por ciento, se escurre ligeramente y se rodea con él la articulación enferma.

Cúbrese después el todo con una tela de Billroth y un vendaje ligeramente compresivo.

Toda la cura se renueva dos veces por día.

Cuando las úlceras consecutivas a las fistulas son muy numerosas y causan demasiada molestia al paciente.

-te, se suspende por dos ó tres dias la aplicación del subcarbonato y tratamos dichas úlceras por una solución bórica y ^{una} pomada con dermatol, con cuyos medios pronto vuelve la piel á quedar apta para la aplicación del revulsivo.

Excesado es decir, que asociamos á este plan, el reposo en posición adormada, la mejor alimentación posible y el uso interno de los fosfatos, del aceite de hígado de bacalao ó de algun otro de los medicamentos reconstituyentes expuestos.

Continuando este tratamiento durante un tiempo variable segun la cuantía de la lesión, pero que en general oscila entre uno y dos años y medio (pues no es lo mismo tratar una hidrartrosis que una artitis llegada á la supuración), los buenos efectos por nosotros observados han sido tan notables que no vacilamos

en proponer el empleo sistemático de tal tratamiento y creemos que cuando en él se hayan fijado los límites sería el preferido entre todos los no cuarentos actualmente en boga.

Y no se crea a priori que con esto se pierda un tiempo precioso aprovechable para la intervención quirúrgica, pues, dejando a parte nuestro parecer respecto a las indicaciones de esta última, hemos de manifestar que se aplaza sin recelo al notar los resultados de las primeras épocas del tratamiento y, cuando menos, hay la seguridad de que la articulación no empeora, al contrario, en todos los casos que llevamos observados, lejos de empeorar se coloca en condiciones cada vez mejores, tanto para permitir esperar la curación por medios no cuarentos como para afrontar los peligros de la intervención quirúrgica en

caso de decidirse por ésta en virtud de razones especiales.

Véanse ahora los casos en que hemos fundamentado nuestra opinión.
D. E. G. y X., natural y vecino de Barcelona (Calle de Bailén 27-30-13). Temperamento linfático-nervioso, poco robusto, sufrió hace unos cuatro años (cuando contaba diecisiete de edad) una caída que le produjo una torcedura acompañada de la consiguiente sinovitis aguda simple de la articulación radio-carpiana derecha; resultó difícilmente tal lesión se reprodujo pocos meses después á consecuencia de un segundo traumatismo; la resolución completa no llegó esta vez á realizarse y á los cinco meses la articulación volvió á hincharse lentamente, al mismo tiempo que se acentuaba un dolorillo gravativo, que además de entristecer al enfermo

por su persistencia, se excitaba á la presión, al movimiento de la mano y aún al de los dedos, lo cual le imposibilitaba dibujar y escribir, siéndole indispensable educar la mano izquierda. Entretanto la región lesionada junto con su antebrazo se atrofiaban sensiblemente, adquiriendo la mano un tinte mor-tuino y adelgazándose las uñas que tomaron un color amarillento. - El estado general del enfermo era poco satisfactorio: palidez, inapetencia, temperatura normal ó por debajo de ella y en fin, un cuadro de astenia psico-física muy acentuada.

En aquella fecha, y siendo alumno del primer curso de Clínica quirúrgica y, amigo antiguo de la familia del enfermo nos enterábamos de la marcha de la lesión diagnosti-

-cada de sinovitis crónica, probablemente tuberculosa, diagnóstico que aseguró el médico de la familia, quien en consecuencia trató al enfermo por las medicaciones apropiadas, empleando tópicamente de un modo sucesivo la tintura de yodo los vejigatorios y el termo-cantárico, todo en balde, pues en marcha progresiva la lesión, era ya seguro que se había propagado al elemento óseo del ~~car-~~po, principalmente al escafoides, y al del antebrazo sobre todo a la extremidad y apófisis estiloides del radio, puntos donde habían focos dolorosos y fluctuación manifiesta.

Racionalmente propuesta por el Dr. Cardenal la intervención quirúrgica, fue rechazada por la familia, que llena de temores, buscaba la curación en recursos no cuantos, decidiéndose a en

-sagar los fomentos de subcarbonato que se les habian propuesto repetidas veces por una familia amiga.

Apareció la lesión cutánea descrita, al mismo tiempo que cediendo los dolores intraarticulares, la lesión decrecía lentamente y mejoraba el estado general del enfermo, cuyo abatimiento moral desaparecía por la sugestión del éxito.

Un proceso de reabsorción acabó con las zonas fluctuantes, el movimiento de los dedos se verificaba sin dolor, y al cabo de un año se podía augurar una terminación feliz del proceso, que fué efectiva á los veintidos meses de empezado el tratamiento, no quedando de la lesión más que un ligero adelgazamiento y una anquilosis de la articulación.

2.º - M. M. E. - Señorita residente en Barcelona (calle de la Fuente de S. Miguel) Desde hace bastantes años. Cuenta unos veintisiete de edad y es de temperamento nervioso y de escasa robustez.

