

Ars Medica

Año X

Marzo de 1934

N.º 102

El tratamiento quirúrgico de las artropatías crónicas no tuberculosas

por

A. Aimes

de Montpellier

I

Está casi generalmente admitido que las artropatías crónicas no tuberculosas son tributarias del tratamiento médico y de la cura termal. Para un gran número de casos, esta afirmación es exacta, pero, actualmente, conviene dejar un notable lugar a la cirugía en el tratamiento de estas artropatías.

Hay que tener en cuenta, en efecto, los fracasos del tratamiento médico y de la crenoterapia, así como también su situación social de seguir estos tratamientos. Es un hecho, además, que estas lesiones se observan en los jóvenes en plena actividad, que no pueden, por consiguiente, en muchos casos aceptar una terapéutica de larga duración. Por fin, y sobre todo, hay que tener en cuenta los éxitos interesantes obtenidos por las intervenciones quirúrgicas y estudiar sistemáticamente sus indicaciones y sus resultados.

Esta cirugía es, al parecer, joven, pues goza de una renovación relativamente reciente. En realidad, puede ser considerada

como una de las más antiguas, puesto que en 1558, Ambrosio PARÉ (1) operó a Juan Bourlier de un cuerpo extraño de la rodilla "grande como una nuez". GUY DE CHAULIAC hizo la misma intervención con éxito, y su ejemplo fué seguido por PECHLIN (1691), después por SIMSON, HERVIN, GOOCH, FORD, SUZLER, etc. La cirugía de esta época, gracias a las curas por el alcohol y alcoholatos aromáticos, conoció éxitos sorprendentes. Desgraciadamente, la "cirugía de las cataplasmas y de los ceratos" originó desastres y con ellos un largo eclipse operatorio.

Pero no hay que creer, no obstante, que las operaciones en el reumatismo crónico no han sido reemprendidas en una fecha reciente, puesto que la primera resección de muslo, ejecutada por FOCK (2), por artritis reumática crónica, remonta a 1859, y las artrotomías, las sinovectomías por reumatismo crónico remontan a 1894-96. Hay que citar, al lado de FOCK, los nombres de W. MULLER (3), F. FRANKE (4), WEYPRECHT (5), CHOQUET (6), LEJARS (7).

Después de este segundo período, du-

rante el cual el número de operaciones fué mínimo, pero sus resultados satisfactorios, la terapéutica quirúrgica sufrió un eclipse en provecho del tratamiento médico.

El período intervencionista actual ha sido reemprendido por ALBEE (8), HILDEBRAND (9), DURAND (10), R. WITHMAN (11), MURPHY, MARAGLIANO, PUTTI, BAER, FRANKLING (12), LANCE, LECÈNE, MATHIEU, KONIG (13), WILMOTH, BOPPE, TAVERNIER, DUJARIER (14), HUECH (15), DUVERNAY, MASSART (16), etc. Los resultados obtenidos son interesantes y merecen llamar la atención de los cirujanos, y sobre todo de los médicos, pues sólo multiplicando las operaciones (en casos muy juiciosamente escogidos, bien entendido), será posible precisar las indicaciones operatorias y perfeccionar la técnica actual.

Teniendo en cuenta las restricciones bien indicadas por LECÈNE, pues estos enfermos son a menudo viejos y tarados, y después de un fracaso confirmado del tratamiento médico, la operación, asociada a los procedimientos ortopédicos (aparatos de enderezamiento y de inmovilización), proporcionará al enfermo, casi siempre, una mejora importante y a menudo la curación.

II

¿Cuáles son las variedades de artropatías crónicas no tuberculosas que, en casos cuidadosamente escogidos, pueden ser tributarias del tratamiento quirúrgico? (17).

Ciertas artropatías post-traumáticas o por trastornos estáticos.

La artritis traumática verdadera simple y sus secuelas.

La artritis traumática deformante por lesión cartilaginosa.

La artritis traumática por deformación

de las superficies articulares (deformación secundaria) (18).

La osteocondritis disecante de Koenig.

La artritis de las articulaciones "mal ajustadas", "insuficientes", por mala formación congénita, por lesión traumática o distrófica, o por sobrecarga: coxavara, coxavalga, subluxación congénita, etc.

Las secuelas de la osteocondritis deformante.

