

bemos tener presente que sus beneficios, siendo muy apreciables en algunos casos, no deben generalizarse hasta el punto de menospreciar sus inconvenientes; por el contrario, importa analizar en cada caso la clase de servicio que nos ha de prestar. En definitiva, la mejor regla práctica será la que saquemos del análisis desapasionado de los casos que terminan mal con o sin drenaje.

RESUME

Les indications du drainage abdominal s'nt toutes relatives. Pour l'appliquer, le chirurgien ne doit pas oublier que, bien que ses bienfaits soient très dignes d'estime dans certains cas, le drainage ne doit pas être généralisé jusqu'à l'extrême de mépriser ses inconvenients.

SUMMARY

All indications of the abdominal drainage are relative. In order to apply it, the surgeon should bear in mind that, even though its benefits may in some cases be valuable, it should not be generalized to the extent of undervaluing its inconveniences.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Kennzeichen der Unterleibsentswässerung sin alle relativ. Um sie anzuwenden, muss der Wundarzt daran denken, obgleich ihre Vorteile in einigen Fällen sehr schätzenswert sind, dass die Anwendung nicht bis zum Aeussersten verallgemeinert wird, um seine Schwierigkeiten zu unterschätzen.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA OSTEONDRITIS DEFORMANTE INFANTIL

por los doctores

AMANDIO TAVARES

Primer Asistente, Encargado de los Cursos de Histología y Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de Oporto,

y

ROBERTO CARVALHO

Encargado del Curso de Radiología en la misma Facultad.

En un período relativamente corto se nos ha ofrecido la ocasión de observar dos casos de una curiosa malformación adquirida de cadera, de la cual vamos a ocuparnos en el presente trabajo.

Observación I. — En diciembre del año pasado el colega

Fernando MAGANO (1), acompañó al consultorio de uno de nosotros a un niño de 8 años, Manuel C. C., para el examen radiográfico de la articulación de la rodilla derecha.

El referido niño se vió obligado en julio de 1926 a guardar cama por espacio de dos semanas, a causa de un traumatismo determinado por una solución de continuidad superficial de la región súpero-externa del muslo del mismo lado. Casi un mes después comenzó a quejarse de ligeros dolores en la rodilla, los cuales se intensificaron seguidamente, obligando a veces a interrumpir la marcha. Su madre cuenta que no apoyaba los pies en el suelo con la misma intensidad, no habiendo propiamente, sin embargo, claudicación. Por consejo médico se hicieron varias fricciones en la articulación que se suponía enferma, pero sin resultado, ya que al cabo de poco tiempo la marcha volvía a ser dolorosa y nítida la claudicación.

En la historia de sus antecedentes se encontraba: coqueluche y difteria al mes de haber nacido; a los tres meses aparecieron ulceraciones por el cuerpo, acumuladas principalmente en manos y pies.

Su madre sufría de intensas cefaleas y frecuentes dolores reumáticos; su padre había adquirido sífilis hacía bastantes años.

M. C. C. tenía la bóveda palatina en ojiva e implantación viciosa de los dientes. Ligeros signos de condensación del vértice derecho. Estado general, bueno.

Se quejaba de dolores espontáneos a nivel de la rodilla derecha, pero el examen de esta articulación no despertaba el menor dolor, y sus movimientos se hacían con amplitud normal. En la cadera del mismo lado, la exploración revelaba un dolor localizado en el punto de COOPER, conservando, sin embargo, la integridad de todos sus movimientos. El miembro inferior derecho presentaba un ligero acortamiento en relación con el del lado opuesto. No se percibían ganglios crurales ni ilíacos, como tampoco existían signos de atrofia.

Se procedió al examen radiográfico que demostró—no a nivel de la rodilla de la que se quejaba el niño, sino en la articulación coxo-femoral—alteraciones mucho más serias que las que dejaría entrever la ligera sintomatología apuntada.

En efecto, la radiografía entonces obtenida y reproducida en la figura 1, muestra una notable atrofia del núcleo cefálico del fémur, el cual se presenta fuertemente achatado y reducido a un disco poco espeso, distinguiéndose bien las irregularidades de su contorno y su estructura areolar; el referido núcleo que por fuera sobrepasa el cuello, no ofrece en los diversos segmentos densidad uniforme, siendo más pronunciada la transparencia, sobre todo, en la porción externa.

La superficie articular de la cabeza es casi plana (*coxa-plana*).

En cuanto al cartílago diáfiso-epifisario, oblicuo por abajo y por adentro y más largo que a la izquierda, preséntase ligeramente sinuoso y contorneado en S; su aspecto recortado y muy irregular no tiene límites nítidos, viéndose interrumpido en varios puntos.

El cuello del fémur está visiblemente espesado; midiendo al lado sano 23 mm. de espesor, éste tiene 33 mm. Las medidas tomadas no acusan acortamiento real del cuello.

(1) Reiteramos aquí nuestro agradecimiento al colega Fernando MAGANO, a quien debemos las notas clínicas referentes a este caso.

La interlínea articular tiene mayor longitud (10 mm.) que la del lado opuesto (6mm.); aumentada, casi elevada al doble, se encuentra también la distancia isquio-trocantérea (17 mm. a la izquierda, 30 mm. a la derecha). No es tan grande la diferencia para la distancia que separa el supracilio cotiloideo del cartilago en Y (39 mm. a la izquierda, 42 mm. a la derecha); este aumento del lado enfermo da la impresión de que la cavidad cotiloidea—que en otros casos no manifiesta irregularidad patológica alguna—procura adaptarse a la deformación de la cabeza articular, que, a su vez, no sobrepasa el contorno del supracilio.

