

Uncaso de artritis vertebral de naturaleza probablemente bacilar

Como contribución al estudio del reumatismo tuberculoso, publican en "La Presse Medical" del 31 de octubre de 1933, un interesante estudio, los Doctores Mathieu Pierre Weil y Carie Roederer. Se trata en este estudio de dar a conocer un síndrome, caracterizado por dolores y rigideces de la columna vertebral; pero estos síntomas con que se manifiesta tienen algo muy característico: El dolor no es extremadamente violento y raramente procede por crisis agudas, es más bien una especie de pesantez que se percibe en la región dorsal media y algunas veces en la región interescapular alta, teniendo sus irradiaciones más frecuentes hacia arriba y hacia abajo de la columna vertebral; menos frecuente que en el mal de Pott son sus irradiaciones en cintura, siendo muy raras, pues casi nunca se presertan las viscerales y las de la zona ciática. No parece que se exacerbara el dolor con los mo-

vimientos moderados y con la tos; lo mismo que con los cambios atmosféricos, siendo solamente los movimientos bruscos lo que viene a despertarlo o aumentarlo.

En cuanto al otro síntoma, frecuentemente se quejan los pacientes de él; hablan de una menor flexibilidad de su columna para llevar a cabo movimientos de extensión, flexión, lateralidad y rotación. Esta rigidez se hace evidente algunas veces en extensión, otra ligera flexión no sabiéndose si en este último caso, ha tenido para manifestarse una cifosis ya persistente. Puede presentarse un tipo más grave en que el dolor y la rigidez sean generalizados a toda la Columna; pero el dolor no será demasiado intenso como el de la Espondilosis Risomiélica.

Cuando se examina el paciente, se provoca dolor a la palpación y presión en toda la zona de rigidez, no es un dolor localizado, pues muchas vértebras

semejan tenerlo igualmente.

En cuanto al sistema nervioso, parece que no hay mayor alteración, los reflejos rotulianos y aquileos excepcionalmente ¿e presentan exagerados y la sensibilidad superficial y profunda no presentan nada anormal, la fuerza muscular es conservada, no hay Atonía ni jamás se presentan síntomas de compresión.

El estado general es relativamente, poco atacado, a pesar que en estos enfermos este síndrome se ha prolongado muchos años, complicándose algunas veces con las manifestaciones llamadas pequeñas tuberculosis como son adenitis, pleuresía, goma, etc. En la región ya indicada (columna vertebral) no se han encontrado Osteofitos ni deformaciones ni aplastamientos. A la radiografía se nota, que un grupo de vértebras están como **englobadas** por vaina lateral de confines mal definidos, pero que hacen una sombra más próxima de raquis que la formada por el mal de Pott dorsal. Esta sombra recubre algunas veces los cuerpos vertebrales; el segmento verte-

bral parece sucio, según la expresión empleada por Barré, con ocasión a las Artropatías tabéticas. Excepcionalmente se observan a distancia lesiones de calcificación ligamentosa que **representa** una defensa contra el deslisamiento del segmento subyacente.

De perfil **las** imágenes son menos características contrariamente lo que se ve, en general en otras afecciones vertebrales. Se nota la descalcificación relativa de los cuerpos con su morfología conservada. La penumbra del espacio intervertebral algunas veces es disminuida de altura sobre todo en su parte anterior. El proceso semeja limitarse a la región intervertebral y no se ha notado jamás la calcificación anterior y particularmente de los discos. Fuera de la región dolorosa las vértebras son bien calcificadas,, de contornos normales y separadas por espacios claros muy regulares.

Estos enfermos se presentan como atacados, de Artritis infecciosa mejor dicho de Espondilartrosis. Para muchos no se trata más que de manifestaciones

articulares tuberculosas excluyendo la sífilis la gonocoxia ' otras afecciones locales. No se trata de Microtraumatismos de qué se trata entonces?

