



LECCIÓN TRIGÉSIMACUARTA

Artritis tuberculosa, ó tumor blanco

DEFINICIÓN.—Dase el nombre de *artritis tuberculosa* á la que es debida á la evolución del proceso tuberculoso en una articulación.

La *artritis tuberculosa* se ha llamado también *artritis fungosa*, *artritis ercrofulosa*, *fungus articular*, *tumor blanco*, etc. Todas estas denominaciones están expuestas á error, por lo cual es preferible llamarla *artritis tuberculosa*, pues este nombre, á la vez que indica la lesión de que se trata, marca de un modo claro y preciso la intervención del proceso tuberculoso.

ETIOLOGÍA.—Con decir que la afección es de naturaleza tuberculosa, podemos ahorrarnos mucha tarea en el estudio de su etiología. (V. pág. 95 y siguientes).

Importa, empero, fijar la atención en las íntimas relaciones del traumatismo y los accidentes tuberculosos locales y muy especialmente los articulares.

Los experimentos de Max Schultze han demostrado que, si contundimos una articulación en un animal, lograremos determinar una artritis de intensidad y forma variables,

pero que no reviste nunca los caracteres de la artritis tuberculosa. Mas, si antes de la contusión, se ha inyectado en el animal una cantidad de materia tuberculosa, por distante que se halle de la articulación el punto inyectado, se desarrollará una artritis tuberculosa. Estos experimentos demuestran que la infección tuberculosa permanece en el organismo en estado latente y que mientras todos los tejidos conservan su vitalidad y fuerza de resistencia normales, el virus, ó sea el bacilo, no encuentra terreno favorable para su desarrollo y no ostenta manifestaciones locales; pero tan pronto como, por cualquier accidente—traumático de ordinario—disminuye la resistencia orgánica de los tejidos, estos serán invadidos por el proceso latente y se determinará un foco específico. La acción del frío ha sido considerada como una modalidad del traumatismo en la determinación de las artritis tuberculosas.

Respecto á la edad, se comprende que la artritis tuberculosa sea mucho más frecuente en los niños y en los adolescentes que en los adultos y en los ancianos, teniendo en cuenta que en aquellos es mayor la actividad funcional de las extremidades articulares de los huesos.

Nada hay que añadir á lo expuesto (páginas 99 y 100) respecto de las vías y maneras de penetrar el bacilo tuberculoso y al influjo de la herencia en etiología tuberculosa; pero no están de acuerdo los autores acerca de si la artritis tuberculosa es siempre manifestación secundaria de procesos tuberculosos preexistentes en otros órganos ó sí, por el contrario, puede, en ocasiones, ser primitiva. Hay hechos que parecen demostrar la posibilidad de la manifestación primitiva articular; pero la generalidad de los autores, de acuerdo con los hechos observados, están contestes en que, en la gran mayoría de los casos, la artritis tuberculosa es secundaria, mientras que los focos primitivos son frecuentes en los pulmones, los ganglios bronquiales, el conducto torácico, los ganglios mesentericos, los órganos genitourinarios, etc.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—La tuberculosis articular pue-

de presentarse bajo dos formas: ser la consecuencia de la abertura en la articulación de un foco tuberculoso óseo, lo cual es lo más frecuente, ó empezar por la sinovial, conservándose intactas las extremidades óseas. De ahí dos formas diferentes de artritis tuberculosa: la *ósea* y la *articular*, ó, *sinovitis tuberculosa primitiva*.

FORMA ÓSEA.—Los detalles de la tuberculosis ósea han sido estudiados anteriormente (V. págs. 111 y siguientes). Veamos ahora de qué manera el tubérculo óseo se propaga á las demás partes de la articulación.

Recordemos las dos modalidades del proceso tuberculoso en los huesos: la enquistada y la infiltrada. En la tuberculosis enquistada de la epifisis, tiene lugar un proceso inflamatorio de vecindad en la sinovial, que determina una *sinovitis no tuberculosa*, aún cuando de gran importancia, del cual se origina un derrame de líquido en el interior de la articulación. Esta sinovitis se hace, más tarde, formativa, y la superficie de la serosa se puebla de fungosidades, simplemente inflamatorias, en las que, si bien aún no se albergan elementos tuberculosos, serán invadidas por estos al influjo de la causa más insignificante. El *tubérculo enquistado* va creciendo excéntricamente y así alcanza al cartílago articular, que al principio era barrera firme de la tuberculosis: la sinovial está plagada de fungosidades, tuberculosas también.

En el proceso *tuberculoso infiltrado*, cuando el foco óseo es muy extenso y forma un absceso considerable, el líquido que este contiene penetra en la articulación y resulta una *piartrosis tuberculosa*. En este caso, todos los elementos de la articulación son atacados de tuberculosis: la sinovial está sembrada de fungosidades tuberculosas que infiltran todos los tejidos y se propagan á las partes blandas y fórmanse fistulas análogas á las de los procesos tuberculosos óseos, que hacen comunicar la articulación con el exterior. La epifisis opuesta á la que fué invadida primitivamente se puede también tuberculizar.

FORMA ARTICULAR.—En la forma articular las lesiones

comienzan por la sinovial, sin que haya focos epifisarios en comunicación con la cavidad articular, y los fenómenos se suceden de una manera distinta. La sinovitis tuberculosa primitiva puede presentarse bajo varias formas: en unos casos tiene el aspecto de una *granulía difusa*; otros, y con mayor frecuencia, la sinovitis tuberculosa principia por un derrame seroso, verdadera hidrartrosis tuberculosa, que tiene gran importancia desde el punto de vista anatómo-patológico, pues constituye un excelente caldo de cultivo para el bacilo, el cual se multiplica y se deposita en la superficie de la sinovial, formando colonias características. Es invadido el tejido sub-seroso, por lo cual se engruesa la sinovial, mientras que en su superficie se van formando fungosidades. Fijándose en el tejido sub-seroso, el bacilo tuberculoso determina focos, que evolucionan como los abscesos fríos y mantienen una irritación continua, que se traduce por la formación de fungosidades, las cuales, invadidas por el proceso, se reblandecerán y serán punto de partida de abscesos intra-articulares y origen de fístulas cutáneas.

Sea cual fuere la forma con que comience, la sinovitis tuberculosa va casi siempre acompañada de derrame seroso, ó hidrartrosis.

La *hidrartrosis tuberculosa*, no constituye una rareza, tanto que casi puede asegurarse que todas las hidrartrosis de la rodilla rebeldes al tratamiento, son de índole tuberculosa.

El aspecto del líquido de la hidrartrosis tuberculosa es variable: á veces claro y trasparente y otras turbio y algo espeso, conteniendo corpúsculos purulentos, productos de coagulación, ó copos de fibrina y aún, en ciertos casos, cuerpos riciformes, los cuales cuerpos flotantes contienen en su espesor muchos bacilos tuberculosos. Este líquido acaba por convertirse en una colección purulenta, pasando por los diversos períodos que hemos observado en las lesiones de la sinovial.

