

monio. Si es ineficaz o hay intolerancia, los rayos X son útiles. Cuando es aplicable, la extirpación quirúrgica o por electrocoagulación, puede ser curativa en focos muy circunscriptos.

Presentado en la sesión del 8 de Junio de 1932.

Preside el Dr. J. C. del Campo

✓ *Sobre un caso de fractura espontánea*

Por el doctor SOLO BLANCO

El día 12 de Junio de 1929 ingresa al Servicio una enferma con una fractura de la extremidad superior del fémur izquierdo.

Antecedentes personales.—A. L. de P., 36 años, uruguaya, casada, oriunda de Montevideo. Enferma desde hace quince días con dolores agudos, rebeldes al tratamiento, a nivel de las articulaciones del miembro inferior izquierdo, dolores que comenzaron en el cuello del pie, tomaron la rodilla y después se localizaron en el triángulo de Scarpa; sin fiebre, sin tumefacción de los planos periarticulares, sin reacción de las sinoviales articulares. Era tratada como un reumatismo poli-articular crónico; habiéndose levantado ese día, caminaba (en fauchant), porque la flexión despertaba el dolor. A los pocos pasos dados flaqueó su pierna cayendo la enferma al mismo tiempo que sentía una crepitación a nivel de la ingle izquierda. En estas condiciones ingresa al Servicio.

Señora de talla alta, gruesa, de 36 años de edad, casada desde hace veinte años, con antecedentes patológicos banales en la primera infancia, comenzando su menstruación a los trece años, con una hija nacida a los dos años de casada, niña sana, parto normal. En la actualidad, de 18 años de edad. A los seis años de casada, síntomas de nuevo embarazo. En esta época aparece flujo, se suceden tres crisis dolorosas abdominales con pequeñas metrorragias de sangre roja; la última de estas crisis dolorosas sufre una agravación e ingresa a Maternidad con diagnóstico de embarazo ectópico izquierdo roto. Es operada por los Drs. Carlevaro y Colistro. Anestesia general, éter; incisión Pfannenstiel; coágulos de sangre roja en el vientre, anexos derechos sanos, útero ligeramente aumentado de volumen. Anexos izquierdos cubiertos por coágulos, se exteriorizan y entre la sangre aparece un embrión como de dos meses, largo de seis centímetros; trompa sana, pabellón congestionado y doloroso, se trataba de un aborto tubario.

Salpingectomía parcial izquierda, drenaje del Douglas y cierre por planos. Evolucionó en pocos días habiendo hecho una parotiditis inter-

corriente durante la convalecencia. Pasó dos años bien, comenzando después los dolores en ambos miembros inferiores semejantes a los que tenía en el momento de su fractura, acompañados de un estado de nerviosidad y tristeza no habitual antes en la enferma. Las menstruaciones se sucedieron normalmente en fecha después de operada; ahora bien, desde entonces y aun en la actualidad, una menstruación dura tres días como antes de operada, y la siguiente solamente un día; siempre indolora. Su fractura se produjo al día siguiente de esta pequeña pérdida.

Antecedentes familiares.—Madre sana. Padre muerto de ancianidad. Seis hermanos, tres varones y tres mujeres, las mujeres sanas, un varón muerto de tuberculosis pulmonar aguda. No hubo abortos.

Examen clínico de la enferma.—Dolor a nivel del pliegue inguinal izquierdo, impotencia funcional completa, tumefacción de la raíz del muslo, equimosis de la parte interna, deformación en ángulo de la cara externa de la raíz del muslo, acortamiento del miembro, movilidad normal. crepitación ósea, signos todos que permitieron hacer el diagnóstico de fractura subtrocanteriana del fémur, pierna rotada afuera descansando sobre el borde externo del pie. La radiografía confirmó este diagnóstico y lo completó mostrándonos la presencia de un tercer fragmento formado a expensas del pequeño trocánter completamente arrancado y elevado por el músculo psoas. En las placas adjuntas podrán verse los tres fragmentos; el superior comprendiendo la cabeza, el cuello y el gran trocánter. El inferior formado por la diafisis, el interno por el pequeño trocánter. Trazo de fractura espiroideo, fragmento inferior ascendido. Parece haber una decalcificación del fragmento superior del fémur.

Se coloca un aparato de extensión continua con Thomas en abducción a 30° y tracción del pie. No se logra corregir la deformación; se sustituye el Thomas por el cuadro de Blake extensión y suspensión continua. La placa nos enseña del poco resultado de la reducción y se decide la intervención.

Análisis y exámenes previos, pulmón y corazón normales. Urea en el suero sanguíneo 0gr.32. Reacción de Wassermann en la sangre H^s. Orina normal.

Operación.—Prof. Dr. D. Prat - E. Lamas - J. Soto Blanco.—Raqui-anestesia entre 4.^a y 5.^a lumbar. Novocaína 0gr.08; no dió resultado. Se termina con éter. Incisión vertical sobre la cara externa del muslo tercio superior; se llega al foco de fractura: se nota la presencia de fongosidades como si se tratase de una lesión bacilar; por maniobras hechas sobre la pierna se logra encajar la diafisis en el fragmento su-

perior; la coaptación es perfecta, no se hace la osteosíntesis. Cierre por planos, sin drenaje.

