

La radiografía resolverá siempre en última instancia y servirá para confirmar el diagnóstico que ha sido sospechado clínicamente o, por el contrario, hará el diagnóstico exacto, cuando aquél hubiere pasado desapercibido como ocurrió en nuestro caso.

En cuanto al tratamiento, hemos obtenido la reducción perfecta de la luxación y de la fractura siguiendo el aforismo de Kirmisson, que establece en estos casos, **que la luxación es todo y la fractura no es nada**. En efecto, hicimos una primera tentativa de reducción valiéndonos de la anestesia local de los focos de fractura y de la luxación, según la técnica de Böhler, sin tener éxito. En una segunda tentativa con anestesia general al éter, el éxito fué completo, habiendo obtenido fácilmente la reducción de la luxación y automáticamente, sin hacer nada sobre la fractura, ésta se redujo y se coaptó muy bien.

Inmovilización del miembro con una gotera posterior enyesada durante quince días; movilización, para obtener un excelente resultado como pueden comprobar ustedes en el enfermo aquí presente.

Si no hubiésemos tenido éxito en la reducción ortopédica con anestesia general, no habríamos tenido más remedio que recurrir a la intervención. Con respecto a ésta los cirujanos se dividen en dos grandes grupos, los que consideran que la fractura es lo fundamental y empiezan por reducir ésta y dedicarse después a la luxación; en cambio, otros consideran lo fundamental la luxación y tratan de reducirla para luego tratar la fractura. Pero no hemos tenido felizmente necesidad de llegar a la intervención y, por lo tanto, está fuera de lugar que nos ocupemos del tratamiento cruento de la fractura de Monteggia, destacando sin embargo, que una buena técnica ortopédica, auxiliada por la anestesia general, puede tener excelente éxito en el tratamiento de la fractura de Monteggia, aun cuando esta reducción se realice muchas horas después de producida la lesión.

Presentado en la Sesión del 14 de Octubre de 1931

Preside el Dr. C. Stajano

Un caso de Espondilitis tífica

Por el Dr. ERNESTO RIVEIRO, Relator Dr. D. PRAT

J. M. F. de 59 años de edad. Uruguayo. Casado.

Ingresa al Hospital Pasteur, Servicio del Profesor Domingo Prat, el 15 de Mayo de 1931, siendo enviado de un hospital del interior por dolores en la región lumbar que le imposibilitan la marcha.

Anotamos en los antecedentes personales: blenorragia a los 17 años. Chancro del surco balano-prepuccial a los 18 años, sin accidentes secundarios, curado con medicación local. Antiguo reumático, con ataques agudos a repetición, que le duraban una semana, con dolores en varias articulaciones y particularmente en las regiones lumbares que le obligaban a guardar cama.

Esposa sana: 13 hijos, 5 fallecidos a los pocos días o meses de nacimiento.

Enfermedad actual. — Nos dice que desde hace 25 días, viene sufriendo de dolores intensos en la columna lumbar que se irradian hacia ambas fosas lumbares, con exacerbaciones nocturnas. Se encontraba entonces convalesciente de fiebre tifoidea, que lo había postrado en cama durante dos meses, cuando empezó a sentir dichos dolores. Creyendo que fueran debidos a su estada en cama, los colegas que le asistían le aconsejaron que se levantara. Hecho esto, los dolores se agudizaron particularmente durante la noche, lo que le impedía conciliar el sueño.

Examen. — Nos encontramos frente a un sujeto despejado, en buenas condiciones de nutrición.

Al examen de la columna constatamos dolor provocado a nivel de las primeras vértebras lumbares y primeras sacras.

Contractura de los músculos de las goteras vertebrales. No hay deformaciones de la columna.

Aparato nervioso. — Sólo constatamos disminución de los reflejos tendinosos y cutáneos del lado izquierdo. No hay Babinsky. Reflejos pupilares, bien. No hay trastornos esfinterianos.

Los exámenes que sistemáticamente hacemos practicar a nuestros enfermos acusan lo siguiente:

Orina, normal. — **Urea,** 0.40, por litro.

Reacción de Bordet. Wasserman y Meinicke intensamente positivas en la sangre.

Hacemos diagnóstico de **espondilitis tífica** en un sujeto sifilítico.

Ordenamos efectuar una reacción de Widal, radiografías de columna vertebral y una punción lumbar.

La reacción de Widal resultó positiva.

