

# SPONDYLOSIS RHIZOMELICA

MEMORIA PRESENTADA

Para optar al grado de licenciado en la Facultad  
de Medicina y Farmacia

POR

LUIS CRUCHAGA TOCORNAL



SANTIAGO DE CHILE  
IMPRENTA I LIT. "ESMERALDA"  
BANDERA, 34  
—  
1900



## Museo Nacional de Medicina

# SPONDILOSIS RHIZOMÉLICA

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El año 1898 M. Pierre Marie, de París, presentó a la Sociedad médica de los hospitales, dos enfermos atacados de una afección "caracterizada, bajo el punto de vista clínico, por una anquilosis casi completa de la columna vertebral y de las articulaciones de las raíces de los miembros quedando intactas las pequeñas articulaciones." Basándose solamente en la historia clínica de sus enfermos, M. P. Marie propuso la denominación de Spondylosis Rhizomélica (σπονδυλοζή = vértebra, ριζα = raíz, γέλοζ = miembro), es decir una enfermedad que ataca la columna vertebral y las raíces de los miembros.

Las observaciones clínicas sobre esta afección son escasas. Antes que M. P. Marie habían ya publicado casos de esta enfermedad Strümpell, Bäumlér, Mutterer. Ultimamente han aparecido otras observaciones hechas por von Bechterew, A. Leri, Spillmann y Étienne, Feindel y Froussard y Menko que las reproduciremos por orden cronológico en esta memoria.

Como la enfermedad no está descrita todavía en los tratados y ha llamado vivamente la atención el enfermo cuya observación voy á reproducir, he creído de oportunidad tratar este tema que espero llamará la atención de la Honorable Comisión Examinadora.



## I

Juan Bautista Mora, de 35 años de edad, nacido en Chillán, de profesión comerciante, ingresó á la sala San Blas á cargo del doctor Oyarzún, en la que ocupa el N.º 17, el día 18 de Enero de 1896.

**Antecedentes hereditarios.**—Sus padres han sido sanos. Ninguno de ellos ha tenido reumatismo.

Ha tenido dos hermanos, uno de los cuales murió como á los cuatro años de edad, sin que se conozca la causa.

**Antecedentes personales.**—Ha sido siempre sano. No ha tenido sífilis, reumatismo, ni blenorragia. Es de hábitos alcohólicos. Hasta el año 1893 no había sufrido ninguna enfermedad séria.

**Principio de su enfermedad.**—Su enfermedad data desde el invierno del año 1893. Viviendo en una casa húmeda, se levantó á media noche para abrir la puerta de calle á otra persona. Durante el resto de la noche durmió bien; pero al día siguiente sintió escalofríos, malestar general, dolores de regular intensidad á todo el cuerpo. En este estado permaneció durante ocho días en cama. Pasado este tiempo se levantó y luego sintió dolores más fuertes en la cintura que se irradiaban á los miembros inferiores. Estos dolores de cintura eran comparables al que resulta de un cinturón muy apretado. En Noviembre del mismo año estos dolores se hicieron más fuertes y se repetían con más frecuencia teniendo lugar tanto de día como de noche; pero sobre todo cuando el tiempo estaba descompuesto.

Estos dolores desaparecieron en el verano de ese año. En el invierno del año siguiente, en Junio, después de un día muy frio, volvió á sentir dolores á todo el cuerpo; pero con mucha más intensidad en las articulaciones del miembro inferior, las que se hincharon un poco. Marchaba con dificultad apoyado en un bastón. Así permaneció como quince días al cabo de los cuales se sintió muy bien.

En Septiembre de este mismo año sintió repentinamente un dolor muy vivo en la parte posterior del cue-



llo al despertar después de haberse quedado dormido en una mesa tomando el sol que entraba por una ventana de su dormitorio y que le daba en la cabeza principalmente. Este dolor hacía que los movimientos de la cabeza fueran muy limitados. En Noviembre el dolor en el cuello desapareció y los movimientos de la cabeza se hicieron imposibles. En la época en que el cuello se ponía rígido el enfermo oía chasquidos en las tentativas de rotación de la cabeza.

En Octubre sintió dolores en la columna dorsal, dolores que no le llamaron mucho la atención porque no eran muy intensos, pero que aumentaban cuando el tiempo estaba descompuesto. A los pocos días después estos dolores se localizaron en la región sacra y lumbar, sobre todo cuando se sentaba; oía entonces perfectamente chasquidos que el enfermo localizaba al nivel del sacro y en las articulaciones coxo-femorales.

A fines del mismo mes toda la columna vertebral estaba rígida, y para tomar un objeto que se encontrara en el suelo tenía que doblar las rodillas.

En ese estado pasó el enfermo hasta Noviembre del año pasado. En esta época empezó a sentir dificultad en los movimientos de la articulación coxo-femoral hasta tal punto que desde Enero del presente año las dos articulaciones coxo-femorales están completamente rígidas.

