Año 1907 Núm 1711

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESPONDILOSIS CRONICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Alfredo M. Zelasco

Ex-practicante del Hospital Cosme Argerich (1902-1903) - Ex-practicante Menor y Mayor del Hospital Rawson (1904-1905-1906)

BUENOS AIRES
—
IMP. «SAN MARTIN», ALSINA 459
—
1907

ESPONDILOSIS CRONICA

Año 1907 **Núm. 1711**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESPONDILOSIS CRONICA

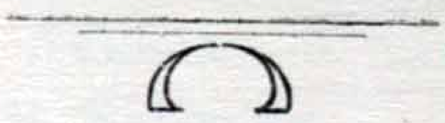
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Alfredo M. Zelasco

Ex-practicante del Hospital Cosme Argerich (1902-1903) - Ex-practicante Menor y Mayor del Hospital Rawson (1904-1905-1906)



BUENOS AIRES

IMP. «SAN MARTIN», ALSINA 459

1907

—La Facultad no se hace solidaria de las ideas vertidas en las tesis.

(*Art. 162 del Reglamento Universitario.*)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr D. Elíseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. José Penna.

Consejeros

Dr D. Eufemio Uballes (con licencia)
» » Pedro N. Arata.
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Güemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio Gandolfo.
» » José M Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Araoz Alfaro.
» » Abel Ayerza.
» » José R Semprún.
» » Jaime R. Costa.

Secretarios

Dr. D. Ricardo S Gómez (Escuela de Medicina)
Dr. D Jonás Larguía (Consejo Directivo).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Fisica médica....	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Químiea aplicada á la Medicina.....	» Pedro N. Arata
Histología teórieo-práctica.....	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva..	» Vacante
Anatomía descriptiva.....	» Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos.....	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiologia general y humana.....	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini (lic.)
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene públiea y privada.....	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica..... .	» Justiniano Ledesma
Patología externa.....	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria.....	» Adalberto Ramaugé lic
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Ovejero
» Dermatológica y sifilográfica..	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica..	» Pascual Palma
» Neurológica.....	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica.....	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal...	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica....	» Antonio C. Gandolfo
» Médica.....	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel Centeno
Patología general.....	» Roberto Wernieke
Clínica Médica...	» Abel Ayerza
» Génito urinaria.....	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica.....	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cannón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología téórico-práctica	»	Vacante
Anatomía Descriptiva	»	Joaquín L. Figueroa (en ejerc.
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badia (en ejerc.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Leandro V. Valle (en ejerc.
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Carlos Robertson Vacante
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Marcelino Herrera Vegas Daniel J. Cranwell Vacante Avelino Gutiérrez Francisco Llovet Marcelo Viñas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprún
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Vacante Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétrica	»	Enrique Zárate Enrique A. Pardo
Toxicología Esperimental	»	Vacante
Clínica Pediática	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernard no Marainí
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachman

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas; principio de clasificación	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada.....	» Miguel Puiggarí
Química orgánica aplicada...	» Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica..	» Julio Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso).....	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica.....	» J. Manuel Irizar
Química analítica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSBTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiologia comparadas; principio de clasificación	Dr. Vacante
Botánica y Mineralogía	» Vacante
Química inorgánica aplicada.....	» Vacante
Química orgánica aplicada..	» Vacante
Farmaeognosia y Posología razonadas	» Sr. Juan A. Domínguez
Física farmacéutica	» Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Vacante
Técnica farmacéutica....	» Vacante
Química analítica (segundo curso) y Ensayo y determ nación de Drogas	» Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Vacente

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Parto fisioiógico y clínica obstetrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. Miguel O'Farrel
Parto distócico y clínica obstétrica	» Samuel Gache

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Anatomía, fisiología, Patología ...	Dr. León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal.....	» Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología...	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dantarias, Medicina legal...	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR MARIO ACEVEDO

MÉDIÇO DEL HOSPITAL RAWSON

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MIS HERMANAS

A MI HERMANO HIPOLITO

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

He elegido como tema de mi tesis para optar al grado de Doctor en Medicina y que someto á vuestra consideración el de Espondilosis crónica.

Mi objeto es presentar una reseña histórica de esta rara enfermedad y las historias clínicas de dos enfermos observados por el Doctor Mario Acevedo y por mí, en la Sala 1ª del Hospital Rawson.

Reina mucha confusión en el mundo médico sobre las distintas denominaciones que se le ha dado á esta afección; algunos la han llamado Expondilitis deformante ó lo que es lo mismo inflamación de las vértebras con deformación y otros Espondilosis rizomélica ó ankilosis vertebral y de las raices de los miembros.

La primera aconseja el Dr. José Penna reservarla á las de origen infeccioso y la segunda abarca más de lo que tienen nuestros enfermos, siendo por eso que no la adoptamos.

En presencia de las consideraciones que preceden nos decidimos á usar el de Espondilosis crónica ó sea soldadura de vértebras

Divido este trabajo en varios capítulos que son:

I Historia.
II Etiologia patogenia y anatomía patológica
III Sintomatología y diagnóstico.
IV Marcha, pronóstico y tratamiento.