Los cartílagos articulares no se afectan nunca primiti-

vamente; sus trastornos derivan de los del hueso. El proceso determina la dehiscencia de las células de las capas más superficiales del cartílago, células aplanadas en sentido horizontal; despréndense y caen en la articulación, quedando al descubierto en la cavidad articular las células profundas, dispuesta en sentido vertical; de ahí resulta una serie de eminencias que, junto con las fungosidades que invaden al cartílago, dan á este el aspecto aterciopelado, que vale el nombre de *degeneración velvética* á este proceso.

De este modo va destruyéndose el cartílago en todo su espesor, hasta que se desprende, en parte ó en su totalidad, dejando al hueso al descubierto.

El proceso trófico trasciende también al hueso, determinando la formación de vegetaciones óseas, no tuberculosas; que más tarde darán origen á producciones osteofíticas, en forma de agujas, estalactitas, etc. El tejido óseo es asiento de osteitis, rarefaciente y condensante atrófica, de la que resulta disminución de las eminencias óseas, al paso que aumento de las cavidades. Por obra de la rarefacción, pierden los huesos gran parte de su resistencia, haciéndose más frágiles que de ordinario. La disminución de volúmen de las cabezas articulares, acompañada del agrandamiento de sus cavidades respectiva, determina una desproporción en las superficies recíprocas, que da origen á las llamadas *luxaciones patológicas*. La fragilidad de los huesos hace fáciles las fracturas espontáneas que se observan á veces en la artritis tuberculosa.

SINTOMATOLOGÍA.—Las formas clínicas con que puede presentarse la artritis tuberculosa, pueden, según Kœnig, reducirse á las siguientes:

- 1.º *Forma fungosa.*
- 2.º *Hidrartrosis tuberculosa, y*
- 3.º *Piartrosis tuberculosa.*

Forma fungosa.—Esta empieza á manifestarse por dolor, al principio no muy intenso y con intermitencias. Desaparece con el reposo y se hace más manifiesto cuando chocan entre sí las superficies articulares. No siempre

aparece el dolor en la misma articulación enferma: á veces se manifiesta en la vecina, como se ve en la coxalgia, en que el enfermo se queja á veces de la rodilla.

Los movimientos se verifican con cierta dificultad, debida, en el primer periodo, á las sensaciones dolorosas que el ejercicio determina.

El aumento de volumen es poco notable al principio, lo cual se debe más bien al derrame periarticular que á las fungosidades; al revés de lo que sucede más tarde, en que las fungosidades aumentan de volumen, mientras que el líquido disminuye.

En periodo más avanzado, los movimientos están disminuídos ó abolidos, no tan sólo por el dolor, si que también y principalmente por la contractura de los músculos, debida, probablemente, á neuritis periféricas. La articulación está deformada, no solamente por el derrame, sino que á ello contribuye también la destrucción atrófica de las extremidades óseas, que puede llegar á ocasionar luxaciones patológicas espontáneas. Casi constantemente la artritis fungosa va acompañada de actitudes viciosas, que resultan de posiciones voluntariamente adoptadas por el enfermo con el objeto de sustraerse en lo posible á los dolores que determina la mútua compresión de las superficies articulares.

Hidrartrósis tuberculosa.—Es la menos conocida, por más que constituye el fenómeno más digno de atención entre los de las diversas formas de sinovitis. En la fungosa, aún cuando hay hidrartrósis, el derrame, en proporción con las fungosidades, tiene poca importancia. Los signos de la hidrartrósis tuberculosa son los de las hidrartrósis en general y sus caracteres clínicos culminantes son, la *variabilidad* y la *tenacidad*. En efecto, la hidrartrósis tuberculosa se presenta con cierta intermitencia, de manera que el líquido, tan pronto es muy abundante, como en corta cantidad, pudiendo hasta desaparecer durante un tiempo más ó menos largo y reaparecer después. Ninguno de los medios ordinarios empleados contra la hidrartrósis simple,

triunfa de la tuberculosa, por lo cual puede durar por mucho tiempo, hasta que al fin pasa á artritis fungosa ó se convierte en una *piartrosis*.

Abscesos fríos de las articulaciones, ó piartrosis.—Llá-mase *piartrosis*, porque la cavidad articular está llena de un líquido, no seroso, sino purulento. Este depósito purulento puede formarse de dos maneras: ó bien depende de la abertura en la articulación de un depósito purulento formado en el espesor de fungosidades preexistentes ó bien la supuración se declara en la misma cavidad articular, á consecuencia de una sinovitis difusa. Se caracteriza por un aumento rápido del volumen de la articulación, sin notable tumefacción de la sinovial.

DIAGNÓSTICO.—Teniendo en cuenta el modo de aparecer los síntomas, será fácil, en la mayoría de casos, el diagnóstico de la artritis tuberculosa. Podría confundirse con una ósteo-mielitis epifisaria; pero la marcha del proceso, siempre más lenta en la artritis que en la osteo-mielitis, así como la ausencia, en la primera, de síntomas generales desde el principio, permitirán distinguir ambas afecciones.

Las artritis sifilíticas terciarias presentan alguna semejanza con las artropatías tuberculosas: el diagnóstico se hará teniendo en cuenta las lesiones sifilíticas que anteriormente haya presentado el enfermo, la evolución, menos rápida en la sífilis, y los efectos del tratamiento específico.

La *piartrosis* es fácilmente reconocible, pues de ordinario aparece en sujetos con infección general avanzada.

PRONÓSTICO.—¿Es curable la artritis tuberculosa? Para responder á esta pregunta hay que tener en cuenta el estado general del enfermo, así como la penetración de bacterias sépticas, cuando existen fistulas. De todos modos, en los casos afortunados, la curación solo puede obtenerse en detrimento de la integridad anatómica y fisiológica de la articulación, pues, de ordinario, puede considerarse como feliz la terminación por *anquilosis fibrosa*. El pronóstico debe, pues, hacerse grave, por lo general, pues, aparte las

dificultades de la curación, hay que tener en cuenta que en muchos casos la afección constituye un foco para la infección general.

TRATAMIENTO.—Tratándose de una afección de índole tuberculosa, que en ocasiones es manifestación local de una enfermedad general, y que, aún siendo primitivamente local en otros casos, amenaza infectar al organismo, será lógico establecer un tratamiento general asociado á una buena higiene.

Cuanto al tratamiento local, debe responder á las formas y, mejor aún, á los períodos de la enfermedad.