La ojiva cérvico-pública, en lo que se refiere a la forma no es completamente idéntica en los dos lados y más adelante se verá como puede explicarse esta diferencia que según nuestra opinión no está a favor de la existencia de una subluxación, como podríamos suponer a primera vista.

Las alteraciones que acabamos de describir, especialmente el achatamiento de la epífisis femoral superior, caracterizan la afección que LEGG, citado por MOREAU (1) reconociera en 1905, como distinta de la coxo-tuberculosis y para la cual CALVÉ que en 1910 publicó una primera memoria sobre esto (2), adoptó más tarde (3) el nombre de *coxa-plana* propuesto por WALDENSTRÖM, atendiendo a sus caracteres morfológicos. Otros nombres se han atribuido a esta afección, objeto de tantas memorias y comunicaciones, y mayormente conocida de los cirujanos de niños y de los ortopedas: artritis deformante juvenil, enfermedad de PERTHES, enfermedad de LEGG-CALVÉ, *malum coxae* CALVÉ-LEGG-PERTHES, luxación congénita larvada, *caput planum*.

Se diagnostica de manera segura por los signos radiológicos; únicos que permiten eliminar las afecciones de la cadera susceptibles de confundirse por su sintomatología clínica especialmente la coxalgia y la luxación congénita.

En efecto, en presencia de un enfermo de esta naturaleza, debemos pensar desde luego en una tuberculosis de la cadera; sin embargo, el examen atento permite evidenciar ciertas irregularidades que despiertan en el espíritu del clínico la duda que le llevará a pedir una confirmación radiográfica.

Dolencia infantil, la *coxa plana*, se presenta por regla general, de los 3 a los 10 años, con cierta predilección para el sexo masculino y atacando sólo una articulación las más de las veces (4).

Tiene un principio insidioso y se manifiesta por una claudicación más o menos pronunciada, pero en general muy ligera; la marcha del niño hace recordar la de la luxación congénita unilateral y puede no ir acompañada del más mínimo dolor, como en el reciente caso publicado por MOREAU (loc. cit.). Por término medio, sin embargo, existe un ligero dolor en la cadera, irradiado a la rodilla, o, como en nuestro enfermo, localizado en esta articulación; dolor intermitente que no impide casi nunca al niño andar y correr, y que raramente le obliga al reposo. Por excepción, se observa un inicio febril - tipo febril descrito por FROELICH (1).

La cadera está en actitud normal o en aducción moderada, notándose frecuentemente una pequeña elevación del gran trocánter que no excede de 1 a 2 cm. De los movimientos realizados sin estallidos articulares sólo la abducción y también a veces la rotación, está muy comprometida; pero hay casos (y el que presentamos forma parte de los de esta categoría) en que se observa la completa libertad de movimientos; en otros, por el contrario, están más o menos atacados (2).

Las presiones en el trocánter y la percusión del miembro contra la cavidad cotiloidea no son dolorosas. A veces se nota un poco de amiotrofia ya limitada a los glúteos o coxales, ya abarcando todo el miembro inferior. El buen estado general del niño, la ausencia de adenopatía, y de empastamiento inguinal, y aún de contracturas, la libertad casi completa de movimientos (como observamos la abducción es apenas más o menos limitada) y por último la evolución - favorable en la osteocondritis deformante infantil (3), cuya cura se hace a veces, sin dejar

(1) FROELICH. — Des arthritides chroniques non tuberculeuses de la hanche du jeune âge ou coxites de croissance. *Revue de Chirurgie*, 1923.

(2) HARET, DARIAUX y DEVOIS.—(Sur un cas d'ostéochondrite probable chez un garçon de 15 ans, *Bulletin de la Société de Radiologie Médicale*, 1923), observaron un caso de un jovencito que presentaba la claudicación muy acentuada y únicamente se movilizaba con gran dificultad: ningún movimiento posible en la cadera izquierda, y, en la derecha, probabilidades mucho más limitadas de aducción y flexión.

(3) Por lo que respecta al porvenir de los enfermos atacados de la enfermedad de PERTHES, debemos mencionar algunos autores como LANCE, ANDRIEU y CAPPELLE (Remarques sur l'ostéochondrite déformante juvenile de la hanche. *Journal de Chirurgie*, 1921), no están conformes en que su límite sea la *restitutio ad integrum*; en los cinco casos por ellos observados y cuyo principio databa de los 7 a los 12 años, la afección determinaba «secuelas graves progresivas que parecen evolucionar, por una serie de *poussées* de artritis y de deformación cada vez más acentuadas, hacia una anquilosis definitiva». Los autores concluyen afirmando acerca de las relaciones de la osteocondritis con la osteoartritis deformante, que la primera puede provocar la segunda. Las secuelas a que se refieren y que tuvieron ocasión de observar son, además de la adaptación del cótilo a la deformación de la cabeza—la cavidad se hace más profunda y el techo se aproxima a la horizontal—las deformaciones de la pelvis: el hueso iliaco parece atrofiado, la espina ciática y el isquión forman una nítida salida en la excavación

(1) MOREAU.—Sur un cas d'ostéochondrite déformante infantile de la hanche. *Archives d'Electricité Médicale*, 1927.