Antes de retirarme de las aulas deseo expresar mi profundo agradecimiento á los profosores de la Facultad, médicos del Hospital Rawson los cuales han sabido inculcarme sabias lecciones que me servirán en el ejercicio de la profesión y al Dr. Chr. Jakob por haberme facilitado obras donde consultar el tema.

Al distinguido Dr. Mario Acevedo mi sincera gratitud por las muchas atenciones recibidas y por el honor que me dispensa al apadrinarme en este acto.

CAPÍTULO I

HISTORIA

El primero que estudió esta afección parece ser el profesor Von Strümpell en el año 1884 aunque no se tienen datos ciertos.

El Dr. J Penna (1) en un artículo publicado sobre Espondilitis tifoidea dice: «que en el año 1892 el Dr. Von Bechteren describió una rara enfermedad que se caracterizaba por rigidez y ankilosis de la columna vertebral, respecto de la que, y con motivo de un 6° caso publicó una relación de ellos (Deutsche Zeitsch of Newenheilk—XI—3).

La enfermedad había atacado sujetos de edad variable entre 45 y 50 años; tres de ellos tenían una herencia nerviosa muy cargada y en los otros tres el traumatismo parecía figurar como causa única, sin encontrar en ninguno de ellos ni antecedentes, ni signos que hicieron pensar en una infección ni en una intoxicación.

El principio del mal se caracterizó por la inmovilidad gradual y progresiva de la columna vertebral. La inmovilidad era parcial ó total: en el primer supuesto, ocupaba preferentemente la región dorsal donde también predominaba la incurvación de la columna.

Los músculos de la región se debilitaban y llegaban á la atrofia después de algún tiempo; la sen-

sibilidad y motilidad se alteraban en grado distinto; en fin, las articulaciones de las caderas, escapulo-humeral y de la rodilla se hallaban ó no atacadas como la columna vertebral, pero esta extensión de lesiones se mostró inconstante.

A falta de estudios anatomos patológicos y apoyados solamente en el conjunto sintomático, el Dr. Von Bechteren piensa que en estos casos se ha tratado de un proceso ankilosante del esqueleto y articulaciones del raquis. En cierto caso supone que la lesión podría alcanzar las meningeas, producir su espesamiento y determinar la compresión de las raices nerviosas »

El profesor Adolfo Strümpell—1887—(2) cita su anterior descripción y agrega una historia con fotografía del paciente. De un modo lento, sin causa exterior alguna en este paciente se había formado una rigidez siempre creciente de la columna vertebral y de las articulaciones de las caderas El autor ve la causa en fenómenos inflamatorios crónicos hechas dentro de las articulaciones.

Parece que los dolores son pocos, mientras que la disminución de la movilidad progresa fuertemente. Von Strümpell hace comparaciones entre sus propias observaciones y las de Von Bechterew y Oppenhein con las cuales tienen diferencias pequeñas.

El Dr. J. Penna en su artículo ya citado dice que «P. Marie en el año 1898 presentó á la Sociedad Médica de los Hospitales en la sesión del 11 de Febrero dos enfermos atacados de una afección que en su concepto no había aún sido descripta. Se trata en ambos casos de una ankilosis del raquis con soldadura de las articulaciones coxo-famorales y también aunque en menor grado, de las articulaciones escápulo-humorales.

Estas alteraciones determinaban en los enfermos una actitud particular: tenían, dice el autor, el tronco inclinado hacia adelante y las rodillas en semi flexión, no pudiendo caminar sin ayuda de muletas y les era imposible el sentarse, agacharse, etc El torax estaba aplanado de adelante atrás, las rodillas parecían inmóviles y la respiración de estos sujetos era abdominal, las demás articulaciones, las pequeñas en especial se conservaban bien, pero los enfermos presentados ofrecían al nivel de los dedos, las nudocidades de Bouchard.

El Dr. Von Mutterer—1898 (3) publica la historia siguiente: Un herrero de 58 años en la época de su observación; 8 años antes había empezado á enfermarse por un dolor en la región lumbar que duró más ó menos 4 años. Entonces empezó la rigidez en la columna vertebral y dolores lancinantes en las piernas con dificultad en la marcha, la rigidez de la columna progresó de abajo hacia arriba, en fin, con grandes dolores, la nuca se puso rígida.

La columna vertebral estaba completamente rígida, la cabeza inclinada hacia adelante y á la derecha: las partes blandas del cuello parecían más duras que normalmente y los largos músculos de las espaldas por el contrario parecían relajados. Las articulaciones del hombro estaban dificultadas en su movimiento, las articulaciones de las caderas mostraban una ankilosis completa en una posición regularmente inclinada, los músculos glúteos muy atrofiados, en grado menor los músculos de las piernas.

Aparte de algunos dolores que de tiempo en tiempo se presentaban, la sensibilidad no era considerablemente perturbada.