Cuando se trate de sinovitis tuberculosas primitivas y sin fungosidades, se hará uso de los revulsivos (puntos de fuego, embrocaciones iódicas, vegigatorios), medios que han de hermanarse con la inmovilización y la comprensión ligera, para que produzcan excelentes resultados. La inmovilización no debe hacerse sino cuando el miembro esté en posición conveniente (extensión, en el miembro abdominal, semiflexión, en el torácico), si hay una posición viciosa, habrá de modificarse, ya por flexiones forzadas ó lentas y graduales, ó por la extensión continua, mediante pesos, etc., seguidas de la aplicación de aparatos ó vendajes inamovibles, enyesados, silicatados, etc.

Si la enfermedad afecta la forma de sinovitis fungosa en el período inicial, podrán usarse los mismos medios que en el caso anterior, añadiendo la ignipuntura, recomendada especialmente por Sédillot y Richet. También se han encomiado las inyecciones intra-articulares y en el tejido parasinovial, que pueden practicarse con ácido fénico (Hüeter), con solución de sulfato de zinc al 10 por $\%$ (Lefort), ó con solución de cloruro de zinc, al 15 por $\%$ (Lane-longue) ó con éter iodofórmico, al 15 ó 20 por $\%$ (Verneuil.) Cuando estos medios hayan fracasado, será preciso intervenir más activamente, practicando la artrotomía, la abrasión de la sinovial (artrectomía) y el raspado de las fungosidades con la cucharilla de Volkman, curando luego según las reglas antisépticas.

Cuando se trate de artritis supuradas y existan lesiones óseas importantes, habrá que recurrir, según la intensidad de las lesiones, al raspado, á la resección y hasta, en los casos más adelantados, á la amputación.

El apósito de Lucas Championiere, uno de los recursos más eficaces en la artritis tuberculosa, especialmente de las articulaciones en que es fácil su aplicación (rodilla, codo,) consiste en lo siguiente. Previa y fuertemente friccionada la región articular con alcohol alcanforado, sirviéndose de una franela, aplíquese un parche compuesto de unguento de mercurio terciado, 90 partes, y cerato de jabón, 10, cuya substancia se extiende, formando una capa de dos ó tres milímetros de grosor, sobre la parte lisa, ó no vellosa, de un trozo de hila tejida inglesa, algo mayor que la superficie de la región afecta. Aplicado al parche, sujétese con tiras de esparadrapo aglutinante, imbricándolas del mismo modo que en el vendaje de Baynton para las úlceras de las piernas. En un trozo de gamuza de convenientes dimensiones, extiéndase una gruesa capa de emplasto de jabón; córtense de este parche tres trozos, ó férulas, de tales dimensiones que, en conjunto incluyan la región, pasando su longitud dos ó tres centímetros los límites de la región articular; aplíquense las férulas en las partes laterales y de la extensión; cúbrase el apósito con una compresa y aplíquese un vendaje en espica ó en ocho de guarismo. Este apósito debe ser renovado cada diez ó doce días. Si hay semi-fluctuación ó pastosidad, después de la fricción estimulante con alcohol alcanforado, se harán cauterizaciones lineares, de uno ó dos milímetros de profundidad, con la cuchilla del termo-cauterio.



LECCIÓN TRIGÉSIMAQUINTA

Artritis tuberculosas en particular

MAL SUB-OCCIPITAL.—Así se llaman las artritis tuberculosas occipito-atloidea y atloido axoidea. Como consecuencia de las lesiones de que son asiento estas articulaciones, sobrevienen, en el decurso de la enfermedad, luxaciones diversas, que vamos á enumerar.

La luxación del occipital sobre el atlas es rara, y en los casos en que se ha observado, el occipital estaba inclinado hácia atrás ó á uno de los lados.

Las luxaciones del occipital y el atlas sobre el axis son más frecuentes, y á consecuencia de la destrucción del elemento óseo ó de los medios de unión, se luxan brusca-mente hacia delante el atlas y el occipital; de este modo, la apófisis odontoides comprime el bulbo raquídeo contra el arco posterior del atlas, ocasionando á veces la muerte instantánea. La luxación puede hacerse de una manera lenta, por deslizamiento: entonces, disminuyendo gradualmente el espacio entre la apófisis odontoides y el arco posterior del atlas, preséntanse gradualmente los fenómenos propios de la compresión bulbar.

La dislocación hacia atrás es casi imposible, á no ser que se fracture la apofisis odontoides, lo cual es sumamente raro. Las dislocaciones laterales se han observado alguna vez.

El dolor, en esta enfermedad, se percibe principalmente en la nuca y en la región posterior de la faringe, con dificultad en la deglución (disfagia), que, en ciertos casos, podría confundirse con una angina. Este dolor se irradiá por los nervios espinal y cervicales, cual si fuese una neuralgia.

Como los movimientos son tan dolorosos, la cabeza está rígida y dirigida hacia un lado, como en el torticolis, ó hacia atrás, como envarada, sosteniéndose sobre los hombros, por el occipital. No son raros los casos en que el enfermo conserva la cabeza inmóvil, aplicando las manos en la barba y cuando ha de verificar algún movimiento lateral, no lo hace con solo la cabeza, sino con todo el tronco.

El tejido celular que circunda á la región afecta, está infiltrado, resultando hinchazon en la nuca y en la pared posterior de la faringe. Se borra la depresión, ú hoyo suboccipital, y aparece la pastosidad que indica la formación de abscesos.

Estos pueden presentarse en las cercanías de la articulación enferma, por propagación de la flegmasia, en cuyo caso se llaman *circuvecinos*, ó bien proceden de la alteración ósea, y son *osifluentes*. Cualquiera que sea su origen, pueden presentarse en la cámara posterior de la boca—*abscesos-retrofaríngeos*—ó estar situados en la nuca y aún en el mismo conducto raquídeo, causando flegmasias medulares, rápidamente mortales. Las colecciones purulentas retrofaríngeas pueden perforar la faringe y entonces el pus es arrojado por vómito ó ingerido. Cuando los abscesos están en la nuca, acaban perforando la piel y dando lugar á fistulas cutáneas.

Los síntomas funcionales consisten, casi exclusivamente, en las alteraciones que resultan de parte del aparato digestivo y sobre todo del eje medular, por las compresiones

que en él puede ocasionar ó por las flegmasias que en el mismo ó sus envolturas pueden desarrollarse y que tan facilmente terminan por la muerte.

Lo dicho basta para comprender que siempre es muy grave el pronóstico del mal sub-occipital.

El *tratamiento* se reduce á evitar los movimientos de la cabeza, pues, aparte lo dolorosos que son, podrían ser causa de luxaciones cuando fueran progresando las lesiones óseas ó ligamentosas. Una vez establecida la luxación, no debe intentarse la reducción, pues es muy peligrosa. La inmovilización de la cabeza puede hacerse por medio del collar rígido de tela metálica, ó del de gutta-percha, de Broca, ó con los aparatos poroplásticos, que merecen especial recomendación. Inútil es decir que durante el tratamiento habrá que instituir un régimen higiénico y reparador, conforme con la naturaleza tuberculosa de la enfermedad.

