Sesión del 15 de Julio de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Tratamiento de las osteo-artritis tuberculosas

Por el Prof. ROBERTSON LAVALLE

Ante un selecto público de médicos y estudiantes, el Profesor de Patología Quirúrgica de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, doctor Robertson Lavalle, pronunció una interesante conferencia sobre su procedimiento para el tratamiento de las osteoartritis tuberculosas.

El auditorio siguió con gran interés el desarrollo de la disertación.

Presentado en la Sesión del 6 de Agosto de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Osteitis diafisaria y tumores de Ewing

Por el Dr. BADO

La observación que presento a la Sociedad, me parece digna de distraer la atención de Vds. porque, además de pertenecer a una categoría de hechos raros que han llamado la atención de los cirujanos en estos últimos tiempos, plantea un problema de diagnóstico, muy interesante por sus dirivaciones terapéuticas inmediatas.

La patología, encuentra en el hueso, más que en cualquier otra región de la economía, un terreno favorable a la intrincación de los síntomas de sus lesiones inflamatorias y tumorales. Si bien es cierto que en muchos casos la confusión entre estos dos grupos de lesiones no es posible; el diagnóstico puede presentar en otros, reales dificultades, hasta tal punto que ni la clínica, ni la radiografía, ni la incisión exploradora, que pone la lesión bajo nuestra vista... y más aún, el examen histológico, hacen desaparecer la duda, que persiste hasta que la evolución, la disipa. Y es necesario esperar... y que sólo así, podemos evitar mutilaciones inútiles.

A esta categoría de hechos pertenece el que voy a presentar hoy a Uds. y en donde, la duda, nacida del examen histológico nos hizo esperar a que la evolución fallara en última instancia.

Su fallo llega hoy, a través de dos años, a decirnos que procedimos bien, y el enfermo conserva orgulloso un miembro que debió ser amputado, de proceder de otra manera.

Pablo S., 27 años, soltero.

Antecedentes familiares.—Sin importancia.

Antecedentes personales: anteriores a su episodio actual. No recuerda haber estado enfermo hasta los 17 años, edad en la que tuvo una nefritis febril que le duró cerca de un mes.

Hace 5 años, blenorragia y más o menos por esa época, reumatismo de la cadera izquierda.

Nos cuenta que en Agosto de 1927 sufrió un accidente cayendo de una motocicleta al hacer una curva y su pierna derecha quedó debajo de la máquina. Después del accidente no sintió más su pierna hasta dos meses después en que empieza su...

La enfermedad actual comenzó en Noviembre de 1927 con un dolor intenso en la articulación de la rodilla derecha, y un comienzo de tumefacción. El dolor, al principio era de una intensidad tal, que le permitía caminar sin gran dificultad. Pero... a fines de Diciembre, era tan intenso, la tumefacción articular había llegado a un extremo y la impotencia funcional era tal, que tuvo que guardar cama durante seis días, al cabo de los cuales, no obstante haberse aliviado algo, se decidió ingresar al Hospital.