El Dr. V. Ascoli 1898 (4) describe un nuevo

caso de inflamación crónica de la columna vertebral y de las grandes articulaciones, aquella rara enfermedad á la cual P. Marie recientemente ha dado el nombre de Espondilosis rizomélica. Kr. de 32 años—á los 20 años sífilis; dos años más tarde caía enferma con dolores videntes en la cadera derecha y en el coxi; 5 años después de empezar se presentaron también dolores en el sacro que irradiaban á la columna vertebral. Los dolores al principio eran periódicos, pero luego se hicieron duraderos y obligaron á la enferma á observar una posición inclinada hacia adelante. El tratamiento antisifilítico proporcionó un alivio pasajero sin evitar el progreso de la enfermedad. Tres años después (8 del principio de la enfermedad) la pierna derecha y enseguida la izquierda se pusieron rígidas é inútiles para la marcha; en este mismo tiempo la columna vertebral empezó á ponerse inmóvil. A su admisión á la clínica de Baccelli sorprendió al buen estado de nutrición de la enferma, apesar de estar hace ya 11 años y 2 años que no se movía de la cama. El exámen dió una ankilosis de la columna sin modificación en cada una de sus vértebras; en cada ensayo para moverla despertaba violentos dolores. También las articulaciones del hombro izquierdo y de ambas caderas eran completamente rígidas; el brazo izquierdo estaba en abducción y el femur inclinado bajo un ángulo de 90° á 100°. La articulación del hombro derecho era muy poco movible y muy dolorosa la abducción; las articulaciones de los codos eran muy poco atacadas; ambas rodillas habían perdido mucha movilidad, principalmente la izquierda en la que se había soldado la rótula al femur; las pequeñas articulaciones eran libres. Se sometió á la anestesia clorofórmica consiguiendo muy pocos movimientos en las rodillas y

hombros, y ningunos en la columna y caderas. El exámen con los rayos Röntgen confirmó la ausencia de deformaciones en las articulaciones.

Los músculos de los brazos, muslos y piernas estaban atrofiados, reaccionando con la electricidad incompletamente.

Los reflejos tendinosos no se notan en los miembros inferiores, siendo evidentes en los superiores: reflejos cutáneos vivos, faltan perturbaciones en la sensibilidad.

Después de hablar de los pocos casos observados hasta ahora, entre los cuales los de Strümpell, P. Marie y Bäumler que son los más importantes, Ascoli identifica la enfermedad como una artritis crónica y que se diferencia de las formas comunes del reumatismo articular crónico en que ataca en primera línea á la columna vertebral y las grandes articulaciones próximas, pasando poco á poco á las lejanas.

La inflamación crónica según Ascoli comprende las partes conjuntivas de las articulaciones: cápsula, tendones y tejido conjuntivo peri-articular pasando luego á los tendones que se insertan cerca de las articulaciones.

El engrosamiento amenudo muy considerable y la retracción, pueden conducir á una completa ankilosis, ó como Ascoli prefiere por falta de autopsia á una pseudo-ankilosis.

H. Maass—1898 (5) indica como tratamiento el enderezamiento de la columna con un corset de acetonceluloide.

P. Marie—1898 (6) publica tres casos nuevos de esta enfermedad y el grabado de una preparación seca del Museo de Dupuytren perteneciente á esta enfermedad.

Ch. Bäunler--1898 (7) comunica la historia de un enfermo en el cual se trata de una inflamación

ankilosante de las articulaciones de las caderas y á consecuencia de eso una ankilosis de la columna vertebral. El autor opina que la posición anormal de la columna es debido á la inflamación de las caderas y que equivale á un traumatismo produciendo una modificación en la provisión de sangre y de ahí un «Locur minoris resistentia» en el cual las bacterias pueden desarrollar sus actividades productoras de inflamacion. Así también explica las artritis deformantes profesionales.

Hoffa – 1899 (8) trata de confirmar el cuadro patológico descrito por Strümpell haciendo el resúmen de la casuística y agrega un caso de su observación.

Todos los casos tienen de común que se presentan con una rigidez completa de la columna vertebral, rigidez más ó menos pronunciada de las articulaciones de las caderas y ocasionalmente la del hombro La ankilosis progresa de abajo hacia arriba en la columna vertebral y quedan libres las pequeñas articulaciones.

El diagnóstico diferencial dice el autor que es muy difícil con la Espondilitis tuberculosa y más difícil con la artritis deformante, siendo sin embargo en esta última la rigidez menos pronunciada y el dolor más intenso.

Senator - 1899 (9) describe un caso claro de esta enfermedad y agrega que la expresión Espondilitis ó artritis deformante tan habitual ha producido muchos mal entendidos, habiendo sido todos los casos estudiados en su conjunto y sin preocuparse si la deformidad ó la rigidez de la columna vertebral se presentaron en una ú otra forma ó si las articulaciones de los miembros eran ó no atacados y si había ó no perturbaciones en el sistema nervioso; por lo tanto no hay justificación en proponer tipos espe-

ciales de estas espondilitis. Etiológicamente el mal pertenece al reumatismo.

Gilbert y Kirchgaesser (10) dicen que no existen diferencias de principios entre las formas presentadas por Strümpell y Von Bechterew.

L. R Müller (11) dice que la inflamación ankilosante de la columna vertebral no debe ser considerada como artritis deformante de la columna.

O. Damsch en 1899 (12) menciona la literatura existente y presenta un hombre al cual el mal había empezado en su juventud y tenía antecedentes marcados de reumatismo.