Las articulaciones del miembro torácico que con mayor frecuencia son afectadas de tumor blanco son: la del codo, la de la muñeca y las de los dedos de la mano.

CODARTROCAE.—Con tal nombre se designa, artritis tuberculosa, ó tumor blanco, del codo.

Casi siempre se encuentra origen en un trauma, que ha obrado, cuando menos, como causa determinante. La afección comienza con mucha mayor frecuencia por el hueso que por la sinovial, y la tuberculosis ósea, enquistada ó infiltrada, se propaga más tarde al resto de la articulación, la cual se destruye progresivamente, y mientras los huesos son destruidos y deformados por producciones osteofíticas; los ligamentos se destruyen también por degeneración lardácea y la sinovial va aumentando de volumen por formación de fungosidades, hasta que sobreviene la supuración, formándose fistulas, por las que se vacía el contenido al exterior.

Los síntomas locales son: dificultad de los movimientos, dolores, apareciendo cada vez más vivos, y aumento de volumen de la articulación, al propio tiempo que hay atrofia

muscular por encima y por debajo del codo, de donde el aspecto fusiforme. Los síntomas generales son: fiebre, pérdida del apetito, etc., que aumentan á proporción de los progresos del mal, hasta que se declara la fiebre hética y el enfermo sucumbe.

Los casos en que la enfermedad termina por la anquilosis, pueden considerarse afortunados. No obstante, en algunos se ha visto retroceder y curarse el proceso tuberculoso, al influjo de la higiene, de un tratamiento reconstituyente y por la permanencia á orillas del mar. Por lo general, esta enfermedad no cura sino en detrimento de la integridad anatómica y funcional de la articulación.

El *tratamiento*, á menos que haya podido llegarse en los primeros tiempos de la enfermedad, deberá consistir en la resección del codo ó aún en la desarticulación ó amputación por el tercio inferior del brazo. Si se ha llegado en el primer período de la enfermedad, podrá usarse y muchas veces con éxito, la inmovilización, la aplicación de puntos de fuego ó el apósito de Lucas Championniere, que estudiamos en la lección anterior, no olvidando, en ningún caso, la importancia del tratamiento general.

TUMOR BLANCO RADIO-CARPIANO.—La afección se debe casi siempre á un accidente traumático, que despierta la infección, latente hasta entonces. Por regla general, comienza por las sinovial radio-carpiana ó por las de los huesos de carpo entre sí; se ha visto, empero, comenzar por los huesos que forman estas articulaciones, afectándose secundariamente las sinoviales. Como las sinoviales radio-carpina, las de los huesos del carpo entre sí y aún las tendinosas, están en recíproca comunicación, el proceso se extiende rápidamente y puede afectar á la vez las tres sinoviales.

Los síntomas de esta enfermedad son: dolor, hinchazón, impotencia funcional, atrofia por encima y por debajo de la articulación, abscesos y fístulas. Las luxaciones espontáneas son muy raras.

Tratamiento.—Cuando es posible instituirlo desde los primeros períodos del mal, conviene atajar sus progresos,

y para ello se inmovilizará la articulación, al paso que se aplicarán revulsivos, puntos de fuego, etc., unido todo á un régimen general higiénico y medicamentoso. Cuando se han establecido las fístulas, puede sobrevenir la hectiquéz y acarrear la muerte, por cuya razón debe procederse á la resección sub-perióstica, de Ollier, con la cual no se regeneran todos los huesecillos del carpo, pero se forma una masa ósea compacta, que le substituye. Hay que tener en cuenta que, tratándose del miembro torácico, el cirujano ha de procurar la conservación hasta donde sea posible, reservando la amputación como *última ratio*.

ARTRITIS TUBERCULOSA DE LOS DEDOS DE LA MANO.—Esta se presenta, á veces, después de un traumatismo ó como consecuencia de un panadizo. La evolución de la enfermedad es la misma que en las grandes articulaciones. El dedo se hincha y se hace fusiforme; se forman abscesos que se abren al exterior, estableciéndose fístulas, por lo general, en el dorso. El dedo adquiere también posición viciosa, que consiste en la semiflexión. El tratamiento debe consistir en la inmovilización, para ver si se obtiene la anquilosis; pero cuando la persistencia de las fístulas obliguen á ello, hay que practicar la amputación, ó mejor, la desarticulación del dedo.

Esta afección se diferencia de la *espina ventosa*, ú osteitis supuratoria de los dedos, en que esta última radica en los huesos, quedando indemne la articulación. Además, la *espina ventosa* ataca de preferencia á los metacarpianos ó á las primeras falanjes, mientras que la artritis tuberculosa se observa de ordinario en las articulaciones falángicas, siendo rara en las metacarpo-falángicas. Cuando la espina ventosa ha determinado fístulas, salen por ellas, con el pus, pequeños secuestros, lo cual es muy raro en la artritis supuratoria. Una vez vaciado el pus, la *espina ventosa* tiende por si sola á la curación, mientras que esta es muy rara en los tumores blancos de los dedos.



LECCIÓN TRIGÉSIMASEXTA

Coxartroace, ó tumor blanco de la cadera

Se ha llamado también *coxitis* y *coxalgia*.—La palabra *coxalgia* tiene el inconveniente de que sólo indica un síntoma de la enfermedad, habiendo sido además empleada, durante mucho tiempo, para designar afecciones muy distintas que sólo tienen de común el síntoma dolor,—*coxalgia reumática*, *coxalgia histérica*, *coxalgia tuberculosa*.—De modo que esta palabra es demasiado vaga razón por la cual, la abandonaremos prefiriendo decir *coxartroce* ó *tumor blanco de la cadera* ó *artritis tuberculosa coxo-femoral*.

ETIOLOGÍA.—Decir que es una artritis tuberculosa, equivale á expresar que su causa es el bacilo de Koch; pero hay circunstancias que favorecen la producción de esta enfermedad, debiendo señalar entre ellas la edad. Rara en el viejo, mientras que se ve más frecuentemente en el adulto; en los niños de cinco á doce años es cuando se observa en su *maximum* de frecuencia. A esta condición etiológica deben unirse las en que se engendra la miseria fisiológica, á

saber, la falta de higiene, la nutrición insuficiente, el temperamento linfático, la convalecencia de enfermedades infectivas, etc.; todas estas deben ser consideradas como causas predisponentes, ó propicias para el desarrollo del bacilo tuberculoso. Entre las causas ocasionales, ó determinantes, hay que señalar como principal el traumatismo, que crea un *locus minoris resistentie*. Recuérdense los experimentos de Max Süler relativos á la influencia del traumatismo en la producción de las artritis tuberculosas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Prescindiendo del aspecto exterior del miembro, lo cual pertenece más bien á la sintomatología, veamos cuales son las lesiones anatómicas. La cavidad articular está repleta de fungosidades y de un líquido rojizo, que contiene en suspensión grumos fibrinosos y partículas óseas muy diminutas. La sinovial y la cápsula fibrosa, con motivo de la flegmasia que han sufrido, se han convertido en un tejido lardáceo, que se confunde con las partes vecinas, siendo á veces muy difícil reconocerlas.