(2) CALVÉ.—Sur une forme particulière de pseudo-coxalgie greffée sur des déformations caractéristiques de l'extrémité supérieure du fémur. *Revue de Chirurgie*, 1910.

(3) IDEM.—Coxa-plana. *La Presse Médicale*, 1921.

(4) Uno de los dos casos descritos por MÉRINE y BRILLOUET, era bilateral (Ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse fémorale supérieure et arthrite déformante de la hanche. *Bull. et Mém. de la Société Anatomique de Paris*, 1921.

la menor perturbación funcional mientras la coxalgia evoluciona hacia la anquilosis o hacia la dislocación progresiva—son otros tantos signos que permiten comparar estas dos afecciones.

Ya vimos que la radiografía conduce con seguridad al diagnóstico, dando cuenta de las lesiones que condicionan aquellos síntomas clínicos. Generalmente (muchos autores insisten sobre este punto), hay una gran desproporción entre lo que clínicamente se comprueba y lo que la radiografía revela: casi siempre se observan lesiones serias, mucho más graves de lo que sería de esperar ante la reducida sintomatología clínica. Los signos radiológicos apuntados por CALVÉ son: 1.º, disminución de volumen del núcleo epifisario femoral superior, que es, ya curvilíneo, ya en calota, o también en fragmentos; 2.º, integridad del cótilo o su modificación muy leve (1); 3.º, alargamiento del intersticio articular, a consecuencia de la constitución cartilaginosa predominante; 4.º, integridad de la cintura cervico-obturadora: no hay ascensión del fémur (2); 5.º, espesor del cuello femoral, dando a veces la apariencia de *coxa vara*; 6.º, ausencia de distrofias a distancia.

pélvica, el agujero obturador se achata, el estrecho superior se vuelve oblicuo ovalar.

FLEMMING MOLLER (Vid. ref. in *La Radiologia Medica*, vol. XIII, 1926), que consiguió reunir 76 casos curados, de los que 35 son personales, constituyó con ellos dos grupos, tomando por base el resultado clínico: el primero comprende 58 casos (78,4 %), terminados con buen resultado funcional; el segundo, 16 (21,6 %), en que de la enfermedad resultó una notable reducción de los movimientos de la cadera y una buena claudicación permanente.

Estos resultados demuestran que, desde el punto de vista funcional, la osteocondritis deformante no es tan benigna como se juzga y que las deformaciones por ella producidas predisponen a la osteoartritis consecutiva, verificándose este hecho en los casos que se dan por perfectamente curados.

En el caso que ROEDERER (vid. ref. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tomo XI, 1927), presentó a la «Société de Médecine de Paris», la criatura prosiguió su vida casi normal al cabo de dos años de cuidados. No obstante, el núcleo epifisario continuaba presentándose un poco magullado, sin que la forma del cótilo hubiese sido modificado.

(1) Algunos autores, entre ellos FEUTELAIS (vid. ref. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tomo VI, 1922), añaden a estos signos el de la regularidad de la superficie del cótilo.

Generalmente la cavidad cotiloidea permanece intacta; en algunos casos antiguos, sin embargo, se modifica no porque la infección fuera primitivamente atacada, sino porque se adapta a la forma normal de la cabeza del fémur. En dos casos de FROELICH, la adaptación manifestábase por un aumento de la cavidad e irregularidad de los contornos. En nuestra observación antes descrita, los contornos son perfectamente regulares e idénticos a los del lado opuesto; con todo, se nota ya un ligero aumento de la cavidad, acusado por la medición. En el caso que mencionamos, las alteraciones cotiloideas eran más acentuadas.

(2) Hay autores como, por ejemplo, LENORMANT (*L'ostéochondrite déformante de la hanche chez les jeunes sujets*, *La Presse Médicale*, 1913), que señalan la elevación del gran trocánter como uno de los signos de la osteocondritis; por el contrario, otros, como SORREL (vid. ref. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tomo VI 1922), aseguran que dicho ascenso trocánteriano no existe.

SORREL (1) apunta la existencia de perturbaciones de la osteogénesis del lado enfermo, traduciéndose por una decalcificación que ataca apenas el fémur o se extiende a todo el miembro inferior. También CAPETTE (2) señala la ligera decalcificación del fémur en los casos de evolución y MOUCHET (3), refiere una idéntica perturbación a distancia, observada, a veces en la tibia.

Analicemos con más detención las principales lesiones anatómicas y su evolución, con la ayuda de trabajos que tratan de este asunto más extensamente.

Al principio, en un período en general latente, desde el punto de vista clínico, se observa la destrucción total o parcial del núcleo óseo epifisario en el seno del cartilago, que conserva su desenvolvimiento normal; esta decalcificación o desintegración del núcleo, se hace muy rápidamente, «d'une manière presque foudroyante, entre deux radiographies a quelques semaines d'intervalle», como dicen LAQUERRIERE y ROEDERER (4). En las radiografías hechas durante este primer período, aparece el núcleo dividido en 2 o 3 pequeños fragmentos. El segundo período se caracteriza por la regeneración del núcleo, que se hace muy lentamente, por soldadura de los fragmentos. Estos se osifican al mismo tiempo. Entretanto, la epífisis cartilaginosa se achata y aumenta en longitud, de manera que la cabeza femoral queda de nuevo constituida con una notable deformación; los contactos articulares se hacen mal y se presentan entonces los fenómenos dolorosos que llaman la atención del médico en este período tardío de la evolución.

En uno de los casos de PERTHES (5) extrájose y examinóse uno de los fragmentos óseos: el revestimiento cartilaginoso de la epífisis tenía el aspecto

(1) SORREL. — Ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1920.