Llevada por su firme vocación, ingreso, hacia unos cuatro años, en una de las órdenes religiosas más austeras de Barcelona. Los rigores de la vida monástica se hicieron pronto incompatibles con su salud delicada, determinándola una anemia profundísima y una neurastenia que la obligaron a abandonar el claustro antes de hacer los votos definitivos. No tardó en quejarse de un dolorillo en la articulación humero-cubital izquierda, tomado al principio como reumático, pero que lejos de ceder al tratamiento fue acentuándose lenta y progresivamente reu-

-ciendo con los movimientos del antebrazo, al par que se deformaba el codo con un aumento de volumen más notable aún, por contrastar con la delgadez del antebrazo, cuyos músculos empezaban á presentar señales de atrofia.

En esta fecha se había diagnosticado la lesión de codartrosis, por distintos cirujanos, entre ellos los D.^{tes} Cardenal y Esquerdo. Juntamente con un plan dietético-reconstituyente se ensayaron, además de todos los revulsivos, la inmovilización en semi-flexión por medio de un vendaje de yeso, con todo lo cual no se logró resultado favorable alguno, pues á los diez meses de iniciada la lesión percibíase fluctuación bien manifiesta y ofrecía la enferma temperaturas oscilantes entre 37° y 39° y una extremada prostración, á la que contribuían en gran manera los

dolores cada vez más acerbos y excitables.

En este estado no quedaba lógicamente otro recurso que la resección, con reservas respecto á la amputación, antes de proceder á la cual, se aplicaron por vía de ensayo las citadas cataplasmas de pan y subcarbonato.

Durante los quince primeros días los efectos benéficos del tratamiento no fueron muy notables; se produjo la erupción pustulosa y los dolores remitieron ligeramente; pero poco tiempo después se abrieron dos trayectos fistulosos por los cuales empezó á manar abundante pus con fragmentos calcáreos, y gracias á esta gran evacuación, la lesión se hizo mucho más tolerable, animando para continuar el tratamiento durante los veintiocho meses que van desde la aparición de las fistulas hasta la fecha actual en que han dejado

de manar, quedando la articulación casi reducida a su volumen normal, sin fluctuación, completamente indolora y con insignificante movimiento de flexión del antebrazo. Sin temperaturas y en buen estado de nutrición y de energías físico-psíquicas, la enferma cose, borda, se lleva ambas manos a la cabeza para peinarse y se dedica a los quehaceres domésticos sin dolor ni fatiga alguna.

3.º - J. B. y S.; natural y residente en San Félix de Guichols (Gerona) de edad de treinta años, temperamento linfático. Le vimos hace dos años en ocasión en que había ido a reunirse con parte de su familia residente en San Andrés de Palomar, en busca de consejo para su estado que era realmente deplorable. Desde hacía cinco años aquejaba dolores en la articulación fémoro-tibial derecha que se había ido

hinchando hasta un volumen doble del normal, al mismo tiempo que dificultaban -dole cada vez más los movimientos y la función de sostén del cuerpo, le obligaba a permanecer constantemente sentado o tendido. Una mano hábil había evitado las actitudes viejasas y el miembro estaba inmovilizado en extensión desde principios de la dolencia.

Cuando le vimos, los dolores espontáneos eran intolerables y la fluctuación bien manifiesta. El estado general era detestable: Demacración suma, inapetencia y temperatura que no bajaba de 38° . Temíamos que aquello acabara con una amputación y así lo indicaron eminentes cirujanos de Barcelona, y lo de siempre: la familia y el enfermo aterrizados, buscando el modo de eludir el cumplimiento de la fatal sentencia. Y la sal

potásica llegó á sus manos con la fama de recurso salvador que motivó su empleo inmediato que dió lugar á los pocos dias á la salida del pus por trayectos fistulosos á través de los cuales el estilete llegaba al hueso y evidenciaba sus caries.

Con los dos años que aproximadamente lleva de tratamiento ha cambiado por completo la situación del enfermo; anquilosada la rodilla, reducido su volumen á poco menos del normal, tiene ya cerrado uno de sus trayectos y el otro apenas si supura y promete una oclusión pronta. Completamente indoloro el miembro permite la locomoción con el auxilio de un bastón que el enfermo ya empieza á abandonar.

Los tres casos siguientes no son de observación directa; ya por su antigua fecha ya por otras causas no hemos podido

presenciar la marcha de la dolencia, pero en uno de estos casos (que es el que á continuación apuntamos) nos hemos cerciorado de los resultados por conocer á la enferma objeto de tratamiento.

4.º - J. P. A. Señorita de veintitres años de edad, natural y vecina de Barcelona (Calle de Bailén). Temperamento linfático.

Ofrece un buen estado de salud y tiene anquilosada la articulación coxo-femoral derecha, desde hace diez años, á consecuencia de una artritis tuberculosa que cedió únicamente con las cataplasmas de juan y subcarbonato continuadas por espacio de veintinueve meses consecutivos.

Por indicación de su familia se aplicó el subcarbonato en el primero de los casos que citamos.