Por parte de las extremidades ó superficies óseas, se observan lesiones bien marcadas. Como la enfermedad comienza casi siempre siendo ósea, las lesiones han de ser en ellas más manifiestas. La extremidad superior del fémur y principalmente su cuello y cabeza, son asiento de un proceso de osteitis rarefaciente atrófica, del que resulta en muchos casos, el desprendimiento del cartilago de incrustación; en algunos esta osteitis determina la necrosis, y al nivel del cuello del fémur se separan diáfisis y epífisis, viniendo esta á constituir un gran sequestro, libre y móvil, en la cavidad articular. La cavidad cotoidea es también asiento de lesiones; pero estas se verifican de modo inverso que en el fémur: destrúyense el rodete y la caja codiloidea, de lo cual resulta notable aumento de la cavidad. Esta destrucción llega, en ciertos casos, hasta la perforación del fondo de la cavidad, haciéndola comunicar con la pélvis. Antes de destrucciones tan considerables, las superficies articulares se cubren de fungosidades, de modo que, en la bipedestación, la cabeza del fémur, apoyando en el te-

cho de la cavidad cotiloidea, comprime las fungosidades de esta última y las propias, de lo cual resulta el dolor; lo mismo sucede cuando se comprime sobre el trocante mayor, en cuyo caso el dolor es provocado por la compresión de las fungosidades del fondo de la cavidad contra las de la cúspide de la cabeza femoral. Además de estas lesiones locales, los huesos ilíacos, la diafisis femoral y hasta los huesos de la pierna, pueden ser infiltrados por granulaciones tuberculosas. Pero, prescindiendo de dichas lesiones, se observan alteraciones nutritivas del miembro inferior, no solamente óseas, si que también musculares, que determinan la atrofia de dicho miembro, en relación, sin duda, con una neuritis, de origen periférico, que ocasiona una lesión en las astas anteriores de la médula (Poulet). Además de las lesiones locales, pueden hallarse otras en las vísceras ó en la piel, quizás anteriores á la coxalgia y determinadas por la infección tuberculosa consecutiva.

SINTOMATOLOGÍA.—En la sintomatología del coxartrocace deben admitir tres períodos: 1.º de claudicación y dolores, ó *período dudoso* de Tillaux; 2.º de deformaciones y actitudes viciosas, y 3.º de supuración y fistulas.

PRIMER PERÍODO.—No en vano llamó Tillaux *dudoso* á este primer período, ya que no siempre es fácil establecer el diagnóstico con seguridad, pues la enfermedad comienza de una manera insidiosa y por desórdenes en la de ambulación, que se acusan por la pronta fatiga que el enfermo siente al andar, por lo cual se ve privado de verificar una marcha algo prolongada, pues á poco de andar arrastra la pierna y pide ser transportado. Esta fatiga desaparece, en la mayoría de los casos, con el reposo de la noche y aún á veces se extingue por espacio de algunos días, al cabo de los cuales vuelve á presentarse con mayor intensidad, hasta que, después de algunas intermitencias análogas, acaba por instalarse definitivamente. La progresión se hace de una manera característica: se compone de dos tiempos desiguales, debido á que el enfermo no apoya con igual fuerza los dos miembros. Llámase á esta forma de claudicación

paso de chalán (maquignon) por más que debiera decirse *ruído de chalán*, pues se percibe mejor por el ruído de los pasos, que mirando al enfermo (Bouchard).

La claudicación va acompañada de dolores, provocados ó espontáneos. El dolor provocado se despierta por la presión sobre el trocanter mayor, ó por dentro de los vasos femorales y también comprimiendo el miembro de abajo á arriba. Los dolores espontáneos son percibidos en la misma cadera, ó á mayor ó menor distancia, hasta la garganta del pié, la pantorrilla ó, principalmente, en la rodilla (*gonálgia*). A veces el dolor de la rodilla es el único; para su explicación se han expuesto distintas opiniones: Poulet lo atribuye á la neuritis; Richet lo cree debido á la propagación de la osteitis á lo largo del conducto medular del fémur, y Duplay dice que es un fenómeno reflejo.

Bien que la claudicación y los dolores sean los signos más notables del primer período, ó dudoso, de la enfermedad, existen otros de bastante utilidad para aclarar el diagnóstico, tales son: la *contractura muscular*, con *desaparición del pliegue de la ingle*, y la *transmisión de los movimientos del muslo á la pelvis*.

La *contractura muscular* dificulta bastante algunos movimientos del muslo, y como los músculos principalmente afectados de dicha contractura son los aductores, resulta que el movimiento más limitado es el de abducción.

Examinando el pliegue de la ingle en ambos lados, nótese bastante diferencia entre uno y otro, hasta el punto de que dicho pliegue *está completamente borrado en el lado enfermo*, debido á la tumefacción articular ó periarticular. Lo mismo sucede con el *pliegue glúteo-femoral*, que está bastante borrado en el lado enfermo.

Cuando la contractura abarca un número mayor de músculos, se presenta la *transmisión de los movimientos del muslo á la pelvis*. Cuando se coje con una mano la rodilla del lado enfermo y se imprimen á todo el miembro distintos movimientos, principalmente el de flexión del músculo sobre la pelvis, se notará que dichos movimientos pueden efec-

tuarse; pero si, con la otra mano se inmoviliza la pelvis, aplicándola con fuerza sobre la espina ilíaca anterior superior, se echará de ver que ó no se verifican los movimientos del muslo, ó que, junto con este, cambia de lugar la expresada eminencia. Esto demuestra que hay mancomunidad de movimientos entre el muslo y la pelvis.

Algunos autores han concedido gran importancia á las atrofas musculares de los grupos cercanos de la articulación afecta; pero este signo pierde su interés considerando que no es privativo de la artritis tuberculosa, pues aparece en las demás formas de artritis, como consecuencia de la inacción de los mencionados grupos musculares. Lanelongue pretende que un signo seguro para el diagnóstico de la coxalgia tuberculosa en el primer periodo (por lo cual se llama *signo de prueba*) consiste en hacer colocar al enfermo en pie: así, al cabo de un rato, á causa del cansancio muscular y al mismo tiempo de los dolores, se ven aparecer temblores en el miembro sano. Como el anterior, tiene este signo el inconveniente de que no pertenece sólo al coxartroce, sino que se presenta también en otras formas de artritis.