Ciertas artropatías de origen endocrino.

Ciertas artritis crónicas infecciosas: por sífilis o por gonococo, por ejemplo.

Las artritis juveniles.

Las artritis secas y más particularmente las artritis secas de los jóvenes (artritis seca del adolescente).

Ciertas variedades de reumatismo deformante, sobre todo en sujetos jóvenes:

Las artritis con cuerpos extraños.

La artritis de la ósteo-condromatosis articular de Henderson.

La artritis vellosa.

Algunas artritis con destrucción extensa.

Algunos casos de artritis poliarticulares.

R. MASSART da como indicaciones:

1) *Los dolores*.—Conviene operar los enfermos que sufren, después de haber agotado todos los tratamientos, sea porque sus superficies articulares estén mal ajustadas, ya sea porque tienen cuerpos extraños intraarticulares, ya sea, en fin, por periartritis. Estas reacciones determinan, en efecto, producciones fibrosas, englobando los vasos y nervios, reacciones que sobrepasan a menudo en importancia la lesión articular.

2) *La impotencia funcional*, grave sobre todo en el miembro inferior, sea por limitación articular, sea por anquilosis viciosas, ya por hundimientos articulares, deformaciones, subluxaciones o luxaciones.

III

Operaciones quirúrgicas propuestas:

1. No haremos más que señalar las *punciones* y las inyecciones *modificadas*.

Para estas últimas se utiliza, lo más a menudo, medicamentos a base de yodo, lipiodol, por ejemplo, sea en inyecciones intraarticulares, acompañándose de reacciones vivas, peligrosas (F. COSTE), ya sea para articulares (FORESTIER, CARLE ROEDERER).

2. La artrotomía está indicada en los casos de artritis seca o hidartrosis con cuerpos extraños.

3. La sinovectomía (W. MULLER, 1894; F. FRANCKE, 1896; Thèse de WEYPRECHT, 1896), puede ser:

a) *Parcial*: en la condromatosis sinovial de Henderson, con cuerpos extraños múltiples libres o en formación en la sinovial engrosada: en el codo, en la espalda y en la rodilla.

b) *Total*: en las artritis crónicas de la rodilla con engrosamiento de la sinovial e hidartrosis crónica. Hemos operado un caso en 1924, con buen resultado funcional.

Con más razón, la sinovectomía está indicada en la sinovitis proliferante.

Pero estas indicaciones son muy limitadas, pues no da más que mediocres resultados en las artritis deformantes con lesiones notables.

4. La queilotomía de SAMPSON HANDLEY y PRESTON BALL (19), (19 bis), el *modelaje operatorio* de HILDEBRAND, son indicados en la artritis deformante.

La queilotomía, extirpación de las proliferaciones ósteotuberculosas y en particular de aquellas que bordean la cavidad co-

tiloide, seguida de movilización y la operación de HILDEBRAND: artrotomía amplia, con ablación de cuerpos extraños articulares, supresión de encondrosis marginales, de los osteofitos, de franjas sinoviales, en fin, modelaje cuidadoso de las superficies articulares, operación seguida de la movilización de la articulación, tienen indicaciones excepcionales: la movilización es, en efecto, muy dolorosa y estas operaciones exponen a la anquilosis y a la recidiva.

5. Métodos anquilosantes:

a) Sea a la *artrodesis intra-articular*, siendo a veces difícil y aleatoria por el estado de atrofia de las superficies óseas, que da resultados mediocres, observándose frecuentemente la reproducción de la desviación (LANCE) (20).

b) Sea, de preferencia, a la *artrodesis extra-articular* propuesta en el muslo por ALBEE (*Orthopedic and Reconstruction Surgery*, 1929), y cuya técnica ha sido modificada por MATHIEU.

c) Sea a la *resección simple* que conviene en las artritis dolorosas de la rodilla, de la muñeca, del codo, de la espalda y que generalmente se aplica a la artritis del *hallux valgus*.

Hemos visto que la primera resección del muslo por artritis reumática crónica, hecha por FOCK en 1859, seguido de ZESAS (1888), ZANDER (1889), MAYDL, KLEIN (1897). En 1904, LEJARS hizo una resección del muslo por artritis post-traumática.