5.º J. V. G. de S.º Andrés de Palomar, de edad treinta y cinco años y de profesión Barbero ofre

cia anquilosada la rodilla derecha y la
juerna algo atrofiada á consecuencia de
una artritis tuberculosa con trayectos fis-
-tulosos que habia curado con el subcarbo-
-nato empleado como en los casos anteriores.

No podemos dar más detalles de este caso,
que sospechamos fue muy interesante, pues
el enfermo falleció tiempo atrás á consecuen-
-cia de una pneumonia y su familia se
ausentó del pueblo.

6.º- Sr. Sr. Sr. Vecino de Barcelona (Calle-
-Aneha) de dieinueve años de edad. Curó
con el subcarbonato, hace ya cinco años,
de una artritis tuberculosa tibio-tarsiana
consecutiva á un traumatismo. El trata-
-miento duró veintitris meses.

Como detalle curioso nos citaron que este
enfermo monta ahora sin dificultad, nue-
-ve horas en bicicleta.

Actualmente ensayamos con éxito

el tratamiento por el subcarbonato en una niña de once años que vino á nuestra consulta, afecta de coxartroceace con fuerte contractura de los aductores, desaparición de los pliegues inguinal y glúteo y agudos dolores espontáneos que se exacerbaban por la presión sobre el trocánter mayor ó por la transmisión de la ejercida sobre el talón. La lesión databa de cerca de dos años y era relativamente bien tolerada por la enferma cuando (en cinco de Julio último) empezamos la revulsión por aquella sal colocando el miembro afecto en extensión continua con un peso de dos kilogramos.

Ha aparecido la lesión cutánea tímica que ha motivado tres suspensiones del tratamiento que no han pasado de cinco días de duración. No se ha abierto al exterior fístula alguna y no parece haya

pus en la articulación ni en las regiones vecinas. Los dolores espontáneos han cesado, al igual que la contractura, y sólo la presión fuerte sobre el trocánter determina algún dolor de escasa intensidad. La tumefacción es menor y de nuevo se empiezan á dibujar los pliegues glúteos e inguinal.

Como se ve, este caso, si bien no curado, dado el poco tiempo de tratamiento, puede considerarse en vías de curación, y aunque en ella tendría su parte la extensión continua y el tratamiento general, hay que confesar que no estamos acostumbrados á notar tan rápidos resultados y de tanta monta con estos dos medios solamente.

Nos fijaremos ahora en los otros dos recursos tópicos más comúnmente empleados: Las inyecciones de cloruro de

Zinc del Dr. Lannelongue y la igniun-
-tura.

El empleo de las primeras se fun-
-da en el poder esclerógeno notable que tie-
-ne el cloruro de zinc en soluciones algo
concentradas (del 10 por 100 arriba).

El trabajo flogístico que determinan
en los tejidos inyectados produce un rápi-
-do y cuantioso aflujo de elementos embrio-
-narios que organizándose pronto constitu-
-yen un tejido fibroso muy denso. Pero ade-
-más, Lannelongue y Achard han observa-
-do que estas soluciones matan los elemen-
-tos anatómicos, no sólo en el punto en
que han sido depositadas sino también
á una distancia bastante grande, oblite-
-rando muchos capilares y pequeños va-
-sos. Si á esto añadimos la acción anti-
-séptica (también estudiada por Pettenkofer
y Gröbkhansen) que tienen aún las solu-

-ciones al 2%, comprenderemos lo racional del tratamiento de Lannelongue, pues mata las fungoidades y acaba con el baer-lo, ya por acción directa ya por el mal terreno de cultivo que el tejido fibroso repre-senta.

Pero no es este tratamiento muy prodi-go en curaciones, y se comprende, por la im-possibilidad de presar desde fuera la exten-sión del proceso intraarticular.

Por otra parte, si bien no hay contrain-dicación para hacer en el seno de las fun-goidades, diversas inyecciones de dos ó tres go-tas de la solución citada, no es prudente practicar dichas inyecciones en las regio-nes donde las sinoviales reciben sus vasos, y como dice el mismo Lannelongue hay que evitar el hacer penetrar la solución en una cavidad articular, pues si bien así se atacan con más seguridad los tejidos

patológicos, también se acaba con todo elemento sano y pueden producirse gangrenas peligrosas.

Se comprende, por lo tanto, que este método solamente podría dar resultado en los casos afortunados de lesiones poco extensas, fácilmente aseQUIBLES y separadas suficientemente de los vasos, lo cual no es, por desgracia, lo más común.

La iquimantura persigue el mismo fin que el tratamiento de Lannelongue por un mecanismo análogo, y á él se pueden aplicar las mismas razones anteriores.

Falta ocuparnos de los tópicos antisépticos empleados cuando el pus se ha abierto paso al exterior.

Los más poderosos aunque á menudo impotentes son las soluciones yodoyoduradas (con un 5 ó 50 p^o de yodo) y el yodo-

-doformo disuelto en éter en la proporción de 10 gr^o ó bien emulsionado del 10 al 20 gr^o con un vehículo graso esterilizado que puede ser el aceite de olivas ó la vaselina líquida.