Los doctores Mathieu Fierre Weill y Carie Roederer dicen que en ciertos enfermos la tuberculosis hace sus pruebas antes que aparezcan los accidentes raquidianos; en otros casos la tuberculosis no ha afirmado enseguida su presencia más que bajo forma de pequeña tuberculosis, dos veces bajo la forma de Pleuritis, dos veces bajo forma de ataque pulmonar; si bien no se puede afirmar que se trata de una Espondilitis de naturaleza tuberculosa. Las pruebas parentonas que faltan frecuentemente en las grandes articulaciones, faltan más aun aquí, pues la profundidad de las articulaciones vertebrales no permite que la exploración sea tan fácil, sin embargo los doctores anteriormente enunciados se inclinan a creer que la tuberculosis es el factor etiológico del síndrome que hoy nos ocupa. Y relatan que en una familia tuberculosa

se presentaron dos adolescentes atacados; tanto el uno como el otro, fueron enseguida afectados de lesiones parenquimatosas. Las pruebas bacteriológicas que solas permiten la punción y í-a biopsia son imposibles en este caso, las pruebas indirectas, la cutirreacción, la reacción de Vernes-resorcina, reacción de desviación del complemento, son inútiles y sin valor como bien se ha demostrado. Cualquiera que sea el origen de este síndrome el hecho de que jamás esta forma de tuberculosis raquidiana se transforma en tuberculosis ulcerocaseosa; debe dictar una conducta terapéutica muy especial. No hay necesidad de un decubito dorsal prolongado, el reposo debe ser recomendado y el mayor número de casos, es suficiente con inmovilizar relativamente a los pacientes con la ayuda de corsees amovibles y hacerlo acostar en lechos duros. Se les evitará la fatiga, el llevar pesos y se les aplicará el tratamiento general de la tuberculosis osteoarticulares.

J.H. Medina.

Aforismos Quirúrgicos

G. AUDIAN: *Reflexiones y aforismos acerca de algunos problemas quirúrgicos.* (Le Phare Medical, de París, julio de 1933.)

I. En la gran mayoría de casos de fractura del cráneo, la abstención es preferible a la intervención.

II.—La mayoría de los enfermos que se quejan del estómago (dolores, calambres, pirosis), no están enfermos del estómago.

III. Efectuando la gastrectomía en dos tiempos con desagüe por mechas en todos los casos, la mortalidad operatoria es tan gente a cero.

IV. La anastomosis con **Botón** de Jaboulay es fácil, rápida y buena. Sus adversarios jamás la emplearon o no saben efectuarla.

V. La mayoría de los ulcus duodenales curan con simple gastroenterostomía. Si, al año,

no están mejor o si, más tarde, sobrevienen recaídas, no se debe vacilar en efectuar la pilorectomía.

VI. En los casos diagnosticados de "apendicitis crónica," las lesiones de epiploitis predominan, a menudo, mucho sobre las apendiculares.

VII. El epiplón se debe resecar siempre, parcial o totalmente no sólo cuando está enfermo, sino hasta cuando únicamente se sospecha que lo está. Y se debe resecar también, aunque parezca sano, cuando se hallan lesiones apendiculares o tiflocólicas importantes o antiguas.

VIII. Aunque no se adviertan en ellos lesiones **macroscópicas**, los epiplones grasos, gruesos y pesados pueden producir estados patológicos.

IX. El cáncer del recto es, quizá, uno de los menos malos.

X. El cáncer del seno es uno de los más temibles.

XI. Toda vesícula biliar no visible después de la inyección intravenosa de tetrayodo, es una vesícula quirúrgica.

XII. En este caso, la intervención encuentra en ella lesiones importantes: vesícula esclerosada y atrofiada o atestada **de cálculos**, o conducto cístico esclerosado u ocluido por uno de aquéllos., etc.

XIII. Casi todas las vesículas biliares pueden ser extirpadas por laparotomía media, **incisión** que permite una **exploración** más completa de la región (duodenopáncreas, piloro. etc.)

XIV. Es preciso drenar todas las colecistectomías.

XX. Salvo las pancreatitis hemorrágicas y el cáncer del páncreas, conocemos muy poco de

la patología de semejante órgano, fisiológicamente tan importante, y toda su clínica está por hacer.

XVI.—No se deben operar sistemáticamente todas las epididimitis tuberculosas. Sólo existen indicaciones operatorias claras en casos muy precisos y relativamente poco numerosos.