Después de la resección, se buscará la movilidad en el miembro superior y una anquilosis sólida en la rodilla, pero no debe olvidarse la advertencia de LEJARS: el estado de atrofia y de degeneración grasosa de los huesos impide a veces su soldadura.

La resección ortopédica de una articulación viciosamente anquilosada es una

excelente operación que conviene igualmente a las artritis anquilosantes en evolución del miembro superior.

d) Sea a la *resección artroplástica* o en el muslo, a la *operación llamada de reconstrucción de R. Withman*, que consiste en: decapitación de la cabeza femoral, modelaje del muñón del cuello, desprendimiento del trocánter mayor que se reinserta más abajo, por enclavamiento sobre la cara externa del fémur, para poner en tensión los muslos y mantener un cierto grado de abducción (RECHTMAN, PLATT, H. FRANKLING, DUJARIER, MATHIEU, PADOVANI (21).

Estos métodos dan, en general, excelentes resultados; las artrodesis en las que la resección suprime los dolores debidos a la falta de adaptación de las superficies articulares, dan un apoyo sólido. HUC (22), en un caso de coxartritis, en una mujer joven, anquilosada quirúrgicamente, ha visto a su operada adquirir de nuevo toda su actividad; su muslo estaba no solamente libre de anquilosis, sino también curada de su artritis.

Los resultados de las artroplastias han sido mediocres en la rodilla; sin embargo, el número de éxitos no es despreciable: GERNEZ y MOULONGUET (23), han obtenido, con la supresión de los dolores, una rodilla móvil mediante una artroplastia modelante en la artritis seca mono-articular.

Los resultados parecen mejores en el muslo, donde, desde 1912, NATZLER (24), en un caso de artritis deformante grave de los dos muslos, resecó las dos cabezas femorales e hizo una artroplastia con un colgajo músculo-aponeurótico a lo Murphy. BAER (25), sobre 100 artroplastias del muslo, había practicado 9 por artritis deformante.

Sin embargo, la artrodesis extra-articu-

lar de MATHIEU et WILMOTH, es de ejecución fácil, más benigna e igualmente eficaz.

La artrodesis encuentra su indicación en las artritis en evolución (LANCE), y en las artritis con rebladecimiento del tejido óseo de la cabeza femoral (HYBINETTE).

La resección modelante convendría a las artritis estabilizadas y a las artritis con cabeza femoral ebúrnea (HYBINETTE).

La artrodesis lleva consigo fatalmente la anquilosis; por esto, TAVERNIER prefiere intentar la resección modelante que conserva la movilidad articular (26), (27), (28), (29), (30). Con él, PADOVANI considera en el muslo, la artrodesis como un mal menor; y la resección ortopédica como la intervención ideal en los sujetos jóvenes, resistentes, bien musculados, animosos y sobre todo en los casos en que la afección tiene tendencia a ser bilateral.

En las localizaciones tan frecuentes del reumatismo crónico sobre el cuello del pie, MASSART elogia, según sus resultados personales, los buenos efectos de la *astragalectomía*, que suprime los dolores vivos y la molestia del andar.

6. *La operación de Lance—creación de un tope por injerto óseo*—es la operación preferible en el caso de lesión congénita con subluxación. Está en uso en la práctica corriente.

7. *Las perforaciones del cuello femoral* (J. GRABER-DUVERNAY: Tesis de Lyon, 1932; F. CLERET, L. ARNAUD, TAVERNIER), en las artritis del muslo está indicada para modificar el estado circulatorio del cuello "roturar el círculo vicioso vasomotor" (LERICHE).

Se puede utilizar la perforación simple o completar la operación introduciendo un injerto óseo en el túnel cervical.

El profesor ROCHER ha perfeccionado la

técnica proponiendo el control radioscópico intermitente alcanzando la parte central de la cabeza del fémur.

La perforación mejora considerablemente las artritis crónicas del muslo. Es una operación benigna, que puede ejecutarse con anestesia local, ventaja importante, puesto que estas artritis se presentan a menudo en individuos viejos.

8. Hemos practicado a menudo (AIMES: Congrès de chirurgie de París 1929; AIMES et REYNES: *Gazette Médicale de France*, 15 Mai 1931; REYNES: Tesis de Montpellier, 1931), con excelentes resultados en las coxartritis del muslo, y más particularmente en las secuelas de osteocondritis, en las subluxaciones congénitas, una intervención que consiste en perforar el cuello y la cabeza femoral, introducir un gran injerto tibial en el canal así formado y colocar injertos en el techo de la cotiloides.