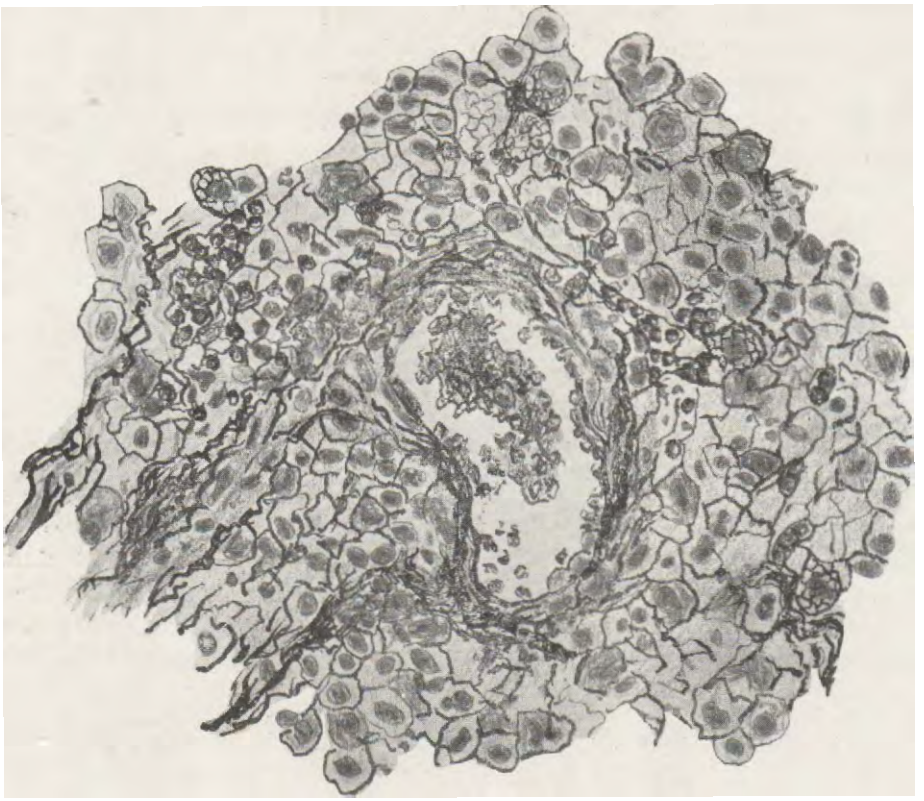
Durante los días que estuvo en cama, afirma haber tenido fiebre, aunque no sabe precisar cuánta; y agrega que para calmar el dolor, que era muy intenso, hizo sobre su rodilla una serie de aplicaciones, con diferentes tópicos; después de los que, quedó una mancha eritematosa con pérdida parcial del epitelio, sobre la cara anterior de la rodilla y que se constata a su entrada en la Sala.

Ingresa primero a una sala de Medicina donde fué tratado por una afección aguda reumatismal, y el enfermo afirma que cuando entró en Sala, sus movimientos eran muy limitados, haciéndose más amplios y menos dolorosos con el tratamiento. Apesar de esto, como la mejoría no es franca, previa consulta con el Dr. Nario; pasan el enfermo a la Sala 21. En este momento es que vemos al enfermo: apirético, buen estado general. Tumefacción de los fondos de saco articulares de la rodilla derecha, sobre todo del subcuadricipital; sensación dudosa de líquido en la sinorial, notándose en cambio una sensación bastante clara de fongosidad; dolor discreto a nivel de la interlínea articular. No hay adenopatía inguinal, pero sí ilíaca, a derecha. La radio en ese momento no acusa sino una ligera decalcificación a nivel de los condilos femorales.

Se piensa en una osteo-artritis tuberculosa y se coloca un yeso durante un mes

Al cabo de este tiempo, el enfermo estaba más o menos lo mismo, menos dolorido.

Localmente se constata un empastamiento duro perirotuliano, evidente sobre todo del lado interno. Se duda del diagnóstico, y el 28 de Marzo se sacan nuevas radiografías. Frente y perfil; en esta última,



en el extremo de la placa que corresponde a la diafisis femoral, más o menos su tercio medio, se nota un espesamiento fusiforme del período.

Despertadanuestra atención hacia esa topografía hacemos sacar nuevas radios tomando el fémur en su dos tercios superiores (4 Abril 1928). Se constata entonces, un espesamiento fusiforme del periosto que toma los 2 3 superiores del hueso, con límites "flous". La diáfisis aparece como estrángulada a ese nivel.

En la radio de perfil se observa cómo, la sombra que proviene del periostio, invade sin límites netos, las partes blandas perifemorales.

Explorando clínicamente el miembro, se podía constatar a nivel de los 2 3 superiores del muslo una tumefacción que parecía formar cuer-

po con el hueso,algo dolorosa, sin modificaciones en los planos superficiales.

El 10 de Abril, con serias sospechas de osteosarcoma, se decide intervenir.