A los cuatro días infección brutal gangrenosa del foco operatorio que obligaron a la apertura amplia y medicación sérica. Mejoró su estado y se siguió con una pequeña tracción de su pierna en el plano del lecho. Medicación cálcica por vía bucal.

A partir del segundo mes masajes del muslo y movimientos pasivos del miembro inferior. A los cien días se levanta caminando con muletas.

Las placas adjuntas muestran el grado de consolidación. Callo grande perióstico externo aún bastante permeable a los rayos X, pequeño trocánter unido por un callo más grande que el anterior, diafisis bien encajada en la epífisis; el ángulo de inclinación del fémur se ha cerrado, acercándose al ángulo recto y llevando a la formación de un coxavara traumático. Ha desaparecido la rarefacción central que se notaba en la placa anterior.

Un mes más tarde la nueva radiografía muestra la opacidad del callo. En estas condiciones se le da de alta.

El 17 de Abril de 1930, a los diez meses de su primer accidente, mismos dolores de la ingle derecha claudicando su pierna y debiendo quedar en cama. La volvemos a ver con toda la sintomatología anterior. Las placas mostraron que había una fractura subtrocanteriana a tres fragmentos de su fémur derecho. Las placas sacadas con un aparato transportable de poca intensidad y la señora muy gruesa impiden ver la arquitectura ósea travecular.

Se hace extensión continua llevada sobre el pie derecho, en el plano del lecho en ligera abducción durante tres meses y medicación cálcica. A partir del segundo mes masajes y movilización pasiva. Al tercer mes comienza a caminar con muletas.

La placa adjunta hecha a los cien días, muestra un grueso tallo que une el pequeño trocánter a la diafisis femoral, y algo unido a la parte inferior del cuello. El extremo puntiagudo de la diafisis femoral encajando en la parte interna del trocánter mayor haciendo levantar el fragmento superior y realizando un coxavara derecho análogo al izquierdo ha transformado el ángulo de inclinación del fémur en un ángulo recto. Hay rarefacción ósea a nivel del trocánter mayor y del cuello femoral. La placa sacada un mes más tarde muestra un callo óseo bien osificado. La enferma camina sin dificultad, pero con una marcha de pato.

Durante el curso de su segunda fractura nos dedicamos de lleno al estudio de la etiología de estas fracturas.

Por la historia adjunta se deduce que nos encontramos frente a

unas fracturas espontáneas, o más exactamente. fracturas patológicas, puesto que han sobrevenido en ausencia de toda violencia externa y que hablan claramente de una alteración anterior del hueso, que ha disminuído su resistencia. Y dentro de las fracturas espontáneas pertenece al grupo de las llamadas por fragilidad sintomática. Hay que descartar totalmente en este caso la osteosatirosis o fragilidad idiomática, puesto que la ausencia de herencia, la edad, el sexo, la ausencia de fracturas anteriores en la primera infancia no dejan lugar a pensar en esta enfermedad. Tendría a favor de ésta el lugar de localización, la simetría de la lesión, la formación del callo exuberante, pero le faltaría la atrofia en espesor de los huesos y el agrandamiento del canal medular, como puede verse en las placas adjuntas, donde estudiamos el estado arquitectural de las trabéculas óseas y, por otra parte, en este caso, la decalcificación es mucho más marcada en las epífisis que en la diafisis.

En la enfermedad de Lobstein la decalcificación prima en las diafisis. Colocadas dentro del grupo de las fracturas patológicas sintomáticas, descartaremos las producidas por un foco de osteomielitis y analizaremos las producidas por las distintas osteitis.

Tuberculosis ósea.—No puede tratarse en este caso de una tuberculosis ósea. La estadística de Broca prueba que el foco óseo tuberculoso es generalmente único y en nuestro caso la localización a nivel del cuello quirúrgico respetando las articulaciones vecinas, la bilateralidad sería signo contrario a la hipótesis bacilar. Si bien es cierto que en el acto operatorio encontramos fongosidades parecidas a las tuberculosas. En ese entonces no se hizo examen de dichas fongosidades; pero eran muy pocas y parecían más bien elementos semi organizados del propio foco.

Sífilis ósea.—Según Gosselin, la sífilis reforzando los huesos excluiría las fracturas patológicas. Esto es cierto para la sífilis secundaria que hace sobre todo osteítis condensantes o periostosis; pero. la sífilis terciaria es capaz de producir fracturas. En el caso más común de las fracturas espontáneas; personas portadoras de gomas que fracturan sus huesos a nivel de estas lesiones. Son, por lo general, lesiones de los huesos de los miembros superiores; la sífilis hereditaria podría producir por el mismo mecanismo fracturas. En nuestro caso, la falta de antecedentes hereditarios por un lado, la ausencia de lesiones gomosas por otro, nos hacen desechar la hipótesis de una osteítis sifilítica.