**Estado actual** — Está siempre en el decúbito dorsal obligado y no puede tomar otra posición.

El enfermo se presenta como formado de una pieza. La cabeza está en semi-flexión, el cráneo está normalmente conformado y la cara un poco congestionada. La cara mira abajo, adelante i un poco a la derecha, el mentón próximo al esternon. Todos los movimientos de la cabeza (flexión ó extensión, inclinaciones laterales) están completamente abolidos i el enfermo no puede ver lo que pasa en la cabecera de su cama sino elevando mucho sus globos oculares; el poco movimiento que parece subsistir es debido á un resto de movilidad de la columna vertebral, cuyo sitio exacto no puede ser precisado, pero en todo caso no está en la columna cervical, pues los movimientos pasivos más débiles parecen transmitidos á los hombros.



El cuello está completamente rígido é inclinado hácia adelante y á la derecha. El enfermo no siente dolores espontáneos en el cuello. Todo movimiento pasivo va acompañado de chasquidos.

Tiene también anquilosis de las articulaciones tèmpro-maxilares hasta el punto de que ya no puede tomar sino alimentos líquidos y no puede separar las mandíbulas más de un centímetro.

La columna vertebral está completamente rígida y en rectitud, salvo la parte cervical de la columna, que forma ángulo con la parte dorsal. La curvadura dorsal falta y la lumbar es muy poco pronunciada.

Colocando al enfermo en una mesa reposa en ella toda la columna vertebral menos la parte cervical que queda suspendida. La extremidad de la cara posterior de la cabeza queda á una altura de 25 centímetros sobre la mesa; pero para permanecer en esta posición tiene que apoyar la cabeza en sus manos, porque de otro modo experimenta dolores de la parte posterior del cuello.

Si se acuesta al enfermo sobre su vientre no toca la mesa sino por la frente y rodillas. No puede hacer descansar su cuerpo sobre la pelvis porque tiene anquilosadas las dos articulaciones coxo-femorales.

Además presenta un ligero grado de escoliosis con su convexidad al lado izquierdo.

El *tórax* es aplanado de adelante hacia atrás, la clavícula izquierda es más saliente que la derecha y el hombro izquierdo es más elevado que el derecho. Los movimientos de las costillas son muy poco extensos durante los movimientos respiratorios; pero la respiración no es enteramente abdominal, puesto que la circunferencia inferior del tórax, tomada al nivel del apéndice xifoides, que es de 0.<sup>m</sup>81 en la expiración llega á 0.<sup>m</sup>82 centímetros en la inspiración.

La circunferencia superior del tórax, tomada por debajo de los brazos, es de 0.<sup>m</sup>87 centímetros.

El *abdómen* es un poco voluminoso y es más desarrollado en su parte superior.

La *pelvis* no presenta nada de especial en su aspecto ni en sus diámetros que son los siguientes: el diámetro bi-espinoso es de 23 centímetros; el bis-ilíaco es de 26 cen-





tímetros y el diámetro antero-posterior es de 18 centímetros. No se encuentra nada de anormal en las articulaciones sacro ilíacas; la presión de las dos crestas no es dolorosa. Las masas sacro lumbares están muy atrofiadas y, haciendo presión en ellas, siente el enfermo dolores internos.

La exploración del sacro y del coccis por la cara posterior y por la cara anterior (tacto rectal) muestra que la curvatura del sacro está exagerada. El coccis es más voluminoso que en estado normal y su retropulsión es imposible.

**Miembros inferiores.**—Los miembros inferiores están en adducción forzada, lo que los hace tocarse en toda su longitud. Los muslos y piernas muy atrofiados: en su parte inferior los muslos tienen 33 centímetros de circunferencia. Tanto los muslos como las piernas están cubiertas de láminas desecadas de epidermis. Las rótulas están movibles; no hay líquido en las articulaciones de la rodilla.

Las caderas están absolutamente inmóviles. Tanto los movimientos activos como pasivos son imposibles; y estos últimos, cuando se procura hacerlos, arrancan gritos al enfermo.

Los movimientos de la rodilla son normales como también los de las articulaciones tibio-tarsiana, del tarso, metatarso y dedos.

**Miembros superiores.**—La musculatura de los miembros superiores es bien desarrollada. Antebrazos normales; manos más bien pequeñas; la región tenar e hipotenar normales.

Los movimientos de los hombros y de los codos son normales.

**Atrofia muscular.**—Al lado de las deformaciones del esqueleto tenemos atrofia de varios músculos. En el cuello tenemos atrofia de los músculos externo-cleido mastoído. En el tórax atrofia de los pectorales. Además existe atrofia de los trapecios, romboideos y grandes serratos así como también de la masa sacro lumbar. Atrofia de los músculos gluteos, de los músculos del muslo y de las pantorrillas. En el miembro superior hay



atrofia de los biceps y deltoides. Ninguna masa muscular está endurecida.