(2) Vid. ref. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tomo V, 1921.

(3) Idem. idem.

(4) LAQUERRIERE y ROEDERER.—A propos des malformations de la hanche. *Bull. de la Société de Radiologie Médicale*, 1927.

(5) Cuando PERTHES separó en 1913 la afección que lleva su nombre señaló las analogías de orden morfológico y clínico existentes entre sus observaciones y las 10 publicadas por CALVÉ tres años antes, con el título de «pseudo-coxalgia». Sin embargo, LENORMANT (loc. cit.), de quien recogemos estos datos, no consideraba tan completa la analogía y ponía en duda la identidad de las dos afecciones. Reconocía que los signos funcionales eran los mismos (claudicación, dolores, limitación de los movimientos, atrofia de los glúteos—felizmente en los enfermos de CALVÉ—aquella limitación no atacaba exclusivamente la abducción); que en los dos casos se trataba de niños de 3 a 10 años, que la evolución era igualmente favorable en los enfermos de uno y otro, pero, a pesar de esto, había notables diferencias en los signos físicos y radiográficos entre los dos grupos de enfermos; en lo que respecto a los signos radiográficos en ninguno de sus casos encontró CALVÉ las «manchas claras cartilaginosas ni las destrucciones óseas tan particulares de la osteocondritis deformante».

normal, conservando también el espesor y estructura propios, en el tejido óseo subyacente se encontraban numerosos islotes cartilagosos de contorno irregularmente dentellado y los dos mayores estaban debajo de aquel cartilago de revestimiento, ligados por un delgado pedículo. En el intervalo de estos islotes, constituido por cartilago hialino el hueso ofrecía la consistencia acostumbrada, pero las cavidades medulares del tejido esponjoso se veían mucho más aumentadas y encerraban médula ósea. Sin embargo, en ninguna parte se encontraban signos de infiltración inflamatoria.

La etiología y la patogenia de esta curiosa afección han sido muy discutidas, no llegándose a establecer todavía un acuerdo definitivo que nos ilustre sobre su naturaleza.

La osteocondritis deformante infantil ha sido atribuida a varias causas. Unos ven en ella una malformación congénita, otros la relacionan con el raquitismo, con la tuberculosis o la sífilis; hay quien defiende los orígenes traumático e infeccioso, y quien piensa en las alteraciones de las glándulas endocrinas.

CALVÉ en su primer trabajo sobre este asunto, consideraba las modificaciones observadas en la masa y en la forma del núcleo epifisario como un fenómeno de osteogénesis retardada, raquítica. La observación fundamental que le permitió asistir a la evolución completa de la *coxa plana* le mostró sucesivamente tres períodos: 1.º, de epífisis normal; 2.º, de rarefacción y de fragmentación del núcleo epifisario; 3.º, de regeneración ósea. Se trata, pues, concluía, no de subluxación o de cualquier otro vicio de conformación congénita, sino de una enfermedad cíclica que comienza en un individuo sano, evoluciona y termina, dejando como huella una malformación adquirida, una articulación deformada. Según CALVÉ, la destrucción parcial o completa del núcleo epifisario dependería de una causa infecciosa o traumática.

La hipótesis del origen traumático fué defendida por LEGG y perfilada por muchos autores, entre ellos GALVIN (1), quien en 1924 sostenía que la osteocondritis era el resultado de una acción traumática que perturba la circulación arterial de la epífisis, y añadía que la infección puede igualmente acrecentar aquel defecto original de nutrición. También RODERICK (2) señalaba en la historia de un gran porcentaje de casos, la relación de un traumatismo sufrido algunos meses antes.

Otros autores niegan que la osteocondritis deformante tenga alguna relación con un traumatismo; entre ellos hay FEUTELAIS (loc. cit.) y PHÉLIP (3),

(1) GALVIN.—Osteochondritis deformans juvenalis. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. XXXVIII, 1924.

(2) RODERICK.—Legg's or Perthes' disease. *The Lancet*, 1921.

(3) PHÉLIP.—Ostéochondrite infantile déformante bilatérale des hanches. *Bull. et Mém. de la Société Anatomique de Paris*, 1921.

quien describe un caso de localización bilateral y piensa que la bilateralidad constituye un valioso argumento contra el origen traumático.

La hipótesis del origen infeccioso es la que tiene actualmente más adeptos. PLATT (1) considera como muy probable una infección de virulencia atenuada. Hay casos aislados en que la reacción a la tuberculina es positiva; en otros se encuentran estafilococos blancos o amarillos, pero la mayoría de las investigaciones bacteriológicas resultaron infructuosas, presentándose el hueso estéril de modo que, según FROELICH, se debería culpar más bien a las toxinas que al propio agente.

Varias veces—aún con gran frecuencia en determinadas series—la reacción de WASSERMANN en estos enfermos ha sido positiva. LANCE, ANDRIEU y CAPPELLE (loc. cit.) refieren que Robert WILLARD, registró la positividad en 7 de 8 niños que presentaban lesiones típicas de la osteocondritis deformante; uno de los autores últimamente citados, impresionado por el artículo de éste último, estudió durante un año los efectos del tratamiento anti-sifilítico en los cinco enfermos que observaba, obteniendo resultados tan evidentes que le hacían suponer que si la heredosifilis no es siempre la causa de la osteocondritis deformante, puede sin embargo, constituir la en un gran número de casos.