Anestesia general.—Dr. Mérola. — Descubierta de la cara externa del fémur a nivel de la lesión radiográfica. Atravesando el vasto externo y el crural, que aparecen como infiltrados, se cae sobre el periostio de aspecto rojizo. Al incindirlo sangra abundantemente y salen por la incisión numerosas fongosidades de color rojizo, de consistencia blanda, no se encuentra **pus, ni secuestro.** Se guarda una de esas fongosidades para estudio histológico y se cierra, convencidos que se trataba de un sarcoma perióstico. Se abre también la rodilla de cuyo interior salen numerosos coágulos sangíneos.

Después de la intervención el estado local regresa, pero la herida operatoria no cierra completamente. Estado gneral sigue bueno. De los fragmentos sacados durante la operación, se hace: cultivos y examen histológico. El cultivo desarrolla **estafilococos;** en cuanto al examen histológico nos enseña lo siguiente: sobre un subtractum general o estroma formado por fibrina coagulada se observa una enorme cantidad de polinucleares. en su mayor parte intactos, algunos linfocitos, **plazmacellen** y células conjuntivas jóvenes. Además, se encuentran numerosos vasos **deneo - formación,** cuya característica histológica más saliente es el estar revestidos por un endotelio tumefacto que en algunos de ellos forma varias capas de células grandes de aspecto epitelioide, con abundante protoplasma granuloso, nucleo pequeño cromático en reposo, y con límite celular bien preciso. Encargado de interpretar el examen histológico lo hago en el sentido de un proceso inflamatorio tipo poco común; desechando la posibilidad de una lesión de tipo neoplásico y menos aún maligno.

Mientras tanto el enfermo seguía. más o menos lo mismo. con ligera febrícula que en algunos días alcanzaba hasta 39°.

En Junio 7, es decir, 26 días después de la primera intervención, el Dr. Mérola vuelve a intervenir. Abordando por detrás el fémur, encontrándose al llegar al periostio, con una lesión análoga en todos sus caracteres a la observada en la operación anterior. El estado local regremucho y da en su evolución la impresión de un proceso inflamatorio. situación se matuvo sin grandes variaciones.

A los pocos días de la intervención, la fiebre volvió a instalarse, características netas, oscilando caprichosamente desde la apirexia hasta los alrededores de 40°.

Las heridas operatoria del muslo evolucionan bien, granulan correctamente, y amenazan llegar a la cicatrización completa.

El 24 de Junio, como aparecieran dolores lumbares, se envía a una radio de la columna dorso lumbar y se observa: la 2.ª y 3.ª vértebra lumbares están solidarizadas por un proceso patológico que parece gustar de su cortical; en efecto, la zona intervertebral, ocupada por el disco, aparece muy disminuida y borrosa y en la radio de perfil se observa un levantamiento en forma de joroba que solidariza los dos cuerpos vertebrales.

Clínicamente a esa altura de la columna lumbar se percibe una colección que parece líquida y que el 3 de Julio se aborda quirúrgicamente. Abiertos los planos superficiales se cae sobre una colección purulenta, cerca de ½ litro, que sale por la abertura operatoria conjuntamente con fongosidades análogas a las observadas en el muslo. El aspecto de los músculos era también análogo a los del muslo, infiltrados y muy congestivos. El cultivo da estafilococos y el examen histológico revela las mismas lesiones que en el examen anterior.

El estado se mantiene sin variaciones de importancia hasta Noviembre 30, fecha en que se vuelve a incindir un absceso para vertebral con el mismo hallazgo.

En Enero 4 de 1929, el Dr. Mérola vuelve a abrir un abceso situado a nivel de la tuberosidad ilíaca izquierda, de donde salen unos 200 grs. de pus y numerosas fonjosidades. Parece constatarse una comunicación profunda hacia la columna lumbar, por un canal situado por fuera de la masa sacrolumbar Cultivo: stafilococos.

Más o menos, a fin de Enero, se envía a la Colonia de Convalescientes, de donde vuelve al cabo de un tiempo, muy repuesto, desde el punto de vista general; ha engordado muchos kilos y no ha vuelto a sentir ninguna molestia. Se considera curado.

Durante su larga permanencia en Sala se ensayaron numerosas terapéuticas sin resultado claro: tratamiento específico, vacunas, autohemoterapia, etc.