Para ponerse de lado se ayuda con los brazos y pies y pone así en movimiento todo el resto del cuerpo que forma una sola masa rígida.

Para incorporarse en la cama hace la misma operación, apoyando los pies en el plano de la cama y flexionando las rodillas que vienen á servir de punto de apoyo y empuja todo el cuerpo hácia atrás y arriba.

Duerme en decúbito dorsal colocando una almohada en la gibosidad y otras dos debajo de la cabeza.

Come de espaldas.

Para orinar se coloca de lado valiéndose del procedimiento que hemos indicado. Para defecar se sirve de un vaso plano, levantando su cuerpo con los brazos apoyados en la cama.

El enfermo se mantiene en buen estado de nutrición. Come y duerme bien.

Es notable su buen carácter. A pesar del tiempo que permanece en cama y de ser un individuo inteligente, su ánimo no decae. No mortifica á nadie en la sala y no exige del médico tratamiento para su enfermedad. Pasa el día dedicado á la lectura.

**Marcha de la enfermedad desde su entrada al hospital hasta el exámen.**—Llegó al hospital cuando aun podia andar perfectamente y cuando solo presentaba rigidez de la columna y cifosis de la región cervical de la misma.

Permaneció en este estado como dos años hasta que no pudo levantarse más de la cama á causa de los dolores de cintura que sentia al andar y también á consecuencia de que la anquilosis de las articulaciones coxo femorales iba en aumento hasta que en Noviembre del año pasado estas articulaciones se pusieron completamente anquilosadas.

**Reflejos.**—Todos los reflejos existen. El cremasteriano está un poco disminuído en ambos lados.

**Dolores.**—El enfermo no siente dolores espontáneos sino una sensación mal limitada de contricción de la cintura. Los verdaderos dolores son provocados por la



posición de pie; entonces siente fuertes dolores en la cintura.

Los dolores á la presión son diferentes por su localización y precisión de sus límites: en la región lumbar, en el sacro y coxis; pero sobre todo en la región lumbar.

La sensibilidad general y especial están intactas (vista, oído, gusto y olfato).

Nada de anormal en el corazón ni en los pulmones. Pulso 84, respiraciones 20.

La orina no presenta nada de especial: densidad 1.018, color amarillo pálido, de reacción ácida, la cantidad de urea es de 3%. No hay albúmina ni azúcar.

El examen de la sangre demuestra que el número de glóbulos rojos está disminuído, pues alcanza sólo á 3.500,000 por milímetro cúbico de sangre.

Del examen eléctrico de los músculos resulta que solo en los músculos posteriores del muslo hay reacción de degeneración. En todos los demás músculos no existe la reacción.

## II

Creemos conveniente dar ahora un resumen de las observaciones que hemos podido encontrar sobre esta enfermedad. En muchas de ellas la etiología ha sido bien dilucidada; pero al lado de estos casos hay otros en que no ha podido encontrarse la causa productora de la afección.

1) STRÜMPPELL.—Hombre de 39 años de edad, sus antecedentes hereditarios no tienen importancia. Ha sido siempre sano.

Su enfermedad empezó hace tres años con dolores de cintura y en las articulaciones coxo-femorales. Además, rigidez progresiva de la columna vertebral.

Actualmente tiene la columna vertebral completamente anquilosada á excepción de la parte superior de la porción cervical de la columna. Los músculos dorsales están atrofiados y muy endurecidos. Los movimientos de las articulaciones coxo-femorales muy limitados, sobre todo los de la articulación izquierda. Las demás articulaciones están sanas.





La sensibilidad, tanto general como especial, está conservada. Los reflejos también están normales.

2) P. MARIE.—*Caso I.*—Hombre de 31 años, sin antecedentes hereditarios importantes. Hace 20 años sintió frecuentes dolores en las articulaciones coxo-femorales y rodillas, las cuales se hincharon. Poco después sobrevino rigidez de la articulación coxo-femoral derecha y al año siguiente rigidez de la articulación del mismo nombre del lado izquierdo. Rigidez en la columna vertebral y después disminución de los movimientos de las articulaciones de los hombros. Más tarde molestias al tragar.

Actualmente la columna vertebral está completamente anquilosada: sólo la cabeza es un poco movable. La lordosis lumbar fisiológica falta. En la parte cervical dorsal de la columna hay una escoliosis cuya convexidad mira hacia la derecha. Las articulaciones coxofemorales están anquilosadas en flexión. Los movimientos de las articulaciones escápulo humerales están disminuidos. En las rodillas se sienten chasquidos durante los movimientos y hay además movimientos de lateralidad.

Haciendo el tacto de la faringe se nota nudosidades en el fondo de este órgano.

La respiración es abdominal.

No hay atrofia muscular. Ningún trastorno de la sensibilidad.

3) *Caso II.*—Hombre de 41 años que se ocupaba en llevar cargas en la cabeza.