Un punto importante y muy discutido es el de la relación que existe entre la osteocondritis deformante infantil y la subluxación o luxación congénitas. CALOT, en varios artículos publicados en estos últimos años (2, 3 y 4), procura probar, mediante los connotativos y antecedentes, los síntomas clínicos y radiográficos, que la enfermedad de LEGG no existe y que en todos los casos publicados, se trata de subluxaciones congénitas larvadas, ignoradas. Según dicho autor, las radiografías muestran deformaciones del cótilo, de la cabeza y del cuello, idénticas a las que se encuentran en la subluxación y también en las luxaciones congénitas. En su último artículo, CALOT, asegura que si LEGG y sus partidarios no habían visto la subluxación, es porque no sabían del todo que se trataba de una luxación congénita de la cadera, por no haberse aún descrito semejante afección, cuya importancia está evidenciada en sus trabajos. Hace poco más de un año, F. y M. ARCE (5), estudiando detalladamente este punto de diagnóstico diferencial y ba-

(1) PLATT.—Pseudo-coxalgia: a clinic and radiographic study. *The British Journal of Surgery*, 1922.

(2) Vid. ref. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tomo VI, 1922.

(3) CALOT y COLLEN.—L'ostéochondrite de la hanche (ou coxa plana) est une subluxation congénitale méconnue. *La Presse Médicale*, 1922.

(4) Vid. ref. in *La Radiología Médica*, vol. XIII, 1926.

(5) F. y M. ARCE.—Relación entre la osteocondritis deformante infantil de la epífisis superior del fémur y la subluxación congénita de la cadera. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, tomo XXV, 1927.

sándose en la apreciación de la prueba radiológica, concluyeron afirmando que la *coxa plana* va siempre acompañada de luxación o de subluxación congénitas.

Otros autores como BRANDES, citado por GALVIN, apuntaron el carácter hereditario, familiar de la osteocondritis; BRANDES, del estudio de 10 casos dedujo que ésta puede presentarse como malformación secundaria y consecutiva a la luxación congénita de la cadera de modo que la herencia era posible, pues apareció en niños de la misma familia o en familias en las que se encontraba la luxación congénita.

WALLS y VERBRUGGE (1), dan igualmente mucha importancia al factor herencia; en los dos casos de *coxa plana* que estudió se trataba de padre e hijo. Después de analizar los casos descritos y discutir las teorías etiológicas actuales, concluyen diciendo que, tanto en aquélla como en la artritis deformante, «se hereda una predisposición (acompañada o no de malformación), una enfermedad en el estado potencial que bajo la influencia de un traumatismo, de infecciones, de perturbaciones nutritivas o endocrinas, produce: en el niño una osteocondritis, en el adolescente, la *coxa vara*, y en el adulto, la artritis deformante».

Sobre esto, debemos añadir que FROELICH (2), habiendo podido seguir cuidadosamente una observación durante 18 años, desde el período inicial de la fragmentación y desaparición del núcleo óseo hasta el período terminal de reconstitución defectuosa de la cabeza femoral—refiere que de uno de los lados la deformación traía a la memoria en aquella fase la *coxa vara* esencial o epifisitis femoral de los adolescentes.

E. GUILLERMIN (3), estudiando las características de la *coxa vara* esencial y de la osteocondritis, saca la conclusión de que constituyen una única y misma afección, cuyo nombre difiere según la edad del enfermo, si se trata de la adolescencia o de la infancia.

La teoría de la congenitabilidad, aunque no sea, como dice DELCHEF (4) del todo inaceptable, no puede no obstante, generalizarse en todos los casos.

En la descripción de las alteraciones observadas en nuestro enfermito, se nos ofrece la oportunidad de referir la ligera diferencia que se notaba en la conformación de la ojiva cervico-púbica en las articulaciones del lado sano y enfermo (fig. 1): en éste, al contrario del otro, el borde superior del agujero obturador no se continúa exactamente con el borde inferior del cuello y sigue una ligera línea arqueada con más regularidad. La señal de SHENTHON (5) existe, pues, pero

sólo aparentemente; la diferencia no es debida según nosotros creemos, a una subluxación, más bien nos aparece como el resultado del espesor y dilatación juxta-conyugal del cuello por cuanto la distancia que separa el extremo interno del borde inferior del cuello, del límite inferior de la cavidad cotiloidea es igual o casi igual de los dos lados. En este caso, por lo menos, ni existen alteraciones del hueso coxal que nos recuerden una luxación o subluxación congénitas, ni la ligera modificación de la ojiva cervico-púbica nos parece suficiente para justificar semejante diagnóstico.

Observación II.—En 30 de mayo de 1927, uno de nosotros hizo la radiografía de A. S. S., natural de Valpaços. Este niño, que vino quejándose de la rodilla izquierda, ofrecía una sintomatología idéntica a la de la Obs. I; únicamente la claudicación era más pronunciada y la libertad de movimientos de la cadera menos perfecta; su abducción, estaba, sobre todo, bastante comprometida.

La radiografía (fig. 2) muestra la cadera derecha enteramente normal y en la izquierda la atrofia y achatamiento del núcleo cefálico del fémur, que se presenta en forma de una coma con la extremidad más voluminosa hacia afuera, sobrepasando ya el contorno de la cavidad cotiloidea, ya el del cuello femoral; del lado de dentro que corresponde al rabito de la coma sobrepasa ligeramente el cuello.