La enfermedad había evolucionado en 10 años, sin dolores, rigidez completa de la columna vertebral y que las articulaciones de las caderas estaban un poco ankilosadas. El autor cree que con la hidroterapia y el masage se puede impedir en un cierto grado el avance de la enfermedad.

Cantani (hijo) (13) para echar más luz sobre las diferencias que existen entre los diferentes tipos de rigidez de la columna vertebral compara tres casos de espondilosis rizomelica, con casos de artritis deformante, enfermedad de Pott y el tipo Bechterew.

Los casos de Cantani eran hombres de 27 á 50 años que habían empezado con violentos dolores y rigidez de la columna vertebral, región del cuello y no en las caderas como en todos los casos; en dos de los casos poco á poco la columna vertebral entera y las articulaciones de ambas caderas y hombros fueron atacadas, y en el tercero que tenía una evolución de 3 meses la rigidez quedó reducida á la región cervical y á las articulaciones maxilares; las pequeñas articulaciones en los 3 casos quedaron libres.

En todos los enfermos el dolor era el primer sín-

toma, siendo en la dentadura en el tercero; en ninguno observó perturbación nerviosa alguna.

En la etiología ningún enfermo tenía predisposición reumática, uno de ellos había tenido sífilis y varias gonorreas, otro una contusión en el occipital y en el tercero no se encontró ninguna causa constatable.

La falta de toda relación reumática es considerada por Cantani característico de Espondilosis rizomelica y de ahí que divide la ankilosis de la columna vertebral en 2 grupos: 1° ankilosis sin base reumática y en consecuencia sin deformación articular; y 2° ankilosis crónica reumática con ó sin deformación.

Cantani constata que de los casos publicados como espondilosis rizomélica ó enfermedad Strümpell-Marie un gran número pertenecen al 2° grupo, quedando solo algunos casos en los cuales el reumatismo no tiene relación y que por esto deben considerarse como típicos.

Cantani dice que las enfermedades que ante todo pueden dar lugar á confusiones con la espondilosis rizomélica, hay que contar en primera línea á la inflamación ankilosante de las grandes articulaciones y de la columna vertebral descrita por Bechterew y á la cifosis de Pott en cuyos casos dudosos se puede hacer una inyección de tuberculina.

Mattirolo 1900 (14) presenta la historia siguiente: un campesino de 69 años con violentos dolores en el sacro y en las piernas, en 6 meses se formó una ankilosis de la parte inferior de la columna vertebral y de la articulación de la cadera derecha; de la sexta vértebra dorsal arriba, la movilidad algo se había conservado; la articulación de la cadera derecha se había ankilosado en una posición de flexión, así es que cuando el enfermo estaba parado te-

nía que flexionar la rodilla y de ahí la figura de una Z descrita por Marie. Dolores en el sacro y piernas, lijera parecía espasmódica en las piernas, espasmos fibrilares, mioclonias verdaderas en los muslos atróficos de la cadera y muslo derecho completaron el cuadro patológico. La reacción eléctrica en los músculos era normal, siendo así también la sensibilidad. Para Mattirolo el caso pertenecía al tipo Strümpell-Marie.

Los fenómenos de excitación motriz los explica así: osificación de las partes conjuntivas de las articulaciones vertebrales pueden fácilmente producir un engostamiento de la foramina intervertebral y así una compresión de las raíces posteriores, la última es la causa de los dolores y al mismo tiempo una exitabilidad aumentada de las celulas ganglionares motrices de la médula, que encuentra su expresión en los fenómenos espasmódicos y las mioclonias.

Kudrjaschoff—1901 (15). Fundado en un caso observado y descrito con exactitud de espondilitis deformante y en un estudio detallado de la literatura existente, el autor llega á la conclusión siguiente: que las enfermedades descritas como espondilitis deformante, espondilosis rizomélica, etc., pertenecen á una misma forma patológica, es decir, á la artritis deformante.

Con cuadros instructivos de preparaciones de una colección de San Petersburgo explica de un modo claro la soldadura osea entre algunas vértebras y apofisis articulares en los diferentes puntos de la columna vertebral.

Joel E. Goldtwait—1902—(16) aconseja en la espondilitis deformante, inmovilizar la columna vertebral con un corset de yeso, habiendo él conseguido mejorías notables,

Buiclin—1902—(17) presenta la historia siguien-

te: en un hombre de 42 años, que dos años antes se había enfermado con fuertes dolores en la región retro-troncanteriana derecha; la cadera derecha poco á poco se puso completamente rígida: después se presentó también una completa ankilosis de la columna vertebral región cervical y dorsal, el apetito, las deposiciones y las otras funciones vegetativas quedaron intactas: poco tiempo después la cadera izquierda empezó á enfermarse y á ponerse inmóvil. Los brazos quedaron libres.

Ninguno de los tratamientos indicados le dió resultado.

Mayet y Faure—1902—(18) que tratan el reumatismo crónico de la columna vertebral, su historia, naturaleza, etiología, formas clínicas, síntomas, diagnóstico y tratamiento, dicen que á la espondilosis rizomélica no hay que considerarla como una enfermedad específica sino como una forma del reumatismo crónico de la columna vertebral.