Los injertos intracervicales cambian la arquitectura de las superficies óseas y pueden modificar su estructura; los injertos colocados en el techo de la cotiloides detienen los progresos de la subluxación de la cabeza y las desviaciones articulares, causa de los dolores.

9. *Operaciones sobre el simpático*: Las operaciones sobre los ganglios y sobre los troncos simpáticos convienen en los casos de poliartritis deformante progresiva. Han sido practicadas por ADSON, ROWTREE, HENCH, CRAIG, HENDERSON, MOORE (HENDERSON et ADSON: *Jour. of. Bone and Joints Surgery, Janvier, 1932.*—*Rapport CUNÉO, et ROCHER, más recientemente LERICHE et YOUNG: Prese Médicale, 14 Janvier 1933*), se han obtenido mejoras palpables en casos de poliartritis crónicas, reumatismo deformante con tendencia a la anquilosis, marcada sobre todo en los

codos y en los dedos: ablación de los ganglios estrellados derecho e izquierdo (mejoramiento durante 2 años y medio): artritis crónica deformante evolucionando hacia la anquilosis, habiendo alcanzado las dos rodillas, después la mayor parte de las otras articulaciones: cervicales, derecha e izquierda, ablación del tercer y cuarto ganglios lumbares (5 operaciones).

Los autores no pueden precisar aún las indicaciones, pero estas operaciones son legítimas en los sujetos jóvenes, que sufren mucho, que tienen localizaciones periféricas predominantes con sudores fríos y cianosis y con calcemia baja o normal. Aconsejan la abstención en las formas antiguas con anquilosis o brotes inflamatorios alcanzando sobre todo las grandes articulaciones.

10. *Paratiroidectomía*:

En los casos de reumatismo endocrino, los injertos pueden encontrar algunas indicaciones en las formas por insuficiencia (hipofuncionamiento tiroideo), así como las intervenciones sobre el paratiroides, en las lesiones ósteo-articulares por hiperparatiroidismo.

MM. WELTI et YUNG han hecho una exposición muy completa de la cuestión, en el *Rapport au Congrès de Chirurgie de París* (Oct. 1933). La paratiroidectomía está indicada en la poliartritis anquilosante o con tendencia anquilosante. Sobre 86 casos, operados por MM. OPPEL y sus colaboradores (46 casos de poliartritis anquilosante y 6 casos de artritis deformante con tendencia a la anquilosis), LERICHE y YUNG, BALLIN, FUNSTEN, JEANNENEY, WELTI, LAMBRET, etc., han obtenido 22 mejoramientos durando más allá del sexto mes.

Para M. JEANNENEY, que ha practicado la paratiroidectomía en siete casos de reumatismo crónico anquilosante, las indica-

ciones clínicas son: la poliartritis anquilosante, progresiva dolorosa; las indicaciones etiológicas: la artritis esencial, ni gotosa, ni infecciosa; las indicaciones radiológicas: la decalcificación global con geodas y lagunas. Los resultados más favorables se han obtenido en los casos recientes (*Bordeaux Chirurgical*, abril 1933.)

11. En el reumatismo ósteoarticular vertebral, SICARD aconseja la laminectomía.

IV

Contraindicaciones

Las contraindicaciones de la mayor parte de estas operaciones son numerosas, se relacionan sobre todo con la edad de los individuos. Las artritis crónicas atacan sobre todo los individuos ancianos y, por consiguiente, con taras viscerales o trastornos generales del metabolismo: azoemia elevada, diabetes, acidosis, albuminuria, obesidad, afecciones broncopulmonares, etcétera.

La edad avanzada constituye, por sí sola, una contraindicación y en principio, hay que abstenerse después de los 65 años; pero depende del estado físico del individuo y de su situación social: si el enfermo es aún fuerte, y sobre todo si su profesión exige una gran actividad o viajes frecuentes, se estará más tentado para proponerle una operación, que si es senil o puede practicar un tratamiento médico termal de larga duración.