Para obtener los mejores efectos posibles se recomienda inyectar de 10 a 30 cms³ de emulsion yodoformica dentro la cavidad articular practicando luego un ligero masaje para facilitar la difusión

A pesar de esto, se comprende que no siempre sería posible alcanzar todas las partes enfermas y de ahí los distintos fracasos obtenidos por este tratamiento

x x x.

De todo lo dicho resulta que entre los tóxicos que pueden emplearse en el tratamiento de las lesiones tuberculosas óseas ó sinoviales, es el subcarbonato potásico el que ofrece más garantías de éxito.

Vistos los casos clínicos presentados no creemos que pueda rebatirse tal afirmación, pues no podría objetarse que la simple inmovilización acompañada del tratamiento general haya conseguido tan preciosos resultados, y ya hemos visto en casi todos los casos citados, que los enfermos llevaban años enteros de reposo articular empeorando a pesar de esto.

El único argumento que en contra podría tener algún ^{valor} sería el de que el número de casos es reducido. Pero si bien es cierto, también lo es, que tales casos son bien observados, que algunos de ellos resultan notabilísimos a causa del incremento alcanzado por las lesiones, y por fin, que son todos los de tumor blanco tratados por el subcarbonato, que hemos podido recoger, y sin fracaso.

¡Significa esto que proclamamos este tra-

-tamiento como el único, el insustituible por su eficacia absoluta?

Hoy por hoy no nos creemos autorizados para tanto, pero si sostenemos la necesidad de no desconfiar sistemáticamente de todo tónico, o renunciar á ellos para emplear el bisturí cuando han fracasado algunos reigatorios ó algunas embrocaciones de tintura de yodo.

Esto nos lleva como por la mano á la discusión de la oportunidad de la intervención quirúrgica. No hay duda de que es necesario limitar el campo á ésta que tiene excesivamente entusiasmados á muchos cirujanos, y que en nuestro concepto resulta muy á menudo funesta para los pacientes. En efecto: las intervenciones cuantas de mayor ó menor cuantía que en las artritis tuberculosas se practican, responden todas á una idea que las sintetiza:

extirpar todo el tejido enfermo.

El problema práctico que esto entraña no es de fácil resolución, pues si bien teóricamente se habla de arrectomías, resecciones y amputaciones, lo único que puede dar cierta seguridad de haber acabado con la tuberculosis es la amputación por encima de la lesión y en tejido lo más sano posible aparentemente. Y decimos cierta seguridad teniendo en cuenta, por una parte lo difícil que resulta asegurar a simple vista la normalidad del hueso, y por otra, lo que decía Ollier en su comunicación a la Sociedad de Medicina de Lyon:

"En principio, las amputaciones poner
" más al abrigo de la infección secundaria
" que las resecciones, pero nunca constituyen
" una operación radical. Los gánghlios pro-
" fundos e inaccesibles invadidos ya por la tu-

"-berculosis subsisten en ambos casos."

Pues bien: si esto es cierto al tratarse de la amputación; ¿qué no había que temer cuando no se acude a una intervención tan radical?

Lucas-Championnière entusiasta de la resección de la rodilla siempre que, como es común, la lesión tuberculosa deba terminar por anquilosis, dice con razón que para que ^{aquella intervención tenga todo su valor en ese caso} los huesos ^{que} no estén muy invadidos y que el cirujano pueda extirpar la totalidad de la substancia atacada de tuberculosis. Esta sola condición debería atenuar mucho los entusiasmos en pro de la intervención sistemática, pues como dice Delorme, no es creíble que la resección extirpe ni sea siempre capaz de acabar con todas las partes enfermas, sea cual fuere la forma y la extensión de la incisión, y el cuidado que se tenga en extirpar con las

tijeras y la cucharilla.

Y no hay que decir que las operaciones de menor cuantía, hechas con un fin económico, son las más expuestas á la insuficiencia y peligros consiguientes, pues salta á la vista y viene corroborado por la observación diaria y por lo que consignan Verneuil, Ollier y el mismo Lucas Championnière que condena en absoluto las medias operaciones que se designan con el nombre de raspado, pues su resultado ordinario, dice, es favorecer para el porvenir la difusión de la tuberculosis.

No somos, pues, en general, partidarios de la intervención quirúrgica, aunque la admitamos en los casos que luego precisaremos. No comprendemos cómo puede haber intervencionistas sistemáticos, pues su criterio sólo estaría justificado cuando judicase decirse: Las artritis tuberculosas no son curables por

medios no cuantos; la intervención quirúrgica acaba con las lesiones tuberculosas. Pero
barto sabemos por experiencia clínica que no
es cierto este último extremo, y la misma ex-
-periencia quita el carácter de absolutos a los
terminos del primero.

Y, siendo así, en qué apoyan su criterio? En
tesis general creemos que en dos puntos prin-
-cipales: en el temor del avance de las lesiones y
en los éxitos operatorios que constan en las es-
-tadísticas. En algunas articulaciones en par-
-ticular se alega como motivo los resultados
funcionales; así en el reciente Congreso Francés
de Cirugía parecen haber prosperado las ideas
de Lucas Championnière que tiende a poner
de moda la resección de la rodilla por la ra-
-zón de que la anquilosis con acortamiento
es preferible (infinitamente, dice este cirujano, no
sé por qué) a la anquilosis con longitud nor-
-mal.