Hace seis años sintió fuertes dolores en las rodillas. Después de una caída sintió que su columna vertebral se ponía rígida y además dolores a lo largo de la columna. Poco más tarde dolores en las articulaciones coxofemorales, seguidos de anquilosis.

Actualmente rigidez de la columna y cifosis de la parte cervical. Las articulaciones coxo-femorales enteramente anquilosadas. Los movimientos de las rodillas



limitados. Los movimientos de las articulaciones escápulo-humerales limitados también y acompañados de chasquidos.

Los músculos del dorso atrofiados. No hay trastorno de la sensibilidad.

Torax aplastado en el sentido antero posterior. Respiración abdominal.

El tacto de la faringe demuestra una exostosis; pero no hay dificultades al tragar.

4) *Caso III.*—Hombre de 28 años sin antecedentes hereditarios importantes.

La columna vertebral está anquilosada. Los movimientos de las articulaciones coxo-femorales y de los hombros son difíciles. En las articulaciones de las rodillas, codo y muñeca se sienten crujidos durante los movimientos.

5) MUTTERER.— G. Gv., de 58 años, fundidor, que ha sido siempre sano, sin predisposición a la tuberculosis y que no ha tenido ninguna afección venérea. Hace 8 años que empezó su enfermedad con dolores de cintura los cuales durante mucho tiempo fueron el único síntoma de su enfermedad. Desde hace 4 años nota rigidez progresiva de la columna vertebral, siguiendo de abajo para arriba; más tarde tirantez en las piernas y dificultad creciente de la marcha. Entre tanto se desarrolla la anquilosis de la columna vertebral, de abajo arriba; la nuca fué tomada en último lugar después de muy fuertes dolores. Desde hace más ó menos dos años no puede doblar la columna y desde hace un año no puede trabajar en su oficio. Atribuye la causa de su enfermedad á las fatigas de su trabajo y al pasaje frecuente de talleres calientes á fríos.

Actualmente es un hombre fuerte, de muy buen estado general, con todos sus órganos sanos. La columna vertebral está rígida de arriba á abajo, ningún movimiento pasivo es posible; fuerte cifosis cervical y dorsal superior, la cabeza está muy encorvada hacia adelante y también un poco inclinada á la derecha; la parte in-



ferior de la columna está casi en línea recta (falta la lordosis fisiológica). A la palpación del cuello las partes blandas peri vertebrales tienen su dureza normal; los músculos largos del dorso están, al contrario, flácidos y atrofiados. A la percusión no hay dolor en la columna; no hay eminencias anormales.

Anquilosis completa de las dos caderas en semi-flexión; las piernas están un poco separadas, su intervalo es de cuatro centímetros al nivel de los cóndilos internos del fémur. Atrofia de los glúteos, ligera atrofia de los muslos arriba y abajo. Las dos rodillas están hinchadas, sobre todo la izquierda, lo que es debido a la existencia de líquido en la bolsa pre-rotuliana; circunferencia, inmediatamente encima de la rótula, es de 38.5 centímetros a la izquierda, 37.5 centímetros a la derecha. La extensión completa de la pierna no es posible; la flexión no es posible sino hasta el ángulo recto. Los dos maléolos están edematosos. Las articulaciones de los pies y de los dedos absolutamente normales. Reflejos rotulianos exagerados en los dos lados; no hay clonus del pie.

Disminución evidente de los movimientos de las articulaciones escapulo humerales en todos sentidos; la elevación del brazo, por ejemplo, no llega ni aún pasivamente a la derecha hasta la horizontal, a la izquierda un poco más. El deltoides, músculos de los brazos y del antebrazo bien conservados. Las manos extendidas tiemblan debilmente. Las articulaciones de los codos, manos y dedos, normales en ambos lados. La sensibilidad está un poco obtusa, a tal punto que la punta de un alfiler no es distinguida de la cabeza por el enfermo sino mediante una muy fuerte presión en los brazos, dorso y pecho. Como sensaciones dolorosas espontáneas no siente sino fuerte tirantez en las piernas, cerca de las rodillas, que le impide el sueño.

El enfermo se puede mantener de pie sin apoyarse, con las rodillas semi dobladas; pero no marcha sino trabajosamente con muletas. En la cama se coloca en decúbito dorsal ordinario con varias almohadas bajo la cabeza, si se acuesta de lado coloca un cojín entre las



rodillas á causa de la imposibilidad de aproximarlas completamente.

Puede levantarse sólo de una cama baja; para colocarse atravesado en la cama hace girar su cuerpo con uno de los brazos, acercando sus rodillas al borde; después pone sus pies en el suelo y endereza el cuerpo, siempre con ayuda de los brazos.

*Tratamiento:* 4 gramos de salol por día y faradización cotidiana del dorso y muslos.

Un mes y medio después los dolores en las piernas han desaparecido, la hinchazón de las rodillas ha cedido (circunferencia por encima de la rótula de la pierna izquierda = 37.5 centímetros, á la derecha = 37 centímetros); como la extensión de las rodillas es mejor, la marcha es un poco más fácil. En la columna cervical se nota desde algunos días pequeños movimientos de flexión y extensión.