SEGUNDO PERIODO.—Llámase también de las *deformaciones y actitudes viciosas*. Como quiera que las deformaciones son producidas por las actitudes viciosas del miembro, empezaremos por el estudio de estas últimas. La principal de todas consiste en la flexión del muslo sobre la pelvis, pero flexión acompañada de abducción ó adducción, con rotación interna ó externa. La flexión se observa al principio, junto con la abducción; por lo cual el miembro parece ser más largo que el del lado opuesto; viene más tarde la adducción á sustituir á la abducción, persistiendo, empero, la flexión, y en este momento el miembro enfermo parece más corto que el sano. Conste, sin embargo, que en la mayoría de los casos, estas diferencias de longitud son sólo aparentes. Los antiguos explicaban estos cambios de longitud de esta manera: al principio, los productos contenidos en la cavidad cotiloidea rechazan la cabeza

hacia afuera, por cuya razón se alarga el miembro; más tarde, sobreviene la destrucción de la ceja cotiloidea en su parte posterior y, verificándose la luxación del fémur hacia atrás, se efectúa el acortamiento, pues la cabeza femoral remonta hacia la fosa ilíaca externa. Se ha querido explicar la flexión del muslo sobre la pelvis por el derrame intra-articular, fundándose en que una inyección en el interior de la articulación,—tratándose de una preparación desprovista de las partes blandas del muslo—provoca la flexión del hueso. Tillaux, sin embargo, que no cree suficiente el poder del derrame articular para ocasionar la flexión de todo el muslo, la atribuye mejor á un acto instintivo, que tiene por objeto disminuir los dolores, por más que estos estén relacionados con la presencia del líquido. A pesar de esta flexión, por lo regular, los dos miembros inferiores son paralelos, lo cual se debe á una corvadura exagerada de la columna vertebral, que hace que la pelvis siga al fémur en sus movimientos; de manera que, cuando el miembro flexionado viene á ponerse en relación con el plano de la cama, en cuyo momento aparece extendido, se inclina la pelvis hacia el lado enfermo, siguiendo al fémur en su movimiento, lo cual determina una corvadura de la columna vertebral, que se denomina *ensilladura*, ó *lordosis sacro-lumbar*. Esta se observa muchas veces á la vista; pero el modo más fácil de apreciarla consiste en pasar la mano por bajo la región lumbar, observándose que aquella puede pasar sin dificultad; cosa muy difícil en estado normal. Al mismo tiempo, la columna vertebral se desvía hacia el opuesto al miembro enfermo, determinando la llamada *escoliosis*.

En el decurso del segundo periodo, pueden presentarse *luxaciones espontáneas* del fémur, debidas á la destrucción de las superficies articulares por el proceso tuberculoso. Estas luxaciones espontáneas, acarrean, naturalmente, un acortamiento del miembro, el cual ahora no será ya aparente, como sucedía antes, sino una verdadera disminución de la longitud, para cuya medición se han empleado

varios procedimientos, siendo el mejor de ellos el llamado *triángulo* de Giraud-Teulon. Este triángulo está limitado, hacia arriba, por una línea que, partiendo de la espina ilíaca anterior superior y pasando por la región glútea, vaya á terminar en la tuberculosidad ciática; hacia atrás le limita una segunda línea, que parte de la referida tuberosidad ciática y termina en la parte interna de la rodilla, en el punto de inserción de los músculos de la pata de ganso; el último límite está formado por una línea que, desde este punto, se dirige hacia arriba y afuera, para terminar en la espina ilíaca anterior superior. La primera de estas líneas, que forma la base del triángulo, corresponde, en su parte media, á la cavidad cotiloidea. Para la medición del miembro basta averiguar la longitud de la bisectriz de este triángulo, tirada desde la parte media de la base, hasta el vértice del mismo; practicando luego la misma medición en el lado sano, se obtendrá la diferencia de longitud entre los dos miembros. También puede practicarse la medición examinando el nivel á que se encuentra los dos maleolos internos, teniendo la precaución de que ambas espinas ilíacas superiores anteriores se encuentren en una misma línea horizontal, perpendicular á la línea media del cuerpo.

TERCER PERIODO.—Es el periodo *supurativo* y se caracteriza por la aparición de trayectos fistulosos. La supuración, en la coxalgia, no es un hecho constante y fatal, pero se presenta con bastante frecuencia en un periodo más ó menos adelantado. Los abscesos del coxartrocace pueden ser intra ó peri-articulares, de lo cual resultará que los trayectos fistulosos estarán ó no en comunicación con la articulación. El punto donde aparecen los abscesos coxálgicos depende del sitio que ocupa primitivamente el tubérculo, pues aquí, lo mismo que en el mal de Pott, el pus, para abrirse al exterior, sigue los intersticios musculares ó aponeuróticos, obedeciendo á su propio peso. El aspecto de la región en este periodo es ya más notable, pues, conservándose las deformaciones y actitudes viciosas, se pre-

senta tumefacta, indurada ó pastosa en algunos sitios, con una marcada atrofia de los grupos musculares pelvi-trocantéreos. Si se introduce un estilete en los trayectos fistulosos, se reconoce una superficie ósea denudada, con los caracteres de cáries ó de necrosis con secuestros móviles.

PRONÓSTICO.—El coxartrocace es siempre una enfermedad grave, cuyas terminaciones pueden ser la curación, la anquilosis y la muerte.

La curación completa es sumamente rara, aunque no imposible y puede obtenerse en algunos casos cuando se trata de niños de corta edad, en los cuales, desde el principio de la dolencia, se ha establecido un tratamiento apropiado.

La terminación por anquilosis es la más frecuente y aún puede calificarse de afortunada en gran número de casos. De manera que, por lo general, al hacer el pronóstico de esta enfermedad, hay que advertir que, casi con seguridad, quedará una rigidez de la articulación, pudiendo estar satisfechos con obtener la conservación de la vida.

Los peligros de muerte son tanto mayores cuando más avanzada se encuentre la enfermedad y principalmente en su período supurativo, que determina la emaciación, diarreas colicativas, hectiquez, etc.

TRATAMIENTO.—Desde el momento que se haya confirmado el diagnóstico de coxalgia, debe emprenderse el tratamiento, que este debe ser general y local, pues se trata de una de las afecciones en la que mayor influencia ejerce el tratamiento higiénico é interno. Todos los reconstituyentes están perfectamente indicados: el aceite de hígados de bacalao, los preparados de iodo, el fosfato de cal, (1) etc., no olvidando la higiene y la permanencia á orillas del mar.

(1) En casos de esta índole, hemos ensayado varias veces la solución de todo-fosfato de cal, preparada por el Dr. Giol, habiendo obtenido con este preparado brillantísimos resultados.

El tratamiento local debe dirigirse á cumplir las dos siguientes indicaciones: inmovilizar el miembro afecto y conservarlo en buena posición durante todo el curso de la enfermedad.