En la actualidad, 2 años justos desde la fecha de su entrada al Servicio, está completamente sano, no volvió a sentir absolutamente nada, trabaja de mecánico. Por fin, hace pocos días le he hecho sacar nuevas radiografías que evidencian que su proceso osteoperióstico se ha apagado.

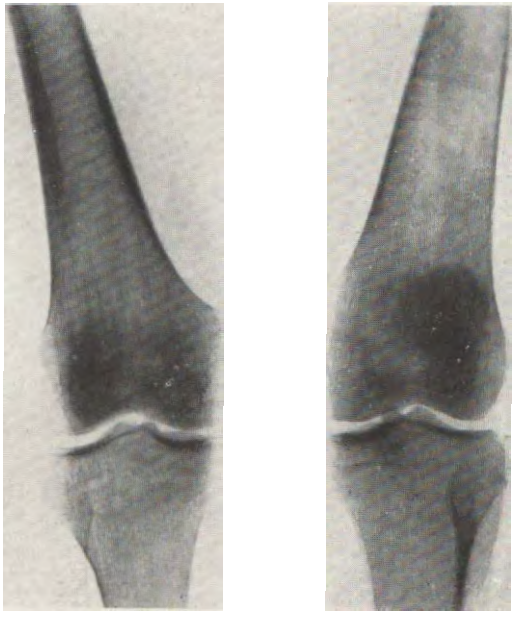
Tal es, en resumen, lo que ha presentado y lo que hemos hecho en el enfermo, en el curso de su larga estadía en el Servicio; y cuando..., después que le firmamos el alta, nos dispusimos a archivar la observación quedamos perplejos ante el problema nuevo que se nos presenta-

ba: ubicar el caso en la nosología.E ra árdua la tarea. En esa época nos visitaba el eminente profesor Hartmann, le pedimos ayuda, y después de oirnos, sentenciosamente, cuando ya creíamos tener la clave del misterio por boca del sabio, nos dijo: "c'est bien curieux"... y nada más.

Podemos dividir la historia de nuestro enfermo en dos períodos caracterizados por dificultades distintas de diagnóstico.

En el primero es un enfermo que inicia su cuadro clínico con una artralgia de la rodilla que nos desvía y en el que constamos luego una lesión osteoperióstica que evoluciona sin fiebre, localizada en el fémur, con imagen radiográfica recuerda los sarcomas individualizados por Ewing y cuya visión en el acto operatorio recuerda hasta la confusión, las lesiones sarcomatosas. La confusión llega al máximo cuando del examen histológico, uno de nuestros colegas que vió la preparación creyó encontrarse frente a un endotelioma de los descritos por Ewing.

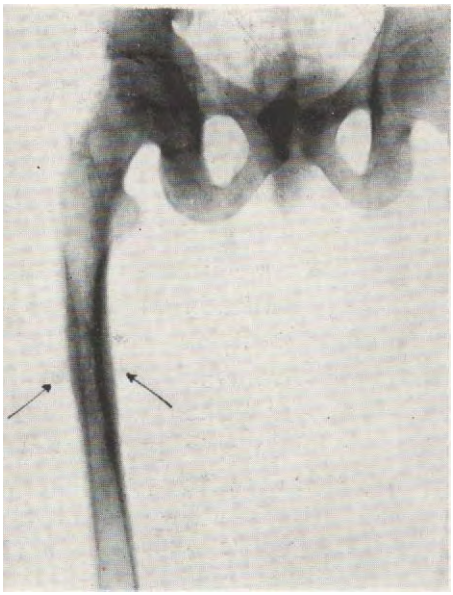
I. D.



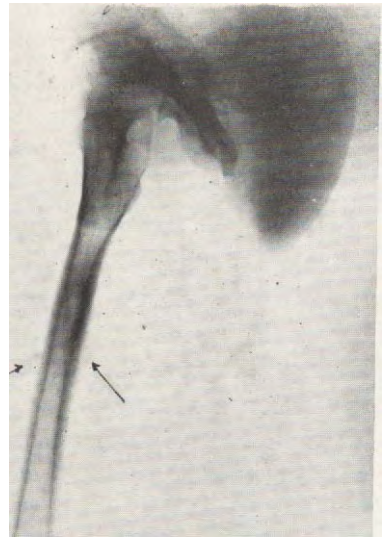
20 Marzo 1928

En el 2.º aparece una lesión análoga a distancia, localizada en el cuerpo de la 2.ª y 3.ª vértebras lumbares, pero que presentaba una cosa de distinto, muy sugestiva, la presencia de pus franco. Las dificultades de diagnóstico iban siendo menores, hasta que la evolución las hizo desaparecer completamente.