6) BAUMLER.—Hombre de 25 años que á los 17 años tuvo una enfermedad, la cual se terminó por la anquilosis de las dos caderas en extensión completa.

Después la columna vertebral se anquilosó también en extensión. Para poder escribir necesitaba inclinar mucho la cabeza hacia adelante. Después aparecieron dolores en la nuca que se fueron haciendo más fuertes y permanentes; la movilidad del cuello disminuyó y la cabeza quedó en flexión con el mentón próximo al esternón. Los movimientos, tanto activos como pasivos, se verificaban solamente en la articulación occípito-atloidea y se acompañaban de dolores sobre todo por la extensión de la cabeza hacia atrás. De las otras articulaciones, la externo clavicular izquierda era la única dolorosa y un poco aumentada de volumen. Había también un poco de elevación de temperatura. Corazón normal. No hay tuberculosis ni sífilis.

Bäumler atribuye á los movimientos forzados del cuello la propagación del proceso inflamatorio anquilosante á las vertebrae cervicales y considera su observación como un caso de "combinaciones de antiguas alte-



raiones articulares (anquilosis) con recientes alteraciones inflamatorias en otras articulaciones debidas á las posiciones forzadas. La operación ha pasado al estado crónico y tórpido, los dolores han disminuido rápidamente y el engrosamiento de las vértebras cervicales ha desaparecido con un tratamiento por el yoduro de potasio y el bicarbonato de potasio; por la posición horizontal con un cojín redondo bajo la nuca, la cabeza cayó más y más hacia atrás, arrastrada por su propio peso hasta tal punto que dos meses después estaba en su posición normal; pero ha quedado inmóvil y el cuerpo no se mueve sino en masa por los movimientos de las rodillas y de los pies.

7) V. BECHTEREW.—*Caso I.*—Tipógrafo de 34 años, sin antecedentes hereditarios ni personales y que en su trabajo estaba siempre expuesto á las corrientes de aire. En el año 1885 se apercibió por primera vez de que su rodilla derecha estaba hinchada al mismo tiempo que sentía dolor en dicha articulación. Al cabo de ocho meses la tumefacción desapareció, pero á partir de este momento reaparecía de tiempo en tiempo. Más tarde, la hinchazón se mostró en el hombro izquierdo, después en el codo derecho; pero luego sobrevinieron molestias en la marcha. En 1896 el enfermo tenía anquilosis completa de las dos caderas, en semiflexión, limitación notable de la movilidad en las articulaciones del hombro, la columna vertebral inmóvil en casi toda su longitud, pero sin curvaduras, el torax es disminuido en su diámetro ántero posterior y no toma parte en las escursiones respiratorias; atrofia neta de los músculos del cuello, del dorso y en parte de los músculos de los miembros superiores é inferiores. El enfermo se queja de dolores en las articulaciones de la cadera y del hombro durante los movimientos. Durante el tiempo que el enfermo quedó en observación, la articulación tibio-tarsiana derecha y después la izquierda se hincharon. Mejoría notable por los baños, el masaje y la faradización, envoltura algodonada y tintura de yodo, y al interior salicilato de soda y yoduro de potasio.



8) *Caso II.*—Pintor de 27 años, de herencia nerviosa (padre muerto de apoplejía, el abuelo loco, hermana histérica). A los 8 años tuvo viruela, á los 9 años intoxicación por el cianuro de potasio, no ha tenido sífilis. A los 15 años tuvo primero dolores y despues hidartrosis de las dos rodillas que lo obligó á guardar cama durante 2 años. En seguida vino atrofia de la pierna izquierda. Fué tratado por los baños y masaje. Andaba con muletas; tres meses después dolores y atrofia de la pierna derecha, calambres musculares e hinchazón de las rodillas. A los 19 años, á causa de dolores en las rodillas y á lo largo del ciático, volvió á guardar cama. Habiendo despues empezado á marchar, el enfermo notó que la parte inferior del raquis estaba inmóvil. Al examen se notó una limitación marcada de los movimientos de las caderas y en parte en las rodillas, una inmovilidad completa de toda la mitad inferior de la columna vertebral á excepción de la parte cervical. El torax es aplanado; el raquis no es doloroso á la presión y está ligeramente encorvado hacia atrás. Los nervios ciáticos se hacen dolorosos á la presión durante las crisis de dolores.

9) *SCHATALOFF.*—Preceptor de 50 años que sufrió, desde el año 1879, dolores en las articulaciones de los miembros inferiores y de la columna vertebral, sobre todo en los movimientos; hace 9 años ha notado limitación de los movimientos del dorso y desde hace 5 años limitación de los movimientos del cuello. En los últimos meses ha notado dolores en los movimientos de las articulaciones coxo femorales.