Fritz Reuter—1902—(19) estudia la afección y dice que se trata de una sencilla formación de huesos en los cartílagos, siendo el proceso análogo á una osificación, atacando á la columna vertebral de abajo hacia arriba, formando una cifosis. El autor propone el nombre siguiente á la enfermedad: Ankilosis ascendente de la columna vertebral con cifosis arcuaria.

E. Frankëll explica en la forma siguiente la diferencia que existe entre la espondilitis deformante y la artritis ankilopoietica de la columna vertebral. En esta se trata de un proceso articular con integridad absoluta de las vértebras en su forma y en aquella se encuentra una deformación pronunciada en el cuerpo vertebral por exostosis supra cartilaginoso y por un puente oseo-ligamentoso entre una y otra vértebra.

O Niedner—1904 -(20) usa los rayos Röntgen para sus investigaciones en dos casos y llega á la conclusión que el subtractun anotomo-patológico en la forma Bechterew ó inflamación ankilosante de la columna vertebral debe buscarse del mismo modo que en la forma Strümpell-Marie ó espondilosis rizomélica: en un proceso osificante de los discos intervertebrales y de los ligamentos de la columna vertebral.

G. Zesas—1904—(21) dice que ni la etiología, ni la sintomatología y mucho menos la anatomía patológica permiten separar las formas Becterew de la forma Strümpell-Marie.

Stamatin y M. Cealic-1904-(22) presentan la historia siguiente: el paciente de 42 años, siempre sano, hace más ó menos dos años que empezó á sufrir un dolor en el sacro, poco tiempo después empezó á ponerse inmóvil la parte dolorosa de la columna vertebral. los dolores y ankilosis progresó hasta la región cervical; después de un año y 4 meses de haber empezado la enfermedad la columna estaba completamente rígida, luego empezaron á ankilosarse las articulaciones de las caderas y de los hombros pero sin dolor; las pequeñas articulaciones quedaron libres. El estado general era bueno, la marcha un poco difícil y la impresión que hacía el enfermo era la de un cifótico.

El autor se inclina á pensar que se trata de una forma de reumatismo deformante y aconseja buscar para la etiología enfermedades infecciosas, blenorragías, reumatismo, tuberculosis y etc., porque podrían tener algun rol.

Voig—1905 - al tratar al reumatismo crónico, incluye en él, las enfermedades crónicas desformantes

y ankilosante de la columna vertebral, es decir, el tipo P. Marie y el Bechterew.

En la «Presse Medical» de 6 de Junio de 1906, en contramos el artículo siguiente que lo reproducimos por ser importante: «P. Marie y A. Léri.—Espondilosis rizomélica: anatomía patológica y patogenia. (Nouvelle Zconographie de la Salpêtrière, 1906 Janvier, Febrier, Nº 1 pág. 33 á 49, 5 planches hors texte y 7 figures).

Esta singular afección, descripta por P. Marie 1820, es caracterizada esencialmente bajo el punto de vista clínico por una ankilosis casi completa de la columna vertebral (espondilosis) y de las arti culaciones de las raices de los miembros (rizomélica) Debe ser distinguida, según P. Marie, de las otras ankilosis vertebrales. tales como el reumatismo del raquis y la cifosis heredo-traumática de Bechterew y considerarla como entidad mórbida.

En efecto, si se puede incriminar para la espondilosis rizomélica como para el reumatismo la acción del frío húmedo, todas las veces en la primera el raquis es dulcemente y regularmente incursado mientras que en el segundo es rectilíneo. En cuanto á la cifosis heredo-traumática, es una afección local de principio brusco, de gibosidad acusada y limitada

Recordando las publicaciones antiguas, el trabajo de Marie y Léri aporta una autopsia nueva que viene á confirmar sus primeros estudios Bajo el punto de vista anatomo patológico, la espondilosis rizomélica se presenta según estos autores como una *osificación particularmente localizada, á los ligamentos, á los discos y meniscos; y una rarefacción osea*

Los hechos nuevos justifican la opinión de Marie haciendo de esta afección una entidad mórbida. La espondilosis rizomélica sería: primitivamente osteo-

patia infecciosa ó toxi-infecciosa con tendencia á enrarecer; secundariamente una osificación ligamentosa con tendencia compensadora, fenatrís y curativa.

CAPÍTULO II

ETIOLOGIA-PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLÓGICA

La etiología y patogenia de esta enfermadad es muy obscura y por lo tanto discutida.

Para algunos autores como ser Ascoli, Senator, Mayet, Jaure, Cealic y Voigt creen que se trata de reumatismo crónico porque algunos enfermos estudiados por ellos, tenían antecedentes reumáticos.

Cantani (hijo), Fritz Reuter, O. Niedner, P. Marie y otros se oponen á la teoría reumática y piensan en una entidad mórbida con osificación de los discos y ligamentos de la columna vertebral.

Nuestros enfermos, como veremos en las historias, no tienen ningún antecedente reumático y por lo tanto nos inclinamos á la teoría de estos últimos.

Sobre anatomía patológica hay muy poco que decir porque son muy escasas las autopsias que se han hecho de esta afección.