La bilateralidad de las lesiones en el muslo y en la rodilla es una contraindicación a las operaciones anquilosantes.

En todo caso, evidentemente, no se recurrirá a la intervención más que después de un fracaso confirmado de un tratamiento médico serio y prolongado, a menudo después de haber practicado un tratamien-

to de prueba, ya que la sífilis simula a veces la artritis reumática crónica.

Nuestra enumeración de las técnicas quirúrgicas (y no es completa) no tiene otro fin que mostrar el interés que atañe al estudio del tratamiento quirúrgico de estas atropatías crónicas no tuberculosas, tan frecuentes y tenaces.

Aunque se trate de una cirugía a menudo difícil, siempre delicada, exigiendo una asepsia minuciosa, ha dado ya éxitos suficientes para que los médicos piensen en recurrir al cirujano en el caso en que, apesar de un tratamiento seguido durante mucho tiempo, los dolores persistan o se agraven, cuando aparezcan deformaciones o cuando la impotencia funcional transforme los enfermos en lisiados; por fin, cuando los aparatos ortopédicos, pesados y molestos, son mal soportados, sobre todo en individuos jóvenes.

Hablando de las resecciones, de artroplastias de la operación de Withman, M. TAVERNIER escribía: "Discutiremos sin duda, durante mucho tiempo los méritos respectivos de estas diferentes operaciones. Pero lo que me parece más importante por el momento, es demostrar que son capaces de transformar la situación de los enfermos destinados hasta hoy día a la impotencia y a dolores definitivos, y que las formas graves del *morbus coxae senilis* tienen algo mejor que hacer que arrastrar su tragedia de una estación de aguas a otra."

Multiplicando las operaciones, en casos sometidos a una selección severa, pues conviene ser muy prudente, las indicaciones se precisarán, los métodos se perfeccionarán y los resultados operatorios felices, tan numerosos ya, proporcionarán una posibilidad de curación a los enfermos padeciendo afecciones largas, dolorosas, en las cuales la terapéutica es con demasiada frecuencia ineficaz.

BIBLIOGRAFIA

1. AMBROISE PARÉ: Editions Malgaigne, tome III.
2. FOCK: *Arch. f. klin. Chir.*, 1861, I, p. 172.
3. W. MULLER: Zur Frage des operativen Behandlung des Arthritis deformans und des chronischen Gelenkrheumatismus *Arch. f. klin. Chir.* 1894, XLVII, 3-4.
4. F. FRANKE: Festschrift, Benno Schmidt der Vollendung seines 70 Lebensjahres gewidmet. Leipzig, 1896.
5. K. WEYPRECHT: Zur operativen Behandlung der Arthritis deformans. *Thèse de Wurtzbourg*, 1896.
6. CHOQUET: De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés d'arthrite sèche. *Thèse de Lille*, 1896.
7. LEJARS: *Semaine Médicale*, 18 Janvier 1905.
8. ALBEE: *Amer. Med. Assoc.* 1908, 1925: *Surgery Gyn. and Obst.* mars 1910. *Amer. Jour. Surg.* 1921.
9. HILDEBRAND: Les arthrites déformantes des grandes articulations et leur traitement chirurgical. *Berlin. Klin. Woch.* 1921.
10. DURAND: De l'arthrodèse de la hanche dans certaines arthrites chroniques non tuberculeuses. *Lyon Médical*, 1922, p. 235.
11. R. WITHMANN: The reconstitution for arthritis deformans of the hip joint. *Annals of Surg.*, nov. 1924, p. 779.
12. FRANKLING: Le traitement opératoire de l'arthrite déformante des grandes articulations. *British Med. Jour.* Oct. 1924, p. 656.
13. KONIG: Arthrite déformante et Chirurgie. *Munch. Med. Woch.* 6 janv. 1928.
14. DUJARIER: *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 5 Déc. 1928.
15. HUECK: Le traitement Chirurgical de l'arthrite déformante, *Der chirurg.* 1 février 1929.
16. R. MASSART: Le traitement chirurgical des rhumatismes chroniques. *Le Concours Médical*, 18 juin 1933.
17. CUNÉO et ROCHER: *Rapport au Congrès de chirurgie de Paris*. 1932.
18. MOULONGUET: Exemples cliniques d'arthrites déformantes d'origine traumatique. *Soc. Nat. de Chir. de Paris*. 27 Mai 1931.
19. SAMPSON HANDLEY et PRESTON BALL: *British Med. Journ.* 1913.