Las radiografías tomadas en el Servicio de Rayos X del Hospital Pasteur son informadas por el Dr. Fernández Colmeiro, donde dice:

A nivel de la 2.^a vértebra lumbar se ve un proceso destructivo y a la vez regenerador, localizado en los dos ángulos inferiores del cuerpo vertebral que aparece algo romo.

La producción de hueso se hace también en los bordes externos

del cuerpo vertebral en forma de espículas y en la superficie articular. En los ángulos es más intensa, tomando la forma de dos grandes salientes irregulares, que se dirigen hacia abajo buscando salientes similares de la 3.^a vértebra lumbar, que es asiento de idénticas lesiones que la 2.^a.

La producción ósea es más intensa del lado derecho, donde forma un verdadero puente. La reparación es el carácter más saliente del proceso en ambas vértebras, que en la imagen de frente parece que tendieran a fusionarse. En los dos ángulos superiores del límite hueso-cartílago del cuerpo de la 4.^a lumbar se ven también signos de irritación ósea traducidos por la producción de osteofitos, más grandes que a la derecha. En la radiografía de perfil se observa una gran disminución del espacio interarticular que separa la 2.^a de la 3.^a lumbar y que está reducido casi a la mitad. Además, los dos cuerpos vertebrales presentan irregularidades en la calcificación, traducida por pequeñas zonas de más opacidad, sobre todo a nivel del límite hueso-cartílago. Los bordes interarticulares de los dos discos son algo irregulares y turbios. En los ángulos anteriores de los discos de la 2.^a, 3.^a y 4.^a lumbar hay producción de osteofitos y además proliferación osteoperióstica en la cara anterior de la 3.^a y 4.^a lumbares.

La punción lumbar arroja los siguientes datos:

Líquido xantocrómico. Red de fibrina.

Reacción de Pandy, positiva. Proteínas, 14 grs. por mil.

Reacción de Lange, 123555555.0.

Número de glóbulos blancos por milímetro cúbico, 73.

Linfocitos, 85 %. Polinucleares, 15 %.

Número de glóbulos rojos por milímetro cúbico, 2.180.

Creemos, pues, que estamos frente a una espondilitis tífica con un síndrome de compresión medular que revela el examen del líquido céfalo-raquídeo. Este diagnóstico de espondilitis tífica está basado en las siguientes razones:

1.º Síndrome doloroso que sobreviene en la convalecencia de una fiebre tifoidea diagnosticada por los médicos que lo asistieron y que nosotros ratificamos dado que tiene una reacción de Widal positiva.

2.º Dolores intensos a predominio nocturno.

3.º Por su localización: la espondilitis tífica se localiza preferentemente en la región lumbar y sobre todo en las primeras vértebras.

4.º Por las radiografías, que nos muestran los tres elementos característicos de la espondilitis tífica, que han sido bien puestos de manifiesto por Auclair, Lane y otros, y que son:

a) Disminución de los espacios intervertebrales.

- b) Reacción de los tejidos perivertebrales traduciéndose por un retículo irregular de color gris que envuelve a la manera de una tela de araña toda la zona enferma borrando en particular las vértebras y los discos.
- c) Proliferaciones óseas.

El Dr. Riveiro, complementa su observación con las siguientes consideraciones:

La espondilitis tífica es una complicación relativamente poco frecuente de la fiebre tifoidea, que sobreviene en general, durante la convalecencia o algún tiempo después. Es debido a la localización del bacilo de Eberth a nivel del disco intervertebral y periostio de las vértebras de la región lumbar con preferencia a las otras regiones de la columna.

Es una espondilitis subaguda acompañada de ligeros síntomas generales, síntomas raquídeos de mayor o menor intensidad (dolores, rigidez, etc.), a los cuales se agregan síntomas meníngeos o medulares, cuando la inflamación llega al contenido del cañal raquídeo.

Evoluciona hacia la curación casi siempre en varios meses.

Nuestro enfermo encuadra dentro de esta descripción de conjunto; pero, dado que que era un sifilítico, que presentaba una reacción de Wassermann y Meinicke intensamente positivas en su sangre, había que plantear el diagnóstico diferencial con la **espondilitis sifilítica** en primer término.

Sabido es que esta afección se presenta bastante tardíamente en la sífilis adquirida, que se localiza predominantemente en la columna cervical y su cuadro sintomático se asemeja al Mal de Pott, enfermedad ésta con la cual ha sido confundida gran número de veces.