A los temores prematuros del avance de las lesiones no se les debe conceder valor alguno, pues una observación asidua del enfermo permite ponerse en guardia contra tal avance que no es un hecho fatal cuando se acude a un tratamiento apropiado. Prueba de ello son no sólo los casos por nosotros expuestos, sino tambien los exitos notables que aun sin apelar al subcarbonato han obtenido los partidarios de la expectación. A ésta han acudido hombres de tan claro criterio como el Doctor Mariani del Hospital de la Píncesa, de Madrid, y no han tenido por qué arrepentirse. Aun en casos tan comprometidos como los de tumores blancos supurados y con fistulas antiguas muchos cirujanos alemanes, Braun entre ellos, suministran un contingente considerable de curaciones con el empleo del yodoformo inyectado en solución etérea ó en emulsión con aceite de olivas ó vaselina líquida tal como

Revisamos dicho anteriormente. Y para terminar la serie de argumentos de índole crítica recordaremos que á propósito del coxartrocace que es el que más fama tiene de incurable dice Kilbaur: "algunos de nuestros colegas extranjeros practican una verdadera resección cuando no existen todavía supuración ni fistulas. Por mi parte no me adhiero á este parecer por que á beneficio del tratamiento arriba descrito (extensión continua) curamos en definitiva gran número de coxalgias, sobre todo cuando intervinimos desde el principio". (Kilbaur, Cirugía clínica; tomo II).

Respecto á las estadísticas de éxitos operatorios hemos de confesar que ninguna nos ha dejado suficientemente satisfecho para convertirnos en operador sistemático. Todas tienen sus puntos fuertes y sus casos malos mejor ó peor disimulados y estos son los que deben servir de cortajusa á la mano armada.

Dice Lucas Chanyionnière para hacer la apología de la resección como tratamiento único de la tuberculosis de la rodilla:.... "he practicado 113 resecciones sin muerte operatoria". Creo que hoy ya no hay que vanagloriarse de tales resultados sino que hay que dejar de ser cirujano cuando no se obtienen; y resulta inocente, por tanto, comparar como hace este cirujano dicha estadística con la mortalidad de 57% que según Penhieros producía aquella operación en Francia en 1869.

Esto es precisamente la mortalidad operatoria la que debe preocuparnos. Los resultados inmediatos a pesar de su valor son en nuestro concepto, los que menos han de servir al médico para fallar en este pleito. Son los otros, los resultados tardíos, los que no ve el cirujano en una clínica de una capital de la que salen los éxitos brillantes, los enfermos curados, que van a morir de tuberculosis generalizada en un

-ción de pueblo al que no llegan las observaciones, base de las hermosas estadísticas que salen á relucir en Academias y en periódicos profesionales.

No decimos que solamente por el hecho de abrir una articulación afecta de tumor blanco se vea el enfermo irremisiblemente condenado á la tuberculosis generalizada, pero sí, que el número de los enfermos que de tal modo terminan es demasiado considerable para prescindir en las indicaciones operatorias de una moderación que ya se empieza á echar de menos por los médicos que no podemos ver resueltos tan pronto problemas de tanta transcendencia. Y que lo que decimos es cierto, lo acreditan las observaciones concienzudas de distintos prácticos y además tres notables casos clínicos por nosotros recogidos. Tenemos á la vista una tesis fechada en 1881 debida

a un médico francés, el Dr. Peroux, en la que resalta claramente la corta duración de los éxitos en las operaciones cuentadas por lesiones tuberculosas óseas. Los doctores Verchère y Metaxas ofrecen una estadística de 55 casos de meningitis tuberculosa post-operatoria.

Versuill, Szuman, Poncet, Luenn y Grélat aportan nuevos datos en apoyo de lo dicho, con sus casos de intervención quirúrgica por lesiones tuberculosas seguida de terminación funesta por infección general.

Los casos que podemos presentar son los siguientes:

1.º - Emmerenciana Romero, de 25 años años de edad, natural de Versuill; ingresó, hace cinco años en la Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona, ocupando la cama n.º 25 (cabeza) de la sala del Pícasto Oriol del Hospital de la Sta. Cruz. No acusaba mala herencia orgánica y ofrecía buen

estado de fuerzas; pero andaba con dificultad por dolerle la cadera izquierda, lo cual databa ya de algunos meses.

No entraremos en detalles; solo diremos que se hizo el diagnóstico de coxartrosis en su primer período y que se la sometió al reposo, extensión continua, topicos ad hoc y medicación reconstituyente. Siendo interno de la Clínica citada tuvimos ocasión de aplicarle dos vejigatorios que no dieron resultado, como tampoco unos puntos de termo-cauterio y varias embrocaciones de tintura de yodo.