- 19 bis. WHEELER: *British Med. Journ.* 1913
20. LANCE: Arthrodèse extra-articulaire de la hanche pour arthrite déformante douloureuse. *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 11 juillet 1928.
21. PADOVANI: Thèse de Paris, 1932.
22. HUC: La coxarthrie, rapport de R. Merklen et P. Robert à la *Soc. Médic. d'Aix-les Bains*, 17 mai 1931.
23. GERNEZ y MOULONGUET: *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 29 octobre 1930.
24. NATZLER: *Zentr. f. Chir.* 1912.
25. BAER: *Journ. Of. Bone and Joint Surgery*, octobre 1926, p. 769.
26. HYBINETTE: Chirurgie réparatrice de la hanche. *Rapport au VIII^e Congrès Intern. de Chir.* Varsovie., Juillet 1929.
27. DOCHON: Traitement chirurgical des arthrites déformantes de la hanche, Thèse de Lyon. 1921.
28. MATHIEU: *Soc. Nat. de chir. de Paris*, 9 nov. 1927.—Rapport au Congrès Intern. de Chir. de Varsovia, 1929.—*La Presse Médicale*, 5 Fév. 1930.—*Jour. de Chir.* 1931, núm. 1.
29. BOPPE: *Soc de Chir. de Paris*, 19 mars 1930. (Rapport de Dujarier).
30. TAVERNIER: *Soc. Nat. de chir. de Paris*, 9 Avril 1930.

RESUM

Dèscriu l'autor les varietats d'artropaties no tuberculoses que requereixen un tractament quirúrgic, donant com a indicació del moment de la intervenció aquell que en el quadre clínic predominen els factors: dolor i impotència funcional. Fa una crítica de les diverses intervencions preconitzades: Artrotomia; sinovectomia parcial o total; queilotomia de Sampson Handley i Preston i modelatge operatori d'Hildebrand; mètodes anquilosants: artrodesis simple, extra-articular, intra-articular o resecció artroplàstica; operació de Lance; perforació de coll femoral, sola o acompanyada d'introducció en el canal format d'un empelt tibial i d'empelts en la cotiloides; operacions sobre el simuàtic; i per fi la paratiroidectomia. Acaba el seu article inicant els casos en què no es deu pensar en una intervenció quirúrgica per les circumstàncies que es donen en el pacient: edat, bilateralitat de la lesió, etc.

RESUME

L'auteur décrit les variétés non-tuberculeuses d'arthropathie qui exigent un traitement chirurgical; quand la douleur et l'impotence fonctionnelle prédominent dans le cadre clinique, le moment est indiqué pour l'intervention. Il fait une critique des diverses interventions préconisées: arthrotomie; synovectomie partielle ou totale; queilotomie de Sampson Handley et Preston et modelage opératoire de Hildebrand; méthodes ankylosantes; arthrodesis simple, extra-articulaire, inter-articulaire ou résection arthroplastique; opération de Lance; perforation du col du fémur, seul ou avec l'introduction dans le canal formé d'une greffe tibiale et des greffes dans la cotyla; opérations sur le sympathique; et finalement la parathyroïdectomie.

Il termine son travail avec l'indication des cas dans les quels il ne faut pas pratiquer une intervention chirurgicale à cause des circonstances du malades l'âge, des lésions bilatérales, etc.

SUMMARY

The author describes tre non-tuberculous varieties of arthropathies wich require surgical treatment; the moment indicated for the intervention is when the clinical picture is dominated by the paid factor and by functional impotence. He studies the various interventions which have been preconized: arthrotomy; partial or total synovectomy; Sampson Handley and Preston's queilotomy and Hildebrand's operative modelling; anchylosic methods; simple, extra-articular or intra-articular arthrodesis or arthroplastic resection; Lances's operation; perforation of the neck of the femur, sometimes alone and sometimes with a graft from the tibia let into the canal formed, or with cotyloid grafts; operation on the sympathetic; finally parathyroidectomy. He concludes his study by pointing out those cases in which a surgical intervention must not be thought of because of the patient's circumstances: age, bilateral lesions, etc.