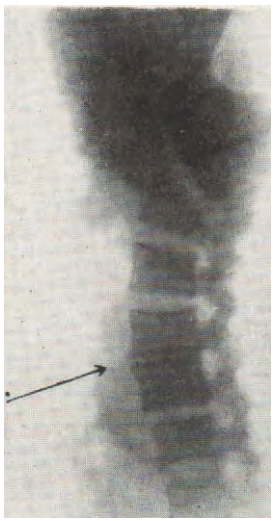
Frente



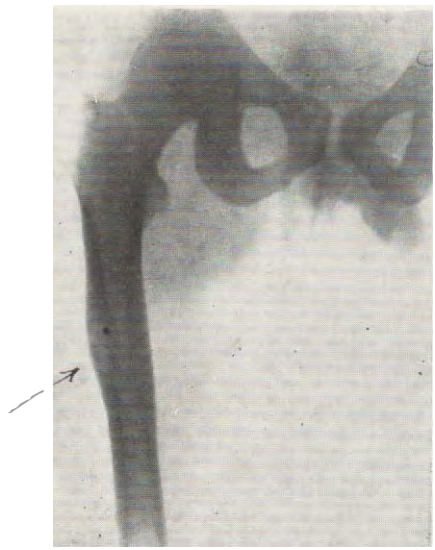
Perfil



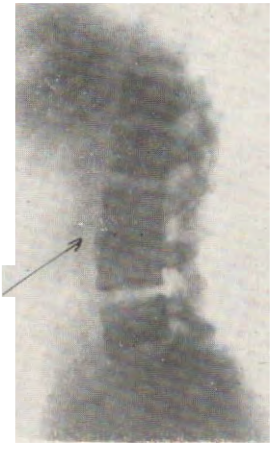
4 Abril 1928



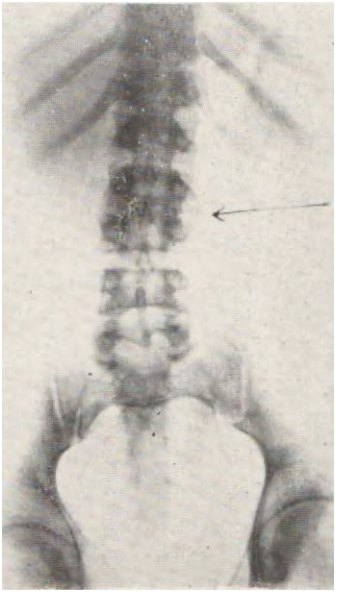
24 Junio 1928



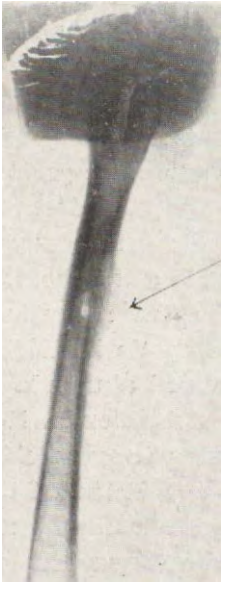
2 Julio 1930 (2 años después)



2 Julio 1930 (2 años después)



3 Julio 1928



20 Julio 1928

Un trabajo, aparecido recientemente en la Revue d' Orthopedie y de Chirurgie del Apareil moteur", en Setiembre de 1929 y firmado por Leriche y Bauer, terminó de ilustrarnos sobre el caso.