Viendo que la lesión no parecía resolverse y no queriendo despreciar la ocasión de que ror en buenas condiciones, se decidió practicar la intervención quirúrgica que consistió en la extirpación del gran trocánter, respetando el resto del hueso y de la cavidad articular que aparecieron sanos. La herida cicatrizó perfectamente, pero al cabo de un mes escaso empezaron a aparecer mue-

-vos dolores en la rodilla izquierda que fué hin-
chándose lentamente inutilizando todo mo-
vimiento. Diagnóstico: gonartrosis. Tratamien-
to: inmovilización, revulsivos, tónicos etc. Result-
-tados: malos. Se decidió la intervención quirúr-
-gica que consistió en una resección típica que
fracasó, pues no se obtuvo la soldadura de las
superficies óseas, y el espacio ocupado por el
tubo de desagüe quedó convertido en trayecto
fistuloso por el que fluía abundantísimo pus.

A la vez se presentaban tumefacción
y dolores en la articulación tibio-tarsiana del
mismo lado, en vista de lo cual juntamen-
-te con el estado cada vez más deplorable de
la rodilla se decidió la amputación por
el tercio medio del muslo que más tarde
fue seguida de la desarticulación del fémur
y raspado de la cavidad cotiloidea por haber
reaparecido la lesión de la cadera.

Salida del hospital para ensayar

-tragado por la diafisis del humero exigiendo la amputación por el tercio medio que casi coincidió con la aparición de los primeros síntomas de una tuberculosis pulmonar galeopante que acababa con el enfermo al mes y medio.

3.º—M. G. y S., de Barcelona, de 22 años de edad, y temperamento linfático-torjido, ofrecía un estado de nutrición relativamente bueno cuando en 1897 fué operado también de resección de codo por tumor blanco que databa ya de cuatro años. Aun no bien cicatrizada la herida empezaron a infartarse los ganglios axilares, subclaviculares torácicos y más tarde los submaxilares y parotídeos acabando todos por supuración y dando lugar á abscesos múltiples que abiertos al exterior se convirtieron en inagotables manantiales de pus, cuya acción anti-quiraladora fué completada por las sucesivas localizaciones tuberculosas en los pulmones y en la rodilla izquierda, muriendo el enfer-

-mo en 1900, tras largo sufrimiento en un pueblecito de la costa de Barcelona donde habia ido en busca de la acción curativa del clima.

Y con esto terminamos cuanto queria mos oponer á la opinión de los interencionistas sistemáticos.

Pero, por fortuna no todos los médicos participan de tal opinión y muchos de ellos procuran guiarse por un criterio oportunista y en sus decisiones influyen consideraciones ya de valor absoluto ya relativo, dependiendo este último de la experiencia particular, de circunstancias de lugar, tiempo, posición social y profesión del enfermo, etc.

A menudo, estas consideraciones de valor relativo producen vacilaciones en el ánimo del médico que falto de una norma de conducta, puede encontrarse y de hecho se encuentra completamente indeciso: teme las

consecuencias operatorias y se inclina a la
expectación; teme los progresos del mal y se
inclina a la intervención quirúrgica. Y se
comprenderá que estas dudas sean muy racio-
-nales, teniendo en cuenta que en esta clase de
lesiones ambos tratamientos, quirúrgico y
no quirúrgico, tienen tantas más probabili-
-dades de éxito cuanto antes y con mayor ener-
-gía son aplicados.

Toda duda desaparecerá desde el
momento en que quede demostrado la efi-
-cacia o ineficacia absoluta de uno de ellos;
y como es lógico se habría empezado siempre
por el no cuento.

Ahora bien: dada la acción que he-
-mos visto ejercer el subcarbonato en la forma
indicada y fundándose los tóxicos más po-
-tentes hasta hoy empleados, en la revul-
-sion, el uso de esta sal no sólo se impone
como el mejor entre ellos, sino que por

esta misma razón es decisivo.

Esto es lo menos que del subcarbonato podemos esperar; y no es poco; y no se nos podría objetar que el cambio de sus indicaciones sea muy limitado, fundando esta opinión en que la presencia de pus pone el límite a la terapéutica no cuenta, pues se deduce lo contrario de la práctica de muchos cirujanos alemanes a que hemos aludido y de algunos de los casos clínicos que llevamos consignados.

Más aún: de estos últimos se desprende que ni aún la aparición de altas temperaturas tiene valor absoluto para sentar la indicación de la intervención quirúrgica.

La reabsorción del pus es un hecho posible y frecuente principalmente en la infancia; pero aún en el caso de que tardase o no llegase a tener lugar y aquel no se abriese paso al exterior, podría quitarse por aspiración

seguida de lavado e inyección yodoformica.

Veamos ahora el tiempo que debería durar la prueba del subcarbonato para ser convincente: en los casos que tenemos observados se han empezado a notar buenos resultados (diminución o supresión de los dolores intraarticulares, reducción del tumor, etc.) dentro de un lapso de tiempo oscilante entre quince y treinta dias (en la enferma de codartrociace citada los accesos febriles desaparecieron del todo a los veinte dias); no obstante, si el caso no urge, no vemos inconveniente en llegar a los cuarenta y cinco o sesenta. Opinamos que más allá de este plazo ya no sería prudente esperar, dado el caso, por lo visto poco probable, de no obtener efecto beneficioso alguno.