El examen muestra una cifosis en la parte cervical y superior dorsal de la columna; pero la rigidez de la columna se extiende aún más abajo de la cifosis. Los movimientos de las articulaciones coxo-femorales están limitados; los movimientos de las rodillas son acompañados de chasquidos. Atrofia de los músculos con desaparición de la exitabilidad eléctrica de ellos. Anestesia táctil y térmica insignificante en la parte inferior de los muslos; en el mismo punto, aumento de la sensibilidad al



dolor. No hay reflejo plautar, reflejo rotuliano un poco disminuido, no hay reflejo cremasteriano ni abdominal.

10) SPILLMANN Y ÉTIENNE.—Hombre de 53 años, sus antecedentes hereditarios y personales no ofrecen nada de especial. A los cuarenta años se ocupó como cargador y esta profesión lo obligaba á cargar hasta 80 sacos de 100 kilogramos por día. La enfermedad empezó hace cuatro años por debilidad en el miembro inferior derecho, después le empezó la debilidad en el miembro inferior izquierdo; pero desde el principio tuvo pérdida de los movimientos de la cadera é imposibilidad para separar las piernas, desde el principio también la punta del pie derecho se dirigió hacia afuera y un año después la punta del pie izquierdo también en ese sentido. Nunca tuvo dolor, ninguna perturbación de la sensibilidad, algunos calambres en los dedos del pié, nunca hinchazón en las articulaciones. Ninguna alteración orgánica.

Actualmente (Noviembre de 1897) está en la cama en decúbito dorsal, los talones juntos, las puntas de los pies hacia afuera, la cara externa de los muslos y de las piernas sobre el plano de la cama. No puede sentarse; pero se levanta todo como una sola pieza. No puede levantar sus piernas á más de diez centímetros ni separar sus talones más de diez centímetros. Si se levanta las piernas, se eleva también la pelvis y el tronco; si no se levanta sino una, la otra cruza á la primera. No se puede pasar la mano entre el tronco y la cama. El movimiento de las articulaciones coxo femorales es absolutamente nulo; se siente la cabeza del fémur en su sitio; el gran trocánter parece estar un poco detrás de la posición normal. Las rodillas están en rotación externa, la flexión de las piernas limitada y es acompañada de algunos chasquidos. De pie, el cuerpo se presenta muy encorvado en el tronco adelante y las falsas costillas en contacto con las crestas ilíacas; la cabeza está en extensión, el enfermo mira adelante.

Necesita dos bastones para marchar; el movimiento tiene lugar en las rodillas oscilando el tronco de adelan-



te á atrás sobre las piernas en un solo bloc cuando ha hecho avanzar un pie. No puede sentarse sino sobre el borde de una silla, con los miembros superiores extendidos y rígidos. Se acuesta sentándose en el borde de una cama, después se deja caer hacia atrás y por medio de las manos toma su posición en la cama.

En las articulaciones escápulo-humerales se siente chasquido durante los movimientos. Nadá hay en los codos, puños, manos ni pies. No hay alteraciones de la sensibilidad, los reflejos están ligeramente aumentados. En la orina no hay albúmina.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL  
**M) A. CERDAS**— Hombre de treinta y nueve años. cocinero. En los antecedentes hereditarios no hay nada de especial: su padre murió de pleuresía purulenta; su madre murió en un parto; un hermano muerto á causa de un traumatismo, otro hermano de treinta y un años es sano.

Antecedentes personales. No ha tenido más enfermedad que una blenorragia curada por Ricord en un mes sin dejar el menor rastro. Nunca ha tenido chancro. Es de hábitos alcohólicos: reconoce tomar tres litros de vino todos los días y todos los días una taza de alcohol con café.

Casado el año 1884, no ha tenido hijos. En su profesión de cocinero en un restaurant estaba frecuentemente expuesto al frio: de su cocina pasaba constantemente al comedor que era muy frio.

Cuando empezó su afección hacía mucho calor. Trabajaba durante todo el día y en la noche dormía con la ventana abierta. Durante tres semanas sintió dolores en las piernas. Pero en estos prodromos vagos nada le hacía suponer el principio de una afección grave, principio, que para una enfermedad crónica como la que tuvo, era particularmente brusco y violento. En efecto, el 8 de junio de 1888 se había levantado como de ordinario y se había marchado á su trabajo, cuando á las 10 de la mañana se sintió muy fatigado, las piernas pesadas como



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



plomo y las articulaciones rígidas; cambiando de traje notó que sus miembros inferiores se habían puesto de color rojo encendido; había muchas placas de rubicundez, pero tan confluentes que la coloración roja era uniforme; además había edema en los miembros inferiores.