Lo que todos los autores mencionan es la de P. Marie que encontró: osificación de los ligamentos amarillos, ankilosis osificante de las articulaciones laterales y adherencias oseas de los cuerpos vertebrales unas con otras, estas adherencias se habían producido en los discos intervertebrales por proliferaciones oseas que se extendían del cuerpo de una vértebra al de la inmediata.

Hoffa y otros han conseguido ver en el vivo

por medio de los rayos Röntgen los discos intervertebrales; nosotros sometimos á este examen á nuestros enfermos obteniendo una imajen muy difusa.

Cuando la proliferación del tejido oseo se localiza en los agujeros de conjugación y comprime las raíces nerviosas tenemos trastornos nerviosos.

CAPÍTULO III

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

El cuadro sintomático no está aun bien estudiado.

Por lo general la afección empieza por un dolor en el sacro que disminuye con la evolución de la enfermedad; despues de este primer síntoma se desarrolla una rigidez de la columna vertebral que al principio solo ocasiona una limitación de movimiento y luego un ankilosis generalizada convirtiendo la columna vertebral junto con la cabeza, en un bastón rígido.

Esta rigidez que es la característica de esta enfermedad tiene una marcha ascendente en la mayoría de los casos· algunos autores han observado una marcha inversa, dándole en estos casos como etiología á la blenorragia.

Raramente la columna vertebral se fija en extensión, lo común es verla formando una cifosis.

El dolor sacro como ya dijimos desaparece en muchos casos, pero en otros no, y entonces toma irradiaciones á los miembros inferiores, superiores y á la cabeza, dolores que se exasperan al menor movimiento.

Cuando la ankilosis abarca las articulaciones costo vertebrales se observa una disminución de la respiración costal haciéndose abdominal.

La ankilosis puede extenderse á las caderas y á los hombros y entonces tendríamos la espondilosis rizomélica de P. Marie.

El diagnóstico no es muy dificil cuando se presentan los enfermos como el que motiva nuestra primera observación; es decir, tres años de evolución, ankilosis completa de la columna vertebral, gibosidad que aumenta con la marcha de la enfermedad, estado general bueno, etc., pero no es lo mismo cuando la enfermedad recién empieza y entonces se nos ocurrirán varios diagnósticos, como ser: espondilitis infecciosa, traumática y tuberculosa.

En la primera con los antecedentes y la evolución que es rápida tendríamos datos suficientes para llegar al diagnóstico, en la traumática tenemos el dolor intenso, provocado y expontáneo, temperatura alta, pulso frecuente, tumefacción y edema en la región; con la tuberculosa no es tan fácil y para hacerlo hay que buscar cuantos datos hayan, porque todos son necesarios; antecedentes hereditarios, personales y la edad, que es muy importante porque en la infancia es más común ver la tuberculosis y en cambio en la edad adulta es cuando se manifiesta la espondilosis. El examen del estado general, de la columna y de las vísceras debe ser hecho con toda minuciosidad porque así servirá para aclarar el diganóstico; lo primero ya sabemos que es en general malo en toda afección tuberculosa, lo segundo, es decir, el examen de la columna vertebral nos dará, si es tuberculosa, una gibosidad mas angulosa y la palpación provocará dolor, localizado ó difuso; y tercero buscar en las vísceras y principalmente en los pulmones algún signo revelador Y por último si el caso es muy dudoso se recurrirá á la tuberculina como aconseja Cantani.

CAPÍTULO IV

MARCHA. PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

El curso de la enfermedad es crónico; los fenómenos morbosos se van desarrollando muy lentamente y sin interrupción.

A medida que la enfermedad avanza, también avanza la cifosis como vemos en las fotografías de nuestros enfermos, el uno tiene una evolución de seis meses y la cifosis es poco marcada y el otro que es de tres años la cifosis es más pronunciada.

El pronóstico en cuanto á la vida del enfermo es favorable, no siendo lo mismo respecto á la fección la cual difícilmente sanará.

Las ankilosis costo-vertebral obra desfavorablemente sobre los pulmones y de ahí que hay que tenerlo en cuenta en las enfermedades de dichos órganos.

Tratamiento.—De todos los medicamentos al interior indicados por los autores como ser: el salicilato de sodio, antipirina, el ioduro y otros que se usan en el reumatismo ninguno ha dado resultado.

El profesor Hoffa aconseja el masaje y la gimnasia; nosotros lo usamos en nuestros enfermos con un resultado muy poco halagüeño, principalmente en el primer enfermo; en cuanto al segundo que está actualmente en tratamiento parece que el cuello no está tan rígido.

Si estos no dieran resultados se podría usar los indicados por Strümpell y Baumber; que consiste el del primero en movimientos pasivos durante la anestesia, y el del segundo mucha quietud.

Otros autores aconsejan la hidroterapia en cualquier forma y los revulsivos locales.

El tratamiento quirúrgico indicado por algunos autores no se usa por ser muy dudoso el resultado.

OBSERVACIONES CLINICAS

OBSERVACION 1ª

HOSPITAL RAWSON
Médico tit. Dr. J. Rubiera.