Para cerciorarnos de la disminución de la tumefacción articular nos valemos de la cinta métrica o de otra cinta en que puedan quedar marcadas las medidas de la

circunferencia máxima del tumor cada quince días, anotando las diferencias, que por lo común oscilan entre dos y cuatro milímetros. Hemos seguido esta práctica en algunos de los enfermos citados.

Una vez obtenidos los primeros resultados favorables, se continuaría el tratamiento hasta tanto que la ausencia de todo dolor espontáneo o provocado, la reducción completa de la tumefacción, la anquilosis y la supresión del pus nos garanticen la curación.

Oyendo sistemáticamente a la prueba y tratamiento por el subcarbonato, no nos cabe duda de que resolveremos favorablemente muchos problemas prácticos de gran importancia, y entre ellos, los casos en que la lesión tuberculosa articular recaiga en la infancia o en sujetos afectos ya de tuberculosis visceral casi siempre

pulmonar.

En efecto: la ya citada estadística de meningitis post-operatorias, de Verhervé y Metaxas ya es de por sí un veto á la prodigalidad de la intervención quirúrgica en la infancia; pero si además nos fijamos en que para que tal intervención sea completa á menudo tiene que ser una resección y ésta al atacar el cartilago de crecimiento imposibilita ó desvia el desarrollo ulterior del miembro, comprenderemos el inmenso valor que en estos casos tiene un medio curativo no cruento que, como el que nos ocupa, está destinado seguramente á ahorrar muchas operaciones económicas peligrosas y á menudo insuficientes y muchas resecciones deformadoras.

Por lo que respecta á los individuos afectos de tuberculosis visceral y articular á la vez, el suprimir esta

última se impone teóricamente, pues no hay duda de que dos localizaciones del mal acabarían más pronto que una sola con el enfermo. Pero si para su primer la lesión articular apelamos a la intervención quirúrgica, ¿qué resultados hay que esperar? ¿Una mejora de la lesión visceral? Puede ser. ¿Un recrudescimiento de la misma? Puede ser también.

Si escuchamos al Dr. Lucas Cham-
pionniere la cuestión está resuelta en pro
del primer extremo: he visto, dice, que la
resección en vez de favorecer el desarrollo de
procesos tuberculosos en otras regiones ha
modificado de una manera favorable
la tuberculosis pulmonar existente. Pero fal-
ta saber el número de casos de tal índole
observados por el autor, pues una estadísti-
ca de 149 casos reunidos por Shürer da
un 40 por 100 de mejora bien manifiesta, un

10 p% de mejora poco notable y un 50 p% en que la operación ha sido indiferente o ha empeorado la lesión visceral.

Por otra parte, al intentar Olier resolver el problema no hace, en nuestro concepto, más que mantener las dudas, pues dice que no hay que abstenerse de intervenir cuando la tuberculosis visceral incipiente es consecutiva a la articular. Otra cosa sería, continúa diciendo, si el pulmón hubiese sido el primer atacado y si la lesión articular no hubiese venido sino después como la expresión de una intoxicación tuberculosa ya avanzada. Entonces es cuando a una localización sucede otra; muchas articulaciones se van atacando sucesivamente. En semejante caso, toda intervención no sólo es inútil sino peligrosa. Decimos que con esto no hace más que mantener las dudas, porque, en nuestro concepto, la

cuestión es la misma en ambos casos. Que la lesión comience por la articulación o por la víscera, resulta que al fin, cuando ambas están afectas, nos encontramos dentro de un mismo círculo, y poco debe importarnos la dirección en que haya sido trazado.

Por otra parte, la intervención quirúrgica siempre tendría los peligros que hemos expuesto, cuando no nos concretáramos al caso particular de infección visceral. Y, por fin, si el pulmón afecto tiene poder infectante sobre el resto del organismo, ¿por qué, no hay que temerle cuando es atacado secundariamente?

En definitiva, de la estadística de Schirer y de las anteriores reflexiones resulta que respecto al pronóstico de las intervenciones quirúrgicas en estos casos no sabemos si qué atendernos, y por lo tanto es muy

racional el evitarlas en lo posible acudiendo solamente á ellas cuando todo otro recurso fracasase. Se comprende en su consecuencia, que la prueba y tratamiento por el subcarbonato constituyan en tales casos una preciosa guía para la conducta del médico.

x x x

Cuando el subcarbonato potásico junto con el plan tónico-reconstituyente y demás recursos ad hoc (inmovilización, extensión continua, compresión metódica etc.) fracasasen en las artritis tuberculosas en general, sería señal de que la lesión es rebelde á todo tratamiento no cuento y en este caso, justo sería buscar en el bisturí, una probabilidad de evitar que el paciente sucumba, como sucede fatalmente en la marcha progresiva de las lesiones tuberculosas.