También se notan diferencias de opacidad consonante en los segmentos: el tercio externo es el más transparente, decalcificado, de todos, siguiéndose por orden el interno y el medio, que es el más denso. El núcleo parece estar constituido por varios secuestros. La superficie articular de la cabeza no es plana, como en el caso descrito anteriormente, sinón un poco convexa y con notable tendencia al achatamiento.

El espacio articular (1) se muestra claramente aumentado en altura de este lado (12 mm.) en relación con el opuesto (7 mm.).

A causa de la atrofia de la cabeza, se efectúa su ascensión, que se traduce por una ligera elevación del pequeño trocánter, en relación con el isquión. El cuello del fémur es notablemente espeso: en cuanto al del lado derecho mide 25 mm. en el sentido transversal y del lado izquierdo acusa 35 mm. Se presenta más transparente, vacuolar, con su estructura trabecular más aparente. La medición no denuncia un acortamiento real.

La diáfisis femoral es un poco menos desarrollada que la del lado opuesto (el diámetro transversal mide 20 y 21 mm., respectivamente) caracterizándose la

(1) Vid. ref. in *La Radiología Médica*, vol. XIII, 1926.

(2) FROELICH. — L'ostéochondrite déformante juvénile ou épiphysite fémorale supérieure des jeunes enfants, *Paris Médical*, 1923.

(3) Vid. ref. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tomo XI, 1927.

(4) Vid. ref. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tomo X, 1926.

(5) Acerca de la señal de SHENTHON y su importancia para el diagnóstico diferencial de las afecciones de la cadera, vid. la referencia que se hace a un trabajo de MEZZARI in *Archives d'Electricité Médicale*, 1928.

(1) Este aumento del espacio articular que también se notaba en nuestro primer caso no es el resultado (como podría parecer a primera vista) de la atrofia del núcleo y su separación consecutiva de la cavidad cotiloidea. Se trata más bien de una repulsión en masa de toda la extremidad superior del fémur, atribuida por MOUCHET a la existencia de un derrame intra-articular. En efecto, la diferencia en la distancia isquio-trocantérea de los lados enfermos es respectivamente: 32 mm. y 23 mm., diferencia que, como se dice, podía apreciarse en la primera radiografía.