La inmovilización se obtendrá con la permanencia en la cama y aplicando multitud de aparatos, cuya sola enumeración ocuparía mucho espacio, con vendajes enyesados ó silicatados, que mantengan el miembro inmóvil y en buena posición. Conviene que el enfermo esté acostado, no en la cama ordinaria, sino sobre un plano más duro, con objeto de vigilar la *ensilladura*, (1). En ciertos casos, con este solo tratamiento se obtiene la anquilosis en buena posición.

Cuando la enfermedad se halla en el segundo período, es decir, cuando el miembro presenta gran tendencia á la flexión y á las posiciones viciosas, á la inmovilización y al reposo, hay que añadir la extensión continua, cuya técnica no expondremos por ser harto conocida y porque atañe á la Medicina operatoria. La extensión continua, el reposo y la inmovilización deberán continuar, á veces durante mucho tiempo, esto es, hasta tanto que hayan desaparecido todos los síntomas de la enfermedad, debiendo estar precavidos contra las mejorías engañosas, que con harta frecuencia se observan. En los casos en que las posiciones viciosas daten de largo tiempo, puede hacerse la extensión y corrección de dichas actitudes de un modo brusco, por medio de la anestesia, clorofórmica ó etérea, empleando luego la inmovilización y la extensión continua, como en los demás casos.

Cuando la afección ha llegado al período supurativo, es preciso tener en cuenta que los abscesos pueden ser extra é intra articulares. En el primer caso, es opinión corriente entre todos los cirujanos abstenerse de su abertura, pues, aparte de que de ella no se obtendría grandes resultados,

(1) Esto se obtiene fácilmente colocando debajo del colchon una tabla bastante ancha.

en muchas ocasiones se ha visto la reabsorción de dichos abscesos. Cuando se trate de abscesos que comunican directamente con la articulación, procede su abertura, practicando su desinfección é inyecciones de éter iodofórmico ó de soluciones de cloruro de zinc. Si al explorar los trayectos fistulosos se encuentran superficies óseas desnudas, debe practicarse el raspado y cauterización de las mismas, así como la extracción de los secuestros. Hoy día, ha alcanzado un grado de perfección muy satisfactorio la resección coxo-femoral, que está perfectamente indicada en el conxartrocaje con destrucción de las superficies óseas. Se ha recomendado la resección de la cadera, aún antes de que la enfermedad haya llegado al período supurativo; pero creemos que esto constituye una práctica prematura, tanto más, cuanto que expone al enfermo á los peligros de la operación, siendo así que, con el tratamiento indicado antes, se obtiene, en muchos casos, la curación por anquilosis, si se ha empezado el tratamiento desde el principio.

Una vez obtenida la curación, si la anquilosis se ha efectuado en posición viciosa, esto es, en flexión en ángulo recto, conviene corregirla, para lo cual pueden seguirse dos métodos distintos: uno manual, *ósteo-clástico*, y otro operatorio, al que se llama *osteotomía* sub trocantérea, de Volkman.



LECCIÓN TRIGÉSIMASÉPTIMA

Gonartrocaee, ó tumor de la rodilla

La artritis tuberculosa de la rodilla es la que presenta los caracteres más notables del género y como recae en una articulación extensa y en la que son fáciles de apreciar todas las modificaciones sintomatológicas, es la que más se presta á servir de tipo para la descripción de la artritis tuberculosa en general.

Como en las otras articulaciones, puede el tubérculo desarrollarse primitivamente en la sinovial ó en el hueso. La iniciación de la enfermedad por parte del hueso es más frecuente en los niños que en los adultos, en los cuales suele empezar la lesión por la sinovial.

Tanto en uno como en otro caso, el diagnóstico, al principio, presenta grandes dificultades, pues en muchas ocasiones el mal sólo puede ser sospechado en méritos de los antecedentes del enfermo.

Prescindiremos de la anatomía patológica, pues las lesiones que expusimos al hablar de la artritis tuberculosa en general encuadran perfectamente con las que se observan en la rodilla.

SINTOMATOLOGÍA.—Por regla general, se trata de un sujeto joven, á quien desde algún tiempo le aqueja cierto dolor en la rodilla. Este dolor es espontáneo en toda la articulación, aún cuando aumenta de intensidad á la presión en uno ó más puntos de los cóndilos del fémur ó de las tuberosidades de la tibia. La progresión, aún cuando posible, está dificultada por el dolor y una sensación de peso. A todo esto, el aspecto de la rodilla es normal, hasta que aparecerán las deformaciones propias de otro período. Si se trata de la forma sinovial, es decir, si la enfermedad ha empezado por ésta, será también difícil reconocerla, pues los únicos síntomas se reducirán á tumefacción indolora y sin fluctuación, que no va acompañada de aumento de temperatura ni de rubicundez, de donde los nombres de tumor *frío ó blanco*.

Transcurrido algún tiempo, si la enfermedad comenzó por el hueso, el tubérculo invade la articulación; si empezó por la sinovial, las fungosidades de esta se propagan al cartilago y al hueso, viniendo á constituirse la *osteo artritis tuberculosa*. Entonces aparecen ya deformación y aumento de volumen, con desaparición de las eminencias y depresiones normales de la rodilla; la rótula no forma bulto por delante de la región, cosa muy característica. Consérvase la piel con su temperatura y color normales, al propio tiempo que se nota fluctuación, ó mejor, pastosidad, más manifiesta á cada lado de la rótula. Los movimientos, aún cuando no abolidos, se encuentran dificultados, contribuyendo á ello principalmente el dolor; dolor que, no obstante, no alcanza á la intensidad que en otras artritis (reumática ó blenorragica).

El miembro se coloca en semiflexión, sin que este síntoma sea privativo de esta forma de artritis, pues, cuando se presenta, se debe á la existencia de un derrame articular. La semiflexión no se presenta constantemente, pues cabe en lo posible un gonartrocace sin hidrartrosis tuberculosa; pero este no se observa con mucha frecuencia.

En ocasiones, se presentan en la rodilla movimientos de

lateralidad, los cuales indican un estado de desorganización bastante adelantado de la articulación. En estado normal, cuando la rodilla está extendida, los movimientos laterales son imposibles porque están tensos los ligamentos laterales, al paso que cuando está flexionada, como dichos ligamentos están flácidos, permite algunos deslizamientos de lateralidad. Para evitar, pues, el error, al tratar de determinar si existen ó no estos movimientos, hay que hacerlo en la extensión del miembro, es decir, mientras deben estar tirantes los ligamentos laterales.