Antes de lanzarse á la intervencion quirúrgica es preciso, sin embargo, buscar todos los datos que permitan precisar mejor la indicacion y sentar un pronóstico favorable lo mas exacto posible. Asi, se tomarian cuidadosamente y de una manera seguida, como dice Gangolybe (de Lyon), las temperaturas del paciente durante unos dias, se explorarian atentamente los pulmones, las pleuras, el higado, los riñones, los intestinos y los ganglios. Se analizarian la orina y los esputos, si los hay, haciendo preparaciones para el microscopio de estos y aun del pus si la artitis es supurada, para buscar en los primeros el bacilo de Koch y en el último las asociaciones microbianas, etc.

Las distintas operaciones practicables segun los casos constituyen una

gama ó escala gradual que va desde las Ramadas operaciones económicas hasta las desarticulaciones practicadas en regiones todavía no invadidas por el mal.

Nuestro criterio respecto á la elección de ellas puede sintetizarse en la frase vulgar de cortar por lo sano, y por lo tanto, no podemos apoyar la simple abrasión de las fungosidades y el raspado del hueso que son operaciones muy ciegas, para justificar las curas, como se pretende en el niño, no es suficiente invocar la gran actividad nutritiva del hueso, pues el menor peligro á que exponen es la recidiva local de la que hemos podido observar múltiples casos durante los años de internado.

De todos modos tenemos la se-

guidad de que cuando se haya empleado sin éxito el subcarbonato, principalmente en la infancia que es donde la tuberculosis articular tiende más a la curación espontánea, la lesión será de tal importancia que, admitiendo uno de los criterios operatorios más corrientes, ya no sería tributaria de dichas intervenciones ni de la artrectomía, sino de la resección típica o de la amputación.

Será, pues, muy prudente, no asegurar al enfermo ni a su familia la conservación del miembro como resultado de la intervención.

Solo nos han parecido justificadas las intervenciones económicas en los casos de sequestró epifisarios, los cuales no hay que decir que no son curables por medios no cruentos y se encuentran casi siempre dentro de una cari-

dad limitada por tejidos vivos de vida y de resistencia que son precisamente los que se encargan del trabajo de eliminación de las partes muertas y defensa de las partes vivas. En estos casos, por regla general, el trabajo reparador del hueso se verifica sin inconveniente con prontitud y regularidad, y los peligros de infección general parecen disminuidos por la zona de defensa.

x x x

De todo esto deducimos las siguientes

Conclusiones:

1ª Las artritis tuberculosas (y como es natural todas las lesiones óseas de esta índole, exceptuando los sequestros enquistados), son en su mayoría curables con un plan tónico-reconstituyente y un tratamiento local no cruento.

2ª El plan tónico-reconstituyente consistirá en aire puro, alimentación azoada proporcionada al apetito del enfermo, que se procurará estimular en lo posible, y administración de medicamentos, entre los cuales son los más recomendables los fosfatos e hipofosfitos y el aceite de hígado de bacalao.

3ª Entre los recursos locales no cruentos son indispensables la inmovilización con extensión continua o en otra posición adecuada, según los casos, y la compresión metódica. Pero aunque esto puede bastar en ca-

Los afortunados no debemos olvidar otros recursos, entre los cuales, si bien son muy racionales el método esclerógeno de Lannelongue y la ignipuntura, la observación clínica nos ha hecho ceder la primacía á la revulsión, apesar de lo mucho de empirismo que tiene su acción. Los fracasos de la revulsión no se deben á ella en sí, sino á que los medios empleados para producirla no pueden tener condiciones de intensidad ó de extensión y duración proporcionadas á las del proceso que con ellos se intenta combatir.

El subcarbonato potásico (sal de tartaro) en soluciones acuosas calientes al 4'50, ó 5 gr^o es la substancia que reúne las condiciones que le acercan más al resultivo ideal de las lesiones tuberculosas óseo-articulares aplicado sobre la piel de la región enferma y no interrumpiendo su uso sino de vez en cuando para curar las

lesiones cutáneas que hayan adquirido demasiado incremento.

4ª La intervención quirúrgica ni puede asegurar la curación ni está exenta de peligros. Por esto es racional no acudir a ella sino para buscar la probabilidad de una curación que nos nieguen los recursos no curativos. La prueba del subcarbonato durante un período máximo de dos meses nos indicará la oportunidad o inoportunidad de la intervención quirúrgica que en consecuencia estará indicada:

1º Cuando actitudes viciosas definitivas con anquilosis o por luxación espontánea imposibiliten utilizar el miembro y le conviertan en estorbo para la existencia. 2º En los secuestros. 3º Cuando apesar de un plan tónico-reconstituyente y del subcarbonato empleado durante el estado período no se consiga efecto benéfico apreciable.

5ª Antes de cumplir la indicación operatoria examinase detenidamente al enfermo, pues tal puede ser su estado que resulte preferible abandonar la dolencia á sus progresos á intentar una operación que podría precipitar el fin funesto.

6ª y última. En el acto operatorio el criterio de cortar por lo sano debe imponerse al de las conservaciones, pues éstas, salvo raros casos, son ciegas y peligrosas, y á buen seguro serán insuficientes en los casos que hayan resistido al tratamiento por el subcarbonato potásico.

He dicho.

Enrique Seguí
Pou



Administrador
E. Pérez Vázquez

Administrador

Administrador
Rodríguez