El enfermo con espondilitis sifilítica sufre de dolores intensos a predominio nocturno y de carácter osteócopo. Dolores que sólo retroceden con el tratamiento antisifilítico y que son poco influenciados por la inmovilización.

En nuestro enfermo, si bien se trataba de un sifilítico, sus dolores calmaron con el reposo, sus lesiones eran lumbares (bien es cierto que existen espondilitis sifilíticas de esta región en proporción mínima) y que evolucionó en pocos meses hacia la curación.

Las espondilitis sifilíticas tienen una evolución crónica y cuando no se ha tratado llevan aparejadas muy frecuentemente complicaciones nerviosas u óseas con focos gomosos y abscesos, que no ha presentado nuestro enfermo.

La radiografía es también importante, notándose en la espondilitis sifilítica "la tendencia a la hiperostosis, a la osificación de los

ligamentos transversales, osteítis condensante alrededor de una lesión ulcerosa central" (Guinard). Agregaremos por cuenta del relator que el diagnóstico de espondilitis sifilítica sólo se podrá establecer con probabilidades de éxito, cuando se tenga el dato seguro de la eficacia evidente del tratamiento antisifilítico. Este parece ser el único criterio lógico.

En cuanto a la **espondilitis reumatismal** y la osteomielitis vertebral no las discutiremos, pues las lesiones presentan los caracteres de estas afecciones.

Hemos dejado para último término la **espondilitis tuberculosa**, que evoluciona a forma crónica y creemos no se trate de tal lesión por la ausencia de signos clínicos y radiográficos del Mal de Pott.

En nuestro caso la lesión ha evolucionado francamente hacia la curación en un plazo de tiempo muy breve (3 a 4 meses). Se ha mantenido siempre apirético, permaneciendo en cama hasta los primeros días del mes de Setiembre. Las inyecciones de cianuro de mercurio que se le hicieron en el transcurso de su enfermedad, hubieron de ser suspendidas por los fenómenos de intolerancia que determinaron. Desde hace varias semanas se le hacen inyecciones de bismuto.

Se le permitió levantarse. Los dolores han desaparecido casi totalmente y el enfermo se encuentra bien. Todo esto parece estar en contra de la tuberculosis. Hay ligeras modificaciones de los reflejos y algunos trastornos de la marcha que se hacen con alguna dificultad. En las radiografías están bien de manifiesto las lesiones que describió el Dr. Fernández Colmeiro en su informe, que establecen una osteoartritis vertebral que no tiene los caracteres de la tuberculosis.

Hasta aquí lo que nos dice el Dr. Riveiro; vuestro relator poco más agregará a lo ya dicho, dado que este enfermo fué motivo de una lección en mi clínica de Pasteur, y en ella se estableció el diagnóstico de espondilitis tífica, por las características clínicas del caso, por sus antecedentes y por el estudio radiológico del enfermo, realizado por el Dr. Fernández Colmeiro a quien le agradecemos su importante colaboración.

Si hemos de dar fe a las estadísticas resulta que la espondilitis tífica sin ser extremadamente rara, no es por el contrario muy frecuente. En mi práctica profesional son contadísimos los casos que he observado de localización del Eberth en el raquis. En nuestro medio son muy raras también las observaciones publicadas de espondilitis tífica. Sin embargo en el ambiente hospitalario del Pasteur, se han podido reunir cuatro o cinco casos de esta complicación de la tifoidea, observados en

un corto plazo de tiempo. Posiblemente esta espondilitis, es más frecuente de lo que parece, pasando algunos casos desapercibidos o no diagnosticados.

Limitaremos nuestro informe a breves comentarios prácticos sobre el diagnóstico radiológico de la espondilitis tífica, basados en el estudio de las películas radiográficas que tengo el placer de mostrarles.

En las radiografías de nuestro enfermo, hechas el mes de Mayo de 1931, se comprueba que las lesiones principales están localizadas en el espacio intervertebral de la 2.^a y 3.^a lumbares, y no podemos menos de recordar que la localización favorita o preferida de la espondilitis tífica, es en la 2.^a lumbar o en el disco correspondiente a la 2.^a y 3.^a. La lesión inicial se caracteriza por disminución muy pronunciada del espacio comprendido entre 2.^a y 3.^a lumbar cosa bien evidente en la radiografía lateral. Las superficies horizontales de estas dos vértebras son algo irregulares y de aspecto "flou", contrariamente al aspecto regular y de filete claro que presentan las vértebras normales. El ángulo de unión de la cara anterior con la horizontal de ambas vértebras es también irregular y ha perdido la nitidez de sus líneas. En la radiografía de frente, se observan dos formaciones o sombras que unen en forma de arco, los cuerpos de la 2.^a y 3.^a lumbares. Estas sombras son veladas e indican una mayor lesión destructiva de la parte superior de la 3.^a lumbar. En el resto de la columna lumbar no se constatan lesiones que se destaquen.