OSTEOCONDritis deformante infantil

A. TAVARES

R. CARVALHO

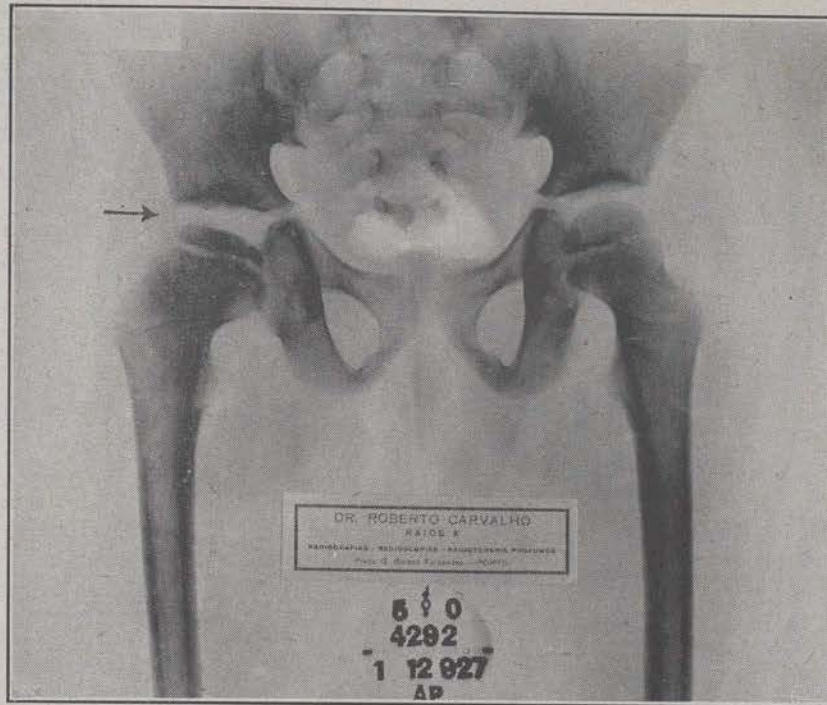


Fig 1

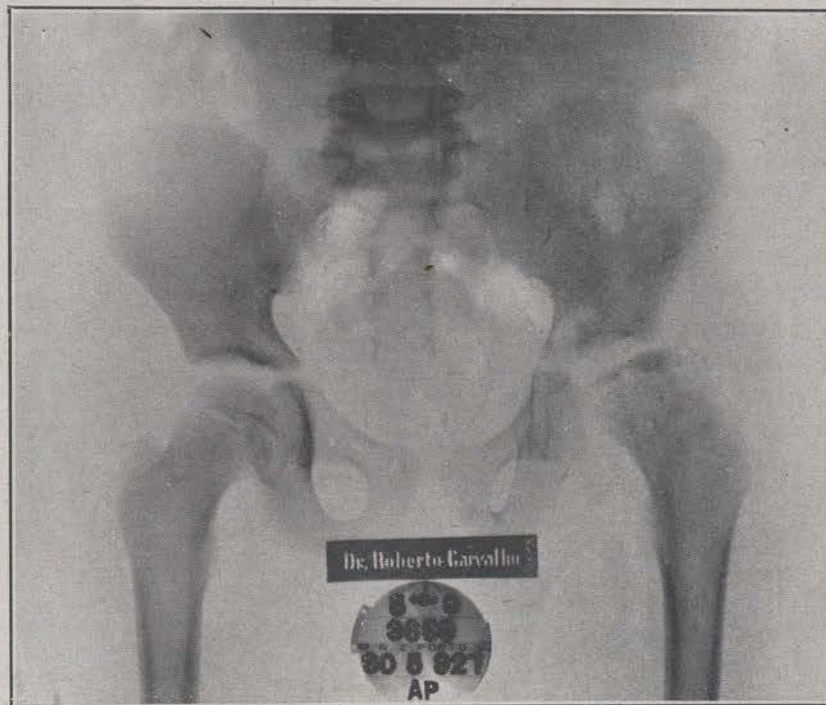


Fig 2

distrofia ósea sobre todo, por el menor espesor de la capa cortical del hueso compacto.

Por lo que respecta al cótilo, aunque no se haya modificado la dimensión transversal de la bóveda, sus contornos son un poco irregulares, acompañándose esta irregularidad de decalcificación del hueso ilíaco.

La separación de la ojiva cervico-pública sobresale bastante, pero, al contrario de lo que se efectuaba en la Obs. I, en la que la deformación era la resultante del espesor y dilatación juxta-conyugal del cuello, en el presente caso probamos la verdad de un desplazamiento, de una subluxación.

Se trata igualmente de un caso de osteocondritis deformante, pero en el que a las lesiones características de la cabeza femoral y a su notable desplazamiento se asocian alteraciones cotiloideas. Ahora bien, estas alteraciones pueden ir ligadas a la simple evolución de la lesión femoral, así pues, como dice muy bien ROCHER, una lesión articular desarrollada primitivamente a nivel de la extremidad femoral no deja de influir en la edificación del cótilo que la contiene. Cierto es que nada nos autoriza a suponer que se trate de lesiones de origen congénito; otro tanto podemos decir de la subluxación que más parece una consecuencia de las primitivas alteraciones femorales.

A lo sumo, puede afirmarse que la luxación o subluxación acompaña a veces (y siempre, como informan F. y M. ARCE), a la *coxa plana* u osteocondritis deformante infantil, que existe pues, realmente, y conserva a nuestra opinión el carácter de afección autónoma, bien distinta de la subluxación congénita, en cuya dependencia pretende CALOT hacerla ingresar. Aún el año pasado, ROCHER (1) en un documentado trabajo manifestaba la opinión de que la *coxa plana* posee una evidente autonomía en el cuadro de la patología ósteo-articular.

Es cierto que no es a nosotros a quien compete establecer—dado el reducido número de casos—el criterio seguro acerca de la cuestión etio-patogénica de la osteocondritis, tan discutida y completa, y mientras tanto, no nos repugna participar de la opinión de PERTHES, que la atribuye a una perturbación de la nutrición ósea, y como ésta se localiza siempre en una región limitada que comprende la cabeza, el cartilago de conjugación y la parte sub-externa del cuello—zona que corresponde exactamente al territorio de distribución de la arteria descrita por LEXER—puede muy bien relacionarse como lo hizo aquel autor, con una lesión primitiva de este vaso.

Todo se limitaría, pues, a una perturbación trófica favorecida, como así lo piensa ROCKEMER (2), por con-

diciones especiales de nutrición de la cabeza femoral en la primera infancia.

Queda por saber cuál es la naturaleza de la lesión. Para los defensores de la teoría traumática, se trataría de una rotura de la arteria, pero lo cierto es que no siempre se puede achacar al traumatismo.

En nuestro primer caso hay su evidente intervención un poco antes, pero ¿no actuaría apenas como simple causa funcional, favoreciendo el despertar de una infección latente? La heredosifilis de M. C. C. era muy probable, y de acuerdo con esta sospecha, se instituyó el tratamiento específico asociado al reposo con extensión continua en la que se mantuvo el enfermo durante cinco meses. Los dolores, ya espontáneos, ya provocados, desaparecieron: la claudicación se hizo mucho más ligera.

En lo que se refiere al segundo enfermo, nada podemos decir acerca de la evolución de su mal, ya que no nos fué posible proceder a un nuevo examen, ni obtener algunos datos que nos permitieran apreciar la influencia del tratamiento aconsejado.

Acercas de la terapéutica, MÉRINE, en su tesis defendida en 1919 (1), recomienda que se reduzca a un cierto período de inmovilización, y GALVIN (loc. cit.), refiere que para conseguir la curación, bastan, por regla general, el reposo y la inmovilización en aparato enyesado de 3 a 6 meses. La intervención quirúrgica tiene sus indicaciones, pero en un pequeño porcentaje.

FROELICH, preconiza al principio que se inmovilice la articulación en abducción con extensión continua, manteniendo aquella pasado el período doloroso, con un aparato de yeso al que se junta una tracción elástica y, cuando la claudicación sea mayor, recomienda un reposo relativo, poner el miembro en abducción durante la noche. Además de estos cuidados, el uso de recalcificantes y preparados yodados, el tratamiento antisifilítico si hay sospecha de especificidad, no despreciando la opoterapia pluri-glandular, que en dos de sus casos dió buenos resultados.