El enfermo guardó cama; entonces fue cuando sintió dolores muy vivos en todas las articulaciones, pero el raquis quedó indemne y el enfermo no sufría ni en el cuello ni en el dorso. No durmió esa noche. Al día siguiente notó que todo el cuerpo, menos la cara, estaba hinchado. Fué en coche á consultar médico, quien hizo el diagnóstico de reumatismo articular agudo con púrpura; no encontró nada en el corazón pero encontró albúmina en la orina. Se le puso á régimen lácteo absoluto durante un mes y parcial durante quince días; salicilato de soda hasta 6 gramos al día durante tres semanas y en seguida se disminuyó la dosis. Durante las tres primeras semanas los dolores fueron muy doloroso; todo movimiento de los miembros era muy doloroso como así mismo todo movimiento de la cama y aún algunos ruidos exteriores como la simple cerradura de la puerta; los dolores fueron disminuyendo y no habían desaparecido aún enteramente, cuando el enfermo fue enviado al campo para su convalescencia. En cuanto al púrpura fué desapareciendo progresivamente y al cabo de doce días desapareció completamente.

Un mes y medio después sintió dolores articulares, vagos esta vez, que se localizaban en alguna de las articulaciones de los miembros superiores é inferiores indistintamente, duraban uno ó dos días y se mudaban á otra articulación, sobre todo cuando el tiempo estaba descompuesto. Las articulaciones dolorosas eran tanto las de los dedos como las gruesas articulaciones; pero, además, desde esta época sintió dolores bastante fuertes en la región lumbar y sobre todo en la región sacra, principalmente cuando se sentaba; percibía entonces distintamente chasquidos que localizaba netamente al nivel del sacro y que los distinguía de los chasquidos que percibía también en las articulaciones coxo-femorales y en las otras articulaciones de los miembros. Durante los ocho meses que permaneció en el campo notaba



también que cada vez que salía por la mañana se le hinchaba el dorso de la mano y los dedos; al cabo de diez minutos se deshinchaban. En fin, durante dos ó tres meses se quejó de palpitations al corazón, súbitas y fugaces, á causa de la menor fatiga ó excitación.

Después volvió á su trabajo y los dolores aumentaron poco á poco, pero sobre todo al cabo de un mes. Continuó todavía durante quince días trabajando hasta que los fuertes dolores le impidieron completamente el trabajo. Los doctores á quienes consultó le recetaron salicilato de soda y aplicaciones de tintura de yodo en las articulaciones. A los cuatro ó cinco días tuvo nuevamente púrpura en los miembros inferiores mucho menos confluyente que la primera vez; este púrpura desapareció al cabo de diez días. Las piernas se le hincharon. El enfermo quedó dos meses en la cama. Cuando pudo levantarse tomó baños de vapor que le probaron bien; sin embargo, los dolores no habían desaparecido completamente, no sentía fuerzas para trabajar y desde junio de 1889, época en la cual dejó la cama, hasta enero de 1890 no ha hecho sino pasearse, á pesar de que una vez que andaba unos 100 ó 200 metros se sentía fatigado y se veía obligado á sentarse.

En Enero volvió al trabajo, pero á las tres semanas se hincharon sus piernas y volvieron los dolores; pudo trabajar todavía durante tres semanas más al cabo de las cuales sus piernas se pusieron rígidas, las articulaciones de los pies, rodillas y caderas se doblaban con dificultad é incompletamente y no avanzaba sino á pequeños pasos, con un bastón. Su columna vertebral empezó á inmovilizarse, lo que notó al recoger un día un objeto que se encontraba en el suelo. Durante dos meses fué tratado por el yoduro de fierro, baños sulfurosos todos los días y baños de vapor cada dos días; al principio necesitaba de otra persona para poder entrar al baño, pero al cabo de dos meses de este tratamiento se sintió mucho mejor, no sentía dolores, podía doblar su columna lo bastante para recoger un objeto que se encontrara en el suelo, andaba muy bien y afirma que, desde el principio de su afección, nunca se había encontrado mejor.



Durante cuatro ó cinco meses se encontró muy bien, después los dolores reaparecieron progresivamente, no podía subir las escaleras sino con dificultad. En Mayo de 1891, los dolores fueron más fuertes, aunque siempre vagos y erráticos: fué entonces cuando sintió dificultad para mover la cabeza, el cuello parecía inmovilizarse; al mismo tiempo el hombro derecho empezaba á inmovilizarse, el hombro izquierdo se ha inmovilizado mucho tiempo después. En Agosto de 1891 empezó la anquilosis de los miembros inferiores, empezando por el izquierdo en el cual lo primero que se inmovilizó fué la rodilla, pues podía fácilmente separar las rodillas cuando ya no podía doblarlas ó extenderlas. La anquilosis se hizo en semi flexión y se acompañó de fuertes dolores continuos; los dolores de las caderas, de los hombros, codos y puños, así como los dolores de la parte baja de la columna vertebral, no fueron nunca tan fuertes como los de las rodillas.