En la radiografía realizada el 14 de Setiembre, el aspecto de las lesiones está bastante cambiado. En la radiografía lateral se ve que las vértebras más enfermas son la 2.^a y 3.^a lumbar. El espacio intervertebral entre la 2.^a y 3.^a está casi totalmente suprimido y muy disminuido el de la 3.^a y 4.^a. Las alteraciones de las superficies o caras horizontales, son semejantes a las ya descritas o más pronunciadas aún. En el espacio intervertebral de la 2.^a y 3.^a y 3.^a y 4.^a, se pronuncia una sombra saliente en forma de cono, que tiende a constituir formaciones de las llamadas en pico de loco. La parte superior de la 4.^a lumbar está también alterada, y no conserva ya su estructura ósea homogénea. En la radiografía de frente de esta fecha se ven las formaciones en arco que unen de ambos lados las 2.^a lumbar a la 3.^a y ésta a la 4.^a. Las lesiones más pronunciadas y difusas son entre la 2.^a y 3.^a lumbar y del lado izquierdo, donde parece haber desaparecido completamente el disco intervertebral.

Hay pues, lesiones destructivas localizadas en la 2.^a y 3.^a lumbar, destrucción en focos irregulares, sin acompañarse de marcada descalcificación y asociada en cambio, a formaciones óseas o puentes que unen las vértebras entre sí. Osificaciones o puentes que toman asiento en el punto de mayor alteración de las vértebras lesionadas. Ni las alteraciones destructivas ni estos puentes óseos tienen el aspecto de lesiones tuberculosas, no obstante haberse descrito estos puentes y picos en las espondilosis tuberculosas.

Gracias a la gentileza del Dr. Fernández Colmeiro, podemos presentar a ustedes las radiografías de otro caso de espondilitis tífica que corresponde a la Clínica del Dr. Mussio Fournier, enfermo que corresponde a los doctores Roca, Bertolini y Cerviño.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

En la radiografía lateral de columna, hecha el 13 de Agosto de 1930 se constata que el espacio intervertebral entre la 2.^a y 3.^a lumbares está disminuido, las superficies irregulares y el ángulo antero-inferior de la 2.^a lumbar, bastante irregular y alterado. La misma radiografía pero de frente pone de manifiesto que el espacio mencionado está ocupado por sombras y más chico.

El 11 de Setiembre otras radiografías nos demuestran: en la radiografía de frente, que la sombra del lado derecho entre la 2.^a y 3.^a lumbar, que ha aumentado mucho de tamaño y del lado izquierdo el cuerpo vertebral parece destruido o muy decalcificado sin hiperostosis alguna.

En la radiografía lateral, la sombra de los cuerpos vertebrales de la 2.^a y 3.^a lumbares es bastante irregular, su espacio intervertebral está muy disminuido de tamaño, las superficies vertebrales de contacto, irregulares y "flou". En la parte anterior hay una sombra o fuente que une la cara anterior de la 2.^a a la 3.^a lumbar.

El 22 de Octubre la radiografía antero-posterior establece una ligera lordosis de la columna, con disminución del espacio intervertebral mencionado y una gran sombra de unión en la derecha, sombra irregular y velada. A la izquierda, sombra ligera en la espacio y decalcificación de la parte superior de la 3.^a lumbar.

La radiografía lateral en esta época es muy similar a su homóloga anterior.

Creo que con la serie de radiografías que he presentado a ustedes con lesiones idénticas o muy semejantes, se puede llegar a la conclusión que el caso presentado por el Dr. Riveiro¹ es una espondilitis tífica, por sus lesiones iniciales a localización en el cartílago de la 2.^a y 3.^a lumbar y por las lesiones primordiales y a predominio en estas dos vértebras.

Presenta a continuación el doctor Prat, películas de lesiones tuberculosas de la columna, que se diferencian netamente de las presentadas anteriormente.

Propongo que se agradezca al doctor Riveiro su comunicación y que se publique en nuestros Boletines.