El proceso va avanzando más ó menos lentamente, hasta alcanzar un nuevo período, caracterizado por la formación de abscesos. Estos pueden ser intra ó extra-articulares, según el punto en que se haya desarrollado primitivamente el tubérculo. Cuando el núcleo se encuentra en el seno del hueso, puede ir corroyendo las trabéculas óseas, hasta llegar á destruir la laminilla compacta sub-cartilaginosa y el mismo cartílago, penetrando en la articulación el pus; ó bien este, desde el primer momento, se dirige hacia la superficie, para abrirse al exterior. De igual modo, pero en sentido inverso, la supuración iniciada en la cápsula sinovial, puede propagarse, hasta llegar á las superficies óseas. Los abscesos, sean articulares ó periarticulares, acaban por abrirse al exterior, quedando trayectos fistulosos, que, según su procedencia, comunicarán ó no con la articulación.

En virtud de la destrucción de las superficies óseas y de la distensión y aún destrucción de los medios unitivos, las referidas superficies óseas cambian de lugar, hasta el punto de que se originan sub-luxaciones y aún luxaciones completas. La sub-luxación de la tibia puede hacerse hacia adelante, hacia afuera ó hacia dentro, dependiendo estas diferencias del punto que ha sufrido mayores destrucciones; pero la manera más frecuente es el deslizamiento de la tibia hacia atrás, resbalando sobre los cóndilos como en un plano inclinado. Este desplazamiento, que puede llegar á la luxación completa, es favorecido por la acción de los músculos flexores de la pierna sobre el muslo y por la posición

de semiflexión en que se encuentra la rodilla. En tal estado, los cóndilos del fémur forman proeminencia debajo de la piel y la rótula es atraída por la tibia, borrándose el correspondiente abultamiento.

PRONÓSTICO.—Ante todo, digamos que la curación completa de la artritis tuberculosa de la rodilla, con la conservación íntegra de su funcionalismo, es únicamente posible en individuos jóvenes y con estado general satisfactorio, en los cuales la enfermedad no ha llegado al período supurativo y ha sido sometida desde el principio á un tratamiento conveniente. Aún así, la conservación de los movimientos es hecho raro. Por esta razón, en general, cuando se habla de la curación de una artritis tuberculosa de la rodilla, se quiere expresar que han podido conservarse la vida y el miembro, aún que esté con un defecto irremediable, cual lo es la pérdida de los movimientos articulares. Estos casos pueden considerarse felices, puesto que no siempre es posible evitar la hectiquez y la generalización de la tuberculosis.

TRATAMIENTO.—El tratamiento general tiene aquí la misma importancia que dijimos al hablar del coxartroca. El tratamiento local consiste, en los primeros tiempos de la enfermedad, en mantener el miembro en reposo é inmovilizarlo. En estos casos es cuando está más indicado el apósito de Lucas Championiere.

Si la rodilla se encuentra en semiflexión ó en flexión completa, debe procurarse la extensión súbita ó lentamente, en varias sesiones, aplicando luego un aparato inamovible. Si la actitud viciosa obedece á la acción de los músculos flexores de la pierna, conviene la extensión continua, que, además de relajar las potencias musculares, servirá para evitar que se reproduzca la flexión. La inmovilización deberá prolongarse hasta tanto que se haya obtenido la anquilosis; pero podrán permitirse algunos ejercicios al paciente, con la condición de que la rodilla esté perfectamente inmovilizada y no haga uso del miembro afecto.

Cuando se forman abscesos periarticulares, es preciso

abrirlos y curarlos antisépticamente; si hay supuración articular y se han formado trayectos fistulosos, pueden ensayarse el raspado y la cauterización, que surtirán buenos efectos cuando se trate de un foco óseo limitado y sin comunicación articular. Sin embargo, por lo general, tendrá que recurrirse á la resección de la rodilla ó á la amputación. La *artrectomía*, operación que consiste en la abrasión ó extirpación de la sinovial, es solamente aplicable á los casos en que las lesiones están limitadas á dicha membrana, cosa que, además de ser difícil de conocer á punto fijo, tiene la desventaja de que la operación debería hacerse desde el principio, esto es, cuando el enfermo ó sus allegados no se habrán aún conformado con la intervención operatoria.

Artritis tuberculosa del pié

Las particularidades referentes á ella derivan más bien del sitio de la lesión, que de la misma enfermedad, y esto por las disposiciones anatómicas de las articulaciones.

Si se trata, por ejemplo, de un foco de osteitis tuberculosa, bien limitado, en la extremidad posterior del primer metatarsiano, propagado á la articulación de este hueso con el primer cuneiforme, como esta articulación es independiente de las otras, la afección no se propagará. En cambio, si el proceso se desarrolla en las articulaciones tarso metatarsianas segunda ó tercera, pronto será invadido todo el tarso, por las comunicaciones que entre sí tienen las sinoviales. Esta limitación ó propagación puede presumirse desde el principio, con solo conocer el sitio en que se inicia la artritis.

La marcha de la enfermedad será la misma que en las demás artritis de igual naturaleza, siempre en relación con la extensión de las lesiones: el pié perderá su forma normal, presentándose hinchado y redondeado, con múltiples trayectos fistulosos, si la afección ha llegado al período supurativo; á través de estos trayectos, podrán reconocerse

con el estilete las partes óseas denudadas y más ó menos destruídas. Cuando la desorganización de los elementos articulares alcanza un grado muy elevado, es posible comunicar á las articulaciones gran número de movimientos anormales, percibiéndose, con tal ocasión, crujidos más ó menos acentuados.

El pronóstico depende del sitio que ocupan las lesiones, del período en que estas se encuentran y del estado general del enfermo.

El tratamiento, durante los primeros periodos y particularmente en los niños, debe ser el indicado en los casos análogos; reposo, inmovilización, cauterización, etc., unidos á la medicación general.

Cuando la enfermedad ha llegado al periodo supurativo, se imponen los medios operatorios. En presencia de una artritis tuberculosa bien limitada, como por ejemplo, la de la articulación de la primera cuña con el primer metatarsiano, podrá hacerse la resección parcial, pues ya hemos hablado de la independencia de esta articulación; mas cuando el proceso ha invadido otras articulaciones, desde las cuales, con seguridad, se propagará á las demás, no queda otro remedio que la amputación.

La amputación por el método de Lisfranc debe desecharse, porque se practica en la interlínea tarso-metatarsiana y hay articulaciones del tarso que comunican, por su sinovial, con esta interlínea, como son las inter-cuneiformes y las escafoïdo-cuneanas.

La amputación ó desarticulación medio tarsiana, de Chopart, aunque más racional, tiene la desventaja de que posteriormente, por las continuas contracciones de los músculos plantares, la cicatriz viene á corresponder al sitio que deberá ser punto de apoyo y en donde deberá descansar todo el peso del cuerpo, lo cual dificultaría notablemente la progresión.

Por estas razones, creemos preferible, en estos casos, la desarticulación sub-astragalina ó, si la extensión de las lesiones no la permite, la tibio-tarsiana.