Terminaremos reconociendo una vez más, la necesidad de insistir acerca del diagnóstico diferencial de esta afección con la artritis deformante de la cadera. En nuestro primer caso un radiólogo estableció el diagnóstico de «coxalgia en la primera fase de destrucción». Este error se comete con frecuencia. Sin embargo, la deformación especial, característica, del núcleo epifisario, los escasos dolores de que va acompañada la *coxa plana*, la integridad de la articulación, los tejidos peri-articulares, y aún su evolución, la distinguen bien de la artritis deformante, enfermedad del cartilago diartrodial que modifica el espacio articular y lesiona profundamente el cótilo, produciendo osteofitos y terminando con la anquilosis. Y se comprende fácilmente la importancia de un diagnóstico exacto en casos de este género, tanto para establecer el pronóstico, como para instituir el tratamiento, uno

(1) ROCHER.—L'authenticité et l'autonomie de l'épiphysite fémorale, dénommée ostéochondrite de la hanche ou coxa plana. Etude radiologique et anatomo pathologique de 4 cas. *Archives d'Electricité Médicale*, 1927.

(2) ROCKEMER.—Vid. ref. in *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale medico-chirurgicale*, tomo V, 1928.

(1) Vid. ref. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tomo III, 1918-1919.

y otro, muy diferentes según las circunstancias que dependen de la naturaleza de la afección.

(Trabajo del Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Porto).

RESUME

Contribution a l'étude de l'ostéochondrite déformante infantile, grâce a deux cas très intéressants et bien documentés.

Les Auteurs pensent que cette maladie est une affection autonome, très différente de la subluxation congénitale avec laquelle CALOT prétend la confondre.

SUMMARY

A contribution to the study of the infantile osteochondritis deformans reporting two interesting and well detailed cases. The authors believe that the disease is an autonomous infection, quite distinct from the congenital subluxation with which CALOT tries to confound.

ZUSAMMENFASSUNG

Beitragung zum Studium der entstehenden Knochenknorpelentzündung bei den Kindern, durch die Beibringung von zwei interessanten und dokumentierten Fällen. Die Autoren sind der Meinung, dass diese Krankheit ein autonomes Leiden ist, sehr verschieden von der angeborenen Verdrehung, mit der Calot sie zu vergleichen versucht.

EXPLORACIÓN, FISIOPATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE LAS AFECCIONES ANALES

por los doctores

E. y A. CARDONER

de Barcelona.

Una exposición de la misma supone la de los distintos métodos empleados para el diagnóstico, los cuales son: el interrogatorio, la inspección, la palpación, las pruebas de laboratorio y la exploración de algunas partes del organismo vecinas del ano o en relación con el mismo.

La utilidad de estos distintos medios es muy desigual. Con excesiva frecuencia, ante un enfermo de la región ano rectal, el médico se limita a hacer un interrogatorio más o menos extenso; a esta conducta contribuyen, como señalan DELABET y BRECHOT (1), dos factores psicológicos: 1.º una instintiva repugnancia por parte del que asiste al enfermo; 2.º un sentimiento de pudor mal entendido por parte del pa-

ciente. Ello es tanto más de lamentar cuanto que el interrogatorio, como veremos en el párrafo próximo, suministra datos comunes a todas o casi todas las enfermedades ano-rectales, no pudiendo por consiguiente fundarse en él niuguna conclusión acerca de la clase de alteración morbosa causante de los mismos.

INTERROGATORIO.—Así como en el resto de enfermos del aparato digestivo lo que nos refieren de sus sensaciones, constituye una sólida base cuando no todo el armazón del diagnóstico, en los enfermos de la zona anal, el interrogatorio únicamente proporciona una orientación. Sin haber visto y tocado la región que se presume afectada y sus vecindades, nadie debe atreverse a afirmar que en ella exista un proceso patológico y mucho menos que éste sea de tal o cual naturaleza. Esta idea no debe apartarse de la mente del que quiera diagnosticar una enfermedad anal.

Así es como después de preguntar brevemente por las sensaciones molestas o dolorosas, ligadas o no a la defecación, por la prociencia y por la secreciones anormales, se procede a buscar la causa de los mismos mediante la inspección y en último término con la palpación.

En algunas ocasiones un interrogatorio efectuado durante estos otros tiempos de la exploración, sirve para precisar algunos caracteres de la lesión que se encuentra ante los ojos o los dedos del observador.

INSPECCIÓN.—Para conseguirla debe hacerse visible todo el conducto u orificio anal. La porción más extrema del ano se ve fácilmente sin necesidad de ninguna manipulación. No sucede lo mismo con su porción interna que, hallándose apretada por la tonicidad del aparato muscular anal, se pliega y se oculta por el adosamiento de sus paredes. Estas dificultades se corrigen de dos maneras: 1.ª exteriorizando el ano; 2.ª introduciendo en él diversos aparatos que lo dilatan y despliegan *in situ*.

Exteriorización anal.—Se obtiene con muy distintos procedimientos, unos de aplicación y otros de empleo restringido.

Los procedimientos de uso más frecuente son los que aprovechan determinadas *posiciones*; la exteriorización obtenida con las mismas es completada por la proporcionada por un esfuerzo sostenido como el de la defecación que el enfermo realiza a invitación del médico y por la tracción suave pero continua hacia afuera que éste ejerce para estirar y separar los relieves que limitan los surcos radiados. La posición a que se recurre depende generalmente de los hábitos del explorador; las examinaremos brevemente. La de la talla perineal, muy socorrida por los cirujanos, es incómoda e incompatible con un reconocimiento de larga duración. La posición genupectoral (en la cual el individuo está arrodillado, con la cabeza baja y los brazos cruzados sobre una almohada), adolece del mismo e importante inconveniente.