"Existe en el adulto, — afirman osteitis a estafilococos, supuradas o no a asiento diafisario, que sobrevienen espontáneamente o a consecuencia de una infección cutánea mínima lo más a menudo forunculosas. Estas osteites que parecen tener, de manera habitual un debut cortical, evolucionan sin grandes síntomas, con un mínimo de fiebre y de dolores. Sus imágenes radiográficas, a menudo difíciles de interpretar, hace pensar a veces en el sarcoma de Ewing. Su diagnóstico es pu difícil. Son muy poco conocidas y no han sido casi descritas, conociéndose, sin embargo, los casos presentados por Lécene y Auvray a la S. de C. de París.

Son formas sub agudas o latentes de oteitis diafisarias que no tienen nada que ver con las osteomielitis prolongadas, ni con el despertar de una osteomelitis antigua, ni tienen tampoco ningún parentesco con los llamados abceso de Brodie.

Se observa a nivel de todos los huesos largos pero ataca con predilección el fémur, tanto que de 19 casos analizados por Leriche y Bauer, 11 eran del fémur. Cuando hay focos múltiples, son tomados a su vez los huesos cortos: órbita, sacro y vértebras.

Las lesiones son puramente corticales y permanecen generalmente independientes de la cavidad medular, en la que pueden terminar sin embargo. Recuérdese que en nuestro caso, la característica radiográfica más saliente, era precisamente la localización cortical del proceso. Los autores relacionan tres observaciones: en una de ellas se trata de un sujeto que 8 días después de una forunculosis del cuello hace un proceso osteo-perióstico del fémur.

Se opera. y durante la operación se constata. una vez atravesado el rastro externo, el crural espesado, escleroso, lardáceo, no teniendo casi figura de músculo, lo atravesamos, y sin salir ninguna gota de pus. se encuentra repentinamente bajo el bisturí, hueso friable formado por delante de la diáfisis. Se saca con un golpe de cureta y se cae en una cavidad ahuecada en la cortical ocupada por su tejido rojizo de consistencia blanda. No hay pus, ni secuestro ni rarefacción vecina y se termina la operación con el convencimiento que se trataba de un sarcoma de Ewing. El estudio histológico de un fragmento, hecho por Oberling, afirma la naturaleza inflamatoria del proceso.

No se encuentra nada más que fongosidades, afirman Lerich y Bauer, sin pus y sin secuestro. Son además lesiones muy limitadas no comparables con la osteomielitis del adolecente. Posteriormente, la le-

sión infecciosa puede ganar el canal medular determinando una verdadera osteomielitis o, como en nuestro enfermo, dar lugar a colecciones supuradas que huyen a través de las partes blandas.

El problema fundamental que plantean estas lesiones, es el del dignóstico, sobre todo cuando se trata de una localización única.

La evolución tórpida de la afección, la débil intensidad de los dolores, la aparición de una tumefacción diafisaria, hablan en favor de un sarcoma. Este error diagnstico es casi constante, y es inútil insistir sobre su gravedad. n el caso citado por Lerich y Bauer, la operación propuesta había sido la desarticulación de la cadera.

Y para satisfacción nuestra, estos autores terminan diciendo que aun en la intervención, la naturaleza exacta de la afección, puede no ser reconocida.

Presentado en la Sesión del 6 de Agosto de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Invaginación intestinal por pólipo

Por los Dres. V. GRILLE CENDAN y E. MOURIGAN

El 19 de Mayo ingresa al Hospital Pasteur la enferma M. R., con un cuadro agudo de vientre datando de tres días. Este cuadro comenzó por dolores periumbilicales en forma de cólicos intestinales,acompañados de vómitos alimenticios, luego biliosos y de tenesmo rectal.

No ha habido emisión de gases ni materias desde que comenzó su enfermedad. Un lavaje que se hizo dió salida a un líquido negruzco.

La omnibulación de la enferma hace imposible el obtener datos de sus antecedentes.

Examen.—

Facies peritoneal, lengua seca, disnea, pulso de 150. Temperatura axilar 37 y ½. Vientre balonado en el centro, doloroso a la presión y decompresión.

Submatidez en el flanco derecho, donde parece palparse le existencia de una tumoración dolorosa.

Tacto vaginal: movilidad uterina dolorosa.

Radioscopia: Sombra redondeada en el límite de hipogastrio y F. I. D.

Imágen hidro-aérica en la F. I. D.