SALA I
M. Agr. Dr. M. Acevedo,

Antonio C., edad 34 años, estado casado, nacionalidad español, Prov. León, profesión trabajo de campo, domicilio Juárez, Prov. Buenos Aires. Entra al servicio el 18 Noviembre 1906

Antecedentes hereditarios.—Los padres fallecieron 25 años más ó menos, ignora la causa tiene varios hermanos sanos.

Antecedentes personales.—No recuerda haber tenido enfermedad alguna, no tiene hábitos alcohólicos. La esposa dió á luz 3 hijos sanos, siendo los partos normales, no hubo abortos.

Enfermedad actual.—Empezó hace 3 años por un dolor muy intenso expontáneo y provocado, en la columna vertebral á la altura de las vértebras lumbares; dolor que era más fuerte cuando hacía algún movimiento después de un reposo prolongado; con el ejercicio del trabajo se atenuaba un poco. Dice el enfermo que en aquel entonces se trató algunos revulsivos consiguiendo con estos disminuir el dolor pero que nunca llegó á desaparecer Al año se sintió esos mismos dolores en la región cervical los cuales han ido aumentando paulatinamente hasta ahora en que son insoportables; dice el paciente que los aminora tomando una posición inclinada hacia adelante: posición que ha ido aumentando con la marcha de la afección.

Esos dolores no están localizados en un solo punto sino que son difusos y con irradiaciones: los de la región lumbar hacia los muslos, los cervicales á los hombros y á la cabeza produciéndole cefalalgia frontal interna con sensación de plenitud.

Nota el enfermo que con la evolución del mal disminuye les movimientos de la columna vertebral, no pudiendo desde hace 4 meses moverla en ningún sentido

Estado actual. — Estado general bueno, regular cantidad de tejido adiposo, conjuntivas bien coloreadas.

Inspección general. —No describiremos la posición cuando está levantado porque la fotografía que acompañamos es bastante explicativa; la que adopta en el lecho es casi sentada y lo hace así para disminuir los dolores en las caderas. El torax tiene el diámetro ántero-posterior un poco aumentado lo cual creemos que sea debido á la conveccidad de la columna.

En el 5 espacio intercostal línea mamaria se ve el choque de la punta, el tipo respiratorio es abdominal. El abdomen como los miembros inferiores no presentan á la inspección nada que llame la atención

Torax.—A la palpitación notamos que las costillas casi no se mueven con la respiración, el choque de la punta se palpa donde se ve; á la percución encontramos sonoridad en todo el pulmón y á la auscultación murmullo vesicular normal; el corazón lo percutimos y lo auscultamos no hallando nada anormal.

Pulso.—75 pulsaciones, regular, igual, buena tensión.

Hígado—Límite superior normal é inferior á un traves de dedo por arriba del borde costal.

Abdomen.—Nada de particular.

La pierna izquierda al moverla le produce un dolor difuso en la ingle que corre por el muslo hasta la rodilla, en la pierna derecha al hacer esos mismos movimientos se despierta igual dolor pero con más intensidad llegando la irradiación hasta el pie.

Los reflejos tendinosos y cutaneos lo mismo que la sensibilidad son normales.

Columna vertebral.—Es convexa desde la región cervical hasta el sacro, convexidad regular sin saliencias bruscas; se le ordena al enfermo algún movimiento con el fin de que flexione ó enderezca la columna vertebral pero es inútil, se mantiene rígida· si colocamos un objeto en el suelo y lo invitamos á levantarlo, lo primero que hace el enfermo es separar los piés, luego flexiona las piernas y por último el torax sobre los muslos sin mover la columna.

La palpación y percución es indolora; no siendo asi, si tratamos de flexionarla por que entonces se despiertan dolores muy fuertes. La cabeza está ankilosada á la columna vertebral y por lo tanto sin movimiento alguno.

Diagnóstico.—Espondilosis crónica.

Tratamiento.—Se le trató durante un mes con solicilato de sodio y antipirina, sin notar el enfermo mejoría alguna Luego con masage, ioduro al interior, no consiguiendo con estos medios, alivio alguno, en vista de esto el enfermo pide el alta el 13 de Enero de 1907.

OBSERVACION II

HOSPITAL RAWSON — SALA I

Médico titular Dr. J. Rubiera — *Médico agr. Dr. M. Acevedo*

Carlos D. edad 40 años estado casado, nacionalidad italiano, profesión jornalero, domicilio Morón. Entra al servicio el 18 de Febrero de 1907.

Antecedentes hereditarios.—El padre falleció hace 10 años de una afección cardiaca, la madre ignora si vive; tiene hermanos sanos.

Antecedentes personales.—Sano hasta la edad de 25 años á esa edad se enfermó de colitis según diagnóstico médico que le duró 3 años, despues de haberse sanado, empezó á sentir un ligero malestar en la cintura durante varios años desapareciendo luego sin ningun tratamiento.

Hace 3 años recibió una coz en el pecho y otra en la espalda, de lo cual mejoró á los pocos días sin dejar rastro alguno. No ha tenido enfermedades venereas y ni tiene hábitos alcoholicos.