No pasa lo mismo con la idea de que se trate en nuestro caso de una fractura patológica en el curso de una neuropatía, buscando a su vez que la sífilis estuviera en causa, pero no obrando directamente so-

bre el hueso, sino sobre el neuroeje y apareciendo las fracturas como fenómenos tróficos secundarios.

La reacción de Wasesrmann en la sangre fué siempre negativa en distintos períodos de su enfermedad y aún después de ensayar la reactivación.

La reacción de Wassermann en el líquido cefalorraquídeo fué también negativa en la dilución de 1/10, de 1/2 y de 1 c. c., y los dos antígenos, colessterina y antígeno de Wassermann.

El líquido cefalorraquídeo nos mostró que se trataba de un líquido patológico, puesto que la reacción de Nonne - Appelt y la de Pandy, fueron débilmente positivas. La reacción de Lange dió dilución en los tres primeros tubos y la de Guillain dilución en los tres tubos centrales; lo cual, al decir de Eskuchen en su libro sobre Punción Lumbar, basta para afirmar sífilis del neuroeje.

Proteínas en el L. C. R. (proced. de Crono). 0gr.20 •/100. Elementos I. 2 por mm.³; exámenes éstos realizados en la Clínica Neurológica por el Sr. Norris Surraco.

Examen neurológico de la enferma: Presenta una exaltación de los reflejos de los miembros superiores; reflejos abdominales vivos, más del lado izquierdo; ligero temblor intencional en la ejecución de algunos movimientos, sacudidas nistagniformes en la mirada extrema, sobre todo a derecha; reflejos rotulianos y aquilianos muy débiles; fatigabilidad del reflejo pupilar a la luz, que el Dr. Isola interpreta como equivalente del Argyll. — Examen hecho por la Dra. Aída L. de Pérez Sánchez.

Examen ocular: Nada de anormal en el aparato visual. — Dr. Vázquez Barrière.

Del estudio de la enferma se deduce que se puede interpretar como una sífilis del neuroeje a localización difusa cerebrocerebelo medular, haciendo las fracturas patológicas como único signo lesión.

Estado actual de la enferma.—Fué sometida y aún se continúa a un tratamiento específico combinado a base de arsénico y bismuto a la dosis de 0gr.45 de neosalvarsán y una ampolla de mutanol, semanalmente. Han pasado veintiséis meses y no han aparecido nuevas fracturas; desde este punto de vista, la enferma parece curada, lo cual podríamos admitir como un dato más para orientar nuestro diagnóstico por medio de la terapéutica. Si bien las fracturas no han reaparecido los dolores persisten en los miembros inferiores del mismo tipo a los que precedían a su fractura.

Nos hemos abocado al estudio radiológico de los huesos de sus miembros inferiores, sobre todo a nivel de los puntos dolorosos vecinos de las tres grandes articulaciones, cuyas placas adjuntas muestran una

decalcificación marcada, sobre todo a la altura de los huesos de ambas rodillas.

El estudio de la calcemia muestra una disminución marcada de este cuerpo en la sangre, 83 mgr. %. — Dr. Lussich Siri.

Resumen del caso estudiado

- 1.º Estamos en presencia de un caso de fracturas espontáneas, puesto que realiza las condiciones necesarias para ello, sin el más mínimo factor de violencia externa aparece la fractura.
- 2.º La bilateralidad de la lesión y la simetría perfecta junto a los fenómenos nerviosos (algias), tróficos (rarefacción ósea), hablan en favor de una enfermedad a punto de partida en el neuroeje.
- 3.º Las fracturas tienen una relación estrecha con los períodos menstruales, apareciendo siempre con éstos y luego de una intervención llevada sobre su aparato glandular interno que bien pudo haber cambiado la fisiopatología de esta glándula, a pesar de no haber sido extirpada. La medicación instituida en cierta ocasión para calmar sus dolores, a base de comprimidos de tirovarina, yuguló totalmente éstos.
- 4.º Por otra parte, hoy se sabe bien las estrechas relaciones que rigen en el metabolismo del calcio las glándulas de secreción interna.

Sometemos este diagnóstico a las conclusiones que formulará la Sociedad de Cirugía. No es para nosotros un caso claro desde el punto de vista etiológico. Y tampoco creemos que la enferma esté ya curada. El porvenir nos puede deparar nuevos datos y su evolución nos hará pensar en uno u otro sentido.

Agradecemos la colaboración de todos los médicos que nos han ayudado en este caso.

Dr. Soto Blanco.—Nos inclinamos a pensar que es una causa nerviosa. Por otra parte, nos preguntamos si no habrán intervenido glándulas de secreción interna, el tiroides o el ovario, principalmente.

Dr. Bado.—En la comunicación hay una cosa rara. La primera fractura le brindaba las oportunidades de volverse a fracturar en el mismo lugar. Por eso, llama la atención que la fractura fuera bilateral, y me pregunto si no habría algo de otro orden. Es también singular que las fracturas se hayan producido al mismo nivel.