XVII. En una mujer joven, las metrorragias derivan mucho más a menudo de una anexitis que de un fibroma o de un pólipos.

XVII. Hoy, en los casos dudosos, jamás debe hacerse una intervención pélvica, sin haber indagado antes la reacción biológica del embarazo.

XIX. Cuando una glándula de Bartholin se ha infectado, seguirá infectada siempre. Por lo tanto, cuando la inflamación está completamente curada, ya después de la incisión, ya después de abrirse de modo espontáneo, es necesario aconsejar la extirpación de la glándula.

XX. En las supuraciones superficiales, el desagüe filiforme da resultados excelentes, pero sólo se debe recurrir a él cuando el absceso está perfectamente coleccionado y la piel (ello si advierte fácilmente) inmediatamente amenazada.

XXI. Hay que operar todos los epitelomas dendríticos del seno, pero contentándose con una resección parcial aréolo-mamelonar. La extirpación total de la glándula, y sobre todo la amputación de la mama, no son indispensables, ni siquiera útiles.

XXII. Todos los tumores benignos del seno deben ser operados.

XXIII. Los fibromas de la matriz no son todos quirúrgicos. No

es en modo alguno necesario, verbigracia, operar los pequeños, que no sangran, son indoloros y no producen fenómenos de comprensión. De igual modo se tratarán con ventaja por la radioterapia, los fibroma pequeños o medianos, blandos, hemorragíparos, a condición, empero, de que no haya otra lesión pélvica (quiste, salpingitis, etc.).

XXIV. El cáncer del *cuervo* uterino, tras la histerectomía total, jamás recidiva, por decirlo así.

XXV. El cáncer del *cuello* uterino es, en cambio, cáncer de recidivas y metástasis. Algunos pueden tratarse por la cirugía sola (amplia histerectomía). o por la curieterapia sola o asociada con la radioterapia, otros, en fin, por la asociación curieterapia-cirugía-radioterapia.

XXVI. A pesar de radicar el medios prácticamente siempre infectados, las heridas de la boca y las del peritoneo, curan, en general, con desconcertante facilidad.

XXVII. La *osteomielitis jamás cura*. Todo hueso infectado por el estafilococo, parece deber estar infectado indefinidamente, aunque se puedan observar, en el curso de tales infecciones, períodos de remisión muy largos {de veinte años y más).

XXVII.. Las indicaciones absolutas de las osteosíntesis son raras. En la inmensa mayoría de los casos, las fracturas cerradas pueden y deben curarse con buen resultado funcional, sin intervención cruenta.

XXIX. En las osteoartritis tuberculosas de la rodilla, la resección da resultados notables. Aunque **satisfactorios**, no son **tan**

buenos en las del codo, pero son francamente mediocres en los tumores blancos del hombro y de la muñeca.

XXX. Casi todos los **cánceres** mejoran sensiblemente y, a veces, grandemente con un tratamiento **mercurial** serio (cianuro de mercurio intravenoso). pero esta mejoría es pasajera y fugaz.

XXXI. Los embarazos extrauterinos son mucho más frecuentes de lo que se cree y nunca se piensa en ellos bastante.

XXXII. Toda mujer que ha tenido una modificación en **las** reglas (retraso, duración o abundancia menores) y **que** tiene metrorragias, es sospechosa de gestación ectópica.

XXXIII. Contra lo que suele hacerse, antes que pensar en el aborto, hay que pensar en el embarazo ectópico.

XXXIV. En el caso de quedar la menor duda, es preciso recurrir, sin vacilar, a la laparotomía exploradora.

XXXV. Siendo iguales todas las demás circunstancias, en cirugía la elegancia debe ceder el puesto a la utilidad.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

ENTRADA DE AIRE EN LA CAVIDAD CRANEAL DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO

—O—E. *Hiuzínga*

y S. *Keijer*.—

Acta Otolaring.—13:83 (1828)
Estos autores presentan el caso clínico siguiente. Un campesino fue lanzado del carro *quá*-guiaba al **espantársele** los caballos. Seguido de este incidente quedó sin conocimiento, san-

grando por la boca nariz y oídos. A su ingreso en la clínica la Única evidencia que presentaba del accidente era una desgarradura en la mano derecha, desgarradura del labio inferior, lado derecho, y un hematoma grande por debajo y por detras del oído izquierdo. El enfermo presentaba un estado de confusión mental. La temperatura de 37.7 c, y el pulso de 108. El primer examen no reveló ningún resultado reurológico. Presentaba un derrame sanguíneo del oído izquierdo con sordera de este órgano. En marzo 31 se presentó una parálisis del músculo recto externo izquierdo. Esta misma noche la temperatura se elevó a 38.4 pero el pulso continuó normal. En abril 2 el músculo recto externo izquierdo quedó completamente paralizado, y r.1 enfermo cayó en un estado de estupor. En abril 3 la temperatura era de 39 y el pulso de 88 no había síntomas de meningitis. El día siguiente había rigidez de la nuca, la temperatura variaba entre 38 y 39, en este día se notó por la primera vez la expulsión de líquido por la nariz, que tenía gran cantidad de células, poca albuminuria y ninguna azúcar.

El enfermo se quejaba de fuertes dolores de cabeza. En abril 6 se presentó la parálisis facial izquierda. La temperatura se sostenía sobre 38, se comenzó a notar la rigidez de la nuca y a secreción serosanguínea por la nariz. En abril 9 el enfermo fue trasladado a la sala para enfermedades de los oídos, al ser examinado se observó en el oído izquierdo una perforación alta en el tímpano. Las observaciones

sobre el oído derecho fueron negativas. El examen nasal también fue negativo menos el exudado ya mencionado y que aparentemente era de origen cerebroespinal. En abril 24, el líquido nasal cesó. La radiografía tomada el día 8 de abril no permitió hacer el diagnostico de una fractura, sin embargo permitió comprobar la existencia de aire en las cavidades craneas. En mayo 6 una nueva radiografía demostró la desaparición del aire. Todo este tiempo la temperatura varió entre 38 y 39. El signo de Kerning y la rigidez de la nuca estuvieron presentes todo este tiempo, y el estado del enfermo continuaba tórpido. La.; únicas observaciones neurológicas eran la parálisis del motor ocular externo; y del facial. Se le administro metelamina cuatro dosis al día. En abril 19 comenzó la mejoría, la temperatura bajó y los síntomas desaparecieron la restauración funcional del motor ocular externo y del facial gradualmente se normalizaron. La perforación del tímpano del oído izquierdo cicatrizó y sólo quedó una ligera sordera, las pruebas laberínticas izquierdas fueron normales. Cuatro años más tarde el enfermo sólo acusaba ligero ruido en el oído izquierdo.

Al considerar este caso tan raro se debe aceptar que hubo una fractura de la base del cráneo que afectó los senos accesorios perinasales particularmente el etmoides que se extendía hasta el hueso temporal teniendo que haber por lo menos una me-

ningitis local como estaba manifestada por los síntomas. Los puntos interesantes de este caso son las observaciones radiológicas. Las placas demuestran grandes glóbulos de aire en ambos ventrículos laterales. Revisando la literatura los autores han encontrado que la entrada de aire en los senos es causada más frecuentemente por heridas de bala. En una ocasión esto se presentó después de una operación endonasal. Es muy probable que en casi todos los casos de fractura esta incluya las cavidades del cráneo que normalmente contiene aire y este aire es empujado hacia dentro al enfermo sonarse la nariz o con un estornudo fuerte, también la introducción de bacterias, casi siempre saprofíticas capaz de producir ciertos gases. En este caso presentado en que el enfermo curó completamente se puede eliminar esta posible causa, pe-

ro el aire aquí venia de cavidades que normalmente lo contienen. El argumento que las lesiones del cráneo puede haber una sobreproducción de líquido cefaloraquídeo se puede también eliminar en este caso, pues había un escape continuo de esto líquido por la nariz.

No hay duda que se han presentado en la literatura más de 33 casos pero en casi ninguno de estos había un informe completo radiográfico. Estos autores entran en la discusión de la causa y la diferenciación entre un pneumatocele extra dural y un arocele circunscrito en la sustancia cerebral concluyendo su discusión en que el pneumatocele extra dural es en sí mismo una complicación sin **gravedad** pero cuando el aire es constantemente introducido hacia la cavidad craneal hay el peligro de una meningitis fatal.

R. SILVEIRA.