Enfermedad actual.—Empieza hace 6 meses por unos dolores vagos en la región del sacro y en las caderas, estos dolores han ido extendiéndose hacia arriba hasta llegar á la región cervical, de donde se irradiaban á los hombros y á la cabeza región occipital.

A medida que avanzaban en extensión los dolores, el paciente notó que la columna vertebral se ponía rígida y que ciertos movimientos no los podía ejecutar.

En vista de esto trató de ingresar á un hospital

y así lo hizo, hace 3 ó 4 meses entrando en el San Roque donde permaneció allí 5 ó 6 días; vuelve á su casa; pero como la lesión aumentaba, se resuelve ingresar por segunda vez al hospital, esta vez fué al Rawson el 18 de Febrero del corriente año siendo su

Estado actual el siguiente: estado general bueno en cuanto á energía y fuerza muscular, no siendo así respecto al tejido adiposo porque es escaso; aunque dice el enfermo que siempre fué así.

La actitud que toma el enfermo estando de pié es un poco inclinada hacia adelante, en el lecho puede tomar el decúbito dorsal.

Examinamos sus pulmones en varias ocaciones porqué su estado general no nos inspiraba mucha confianza y no encontramos nada anormal. El tipo respiratorio es abdominal.

Corazón á la percución y auscultación no reveló signo patológico alguno.

Pulso—regular, igual y buena tensión.

Higado y Bazo—á la palpación y percución nada anormal.

Aparato digestivo—muy buen apetito y deposiciones regulares.

No hay perturbaciones ni en la sensibilidad ni en los reflejos.

Temperatura.—Normal.

Columna vertebral.—Ligera convexidad dorsal, indolora á la palpación y percución, rígida á cualquier movimiento, sea activo ó pasivo, la ankilosis ha ido progresando de abajo hacia arriba hasta la región cervical siendo en esta incompleta por haber algun movimiento aunque son muy limitados.

Diagnóstico—Espondilosis crónica

Tratamiento.—A este enfermo lo sometimos des-

de el primer momento, al ejercicio y masaje. Despues de una serie de sesiones con este tratamiento dice el enfermo que mueve un poco más la cabeza y que los dolores cervicales han disminuido.

ALFREDO M. ZELASCO.

NOTA—La fotografía del segundo enfermo no la publicamos por razones ajenas á nuestra voluntad.

Buenos Aires, Marzo 20 de 1907.

Nómbrase al Sr. Consejero doctor B. Sommer, al profesor titular doctor Diójenes Decoud y al profesor suplente doctor Francisco Llovet, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tesis, según el artículo 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón
R. S Gómez—Secretario.

Buenos Aires, Abril 5 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 1711 del libro respectivo entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón
R. S. Gómez—Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I El masaje obra de una manera directa ó indirecta en el tratamiento de la espondilosis.

II Síntomas de la forma aguda de la espondilosis.

III Diagnóstico general de las ankilosis vertebrales.

BIBLIOGRAFIA

1 Dr. J. Penna—*Semana médica* 3 Agosto, 05.

2 » Von Strúmpell—*Deutsche Zeitsch of Newenheilk.* xi 3 y 4, p. 338 1897.

3 » Von Mutterer—*Deuts Zeitsch of Newenheik.* xiv 1 2, p, 44 -1898.

4 » V. Ascoli—*Polichin.* v 23, p. 537-1898.

5 » H. Maas—*Deutsche med Wochenschrift.* xxiv 36-1898.

6 » P. Marie—*Revue de med.* xviii 4, p. 285-1898

7 » Ch. Baumler—*Deutsche Zschrift f. Nervenhkde* xii 2, 177-1898.

8 » Hoffa—*Volkmann's Samsul, Clin. Vortz.* N. F. Nº 247-1899.

9 » H. Senator—*Bert Clin Wochenschr.* xxxvi 47. 1899.

10 » Gisbert y Kirchgaesser—*Münch med Wochenschir.* xlvi 41, 42—1899.

11 » L R Múller—*Münch med Wochens chir.* xlvi 41, 42-1899.

12 » Damsch—*Ztschr f. Klin med.* xxxviii 4, 5, 6, p 471 1899.

13 » Cantani (hijo) *Policl.* vii 15 p. 387; 17 p. 428 1900.

14 » Mattirolo—*Clin med ital* xxxix 10.12 p. 719 1900

15 » Kurdrjaschoff Ztschr—*Orthopäd chir.* ix 2-1901.

16 Dr. J E. Goldthwait Boston—*med and surg yourn.* cxlvi, 12 p. 299·1902.
17 » Buicliu--*Spitalul.* xxiii 12, 13 p. 461-1902
18 » Mayet y Youve—*Gaz dez Hosp.* N° 69-1902.
19 » F. Reuter de Graz—*Ztschr f Heilkunde.* N. F. 1 p. 83·1902.
20 » Niedner—*Charité anales.* xxviii 45·1904
21 » Zesas—*Deutsche Zeitschr f Chir.* lxxiv 5, 6, p. 467·1904.
22 Stamatin y Cealic—*Spitalul.* xxiv p. 658·1904.
E. Von Bergman, P. Von Bruns y Von Mikuliez. Cirugia Clinica y Operatoria.