Estado actual. He aquí en qué estado lo describe el autor:

Está siempre en el decúbito dorsal. La cabeza está en semi flexión, el mentón aproximado al pecho y la columna cervical forma con el tronco un ángulo de  $140^{\circ}$ ; el enfermo mira sus rodillas. El tronco está en semi flexión perpetua de  $125^{\circ}$  sobre los muslos; además de esta fuerte inclinación antero posterior existe otra inclinación lateral hacia la izquierda y esta inclinación es tal que la cara lateral izquierda del tronco forma con la cara externa del muslo un ángulo de  $150^{\circ}$  solamente. El torax es aplanado en el sentido antero posterior, pero no deprimido; los hombros son salientes, sobre todo el derecho; la clavícula derecha es más prominente que la izquierda á causa, probablemente, de la oblicuidad de la cabeza á la izquierda.

La respiración no provoca sino excursiones costales muy poco extensas, aunque no es enteramente abdominal; el torax se dilata un centímetro por encima del mamelón. La dirección de las costillas es normal, la depresión costo ilíaca muy poco marcada. El abdomen es voluminoso, adiposo. La pelvis parece aplanada de adelante á atrás, lo que es debido en parte á la adiposis,



ó al aplanamiento del abdomen y á un aplanamiento real de los huesos ilíacos.

Los miembros inferiores están en rectitud absoluta: las piernas voluminosas y con edema. La rótula derecha está más alta que la izquierda, en tres centímetros, lo que parece debido á una inclinación del tronco á la izquierda; sin embargo, el enfermo dice que tenía ya la pierna derecha un poco más corta que la izquierda antes de tener el cuerpo inclinado al lado izquierdo.

Lo que llama más la atención en los miembros inferiores es la adducción forzada que no hace tocarse en toda su extensión hasta tal punto que para evitar escaras el enfermo se ve obligado á interponer entre ellos, sobre todo al nivel de las rodillas, paños y plavos de almidón.

Los pies están en extensión sobre las piernas formando un ángulo de  $170^{\circ}$ . Están deformados: el dedo gordo muy echado hacia afuera, de manera que su articulación metatarso falángica hace una fuerte eminencia hacia adentro y los segundos dedos cabalgan sobre los primeros. El tercer dedo del pie izquierdo está enclavado sobre el segundo y cuarto y está en un plano inferior. Es ligeramente sensible al tacto; los otros dedos tienen sus falanges en extensión forzada y las falanginas y falangetas en flexión.

Los miembros, tanto superiores como inferiores, no presentan ninguna atrofia notable y, aparte de la limitación de los movimientos, los miembros superiores parecen absolutamente normales.

Hé aquí lo que se observa descubriendo simplemente al enfermo: la cabeza en flexión sobre el pecho, el mentón queda á muy poca distancia del esternón, el tronco en semi flexión sobre los miembros inferiores, los brazos en contacto del tronco; el enfermo presenta el aspecto de un arco de círculo casi perfecto cuya cuerda desde la punta de los pies al vértice del cráneo, mide 1 m. 45, y el arco mismo mide, signiando aproximadamente la curvatura del cuerpo, 1 m. 72; es esta la misma altura que, según el enfermo, tenía antes de su enfermedad; el cuerpo por consiguiente no ha disminuido en altura. No puede tomar la posición de pie, pues, to-



mando los miembros inferiores la posición vertical, el tronco queda horizontal con la cabeza á la distancia de un metro adelante de los miembros inferiores.

Pero los mejores movimientos son dolorosos. No se puede suprimir las almohadas sobre las que reposa su dorso puesto que, además de serle doloroso, la falta de apoyo, bascularia forzosamente sobre los isquiones y quedaría el dorso sobre el plano de la cama y los pies suspendidos en el aire.

Examinando la columna vertebral se ve que las últimas vértebras cervicales son muy salientes y que la columna forma un sólo arco de círculo por exageración considerable de la convexidad dorsal superior y desaparición de la lordosis lumbar fisiológica. Además, la parte cervical de la columna presenta una escoliosis cuya convexidad está dirigida á la izquierda. La región sacra presenta en la línea media una escara del tamaño de una pieza de cinco francos y bastante profunda.

Los únicos movimientos que subsisten son los de las manos, puños, codos, mandíbulas, hombros y pies. Los movimientos de la cabeza son imposibles, lo mismo que los movimientos de las caderas y rodillas. Los movimientos de las articulaciones tibio tarsianas están un poco limitados. Los dedos son perfectamente móviles. Los movimientos de rotación de los brazos, nulos en el derecho, son muy débiles en el brazo izquierdo y provocan fuertes chasquidos. La fuerza de las manos es casi normal.

Los movimientos del maxilar inferior son casi normales, limitados solamente por el contacto del mentón al esternón: permiten hacer con alguna dificultad el tacto faríngeo y constatar así en el fondo de la faringe una pequeña nudosidad poco saliente, del tamaño de un grueso poroto, en la línea media de la columna vertebral.

Los dientes están regularmente implantados, pero sus raíces muy profundamente denudadas sobre todo en la mandíbula inferior; algunos dientes faltan, pero no han caído solos: han sido extraídos. La lengua es roja, sucia en la parte posterior. Todos los movimientos de la cara son posibles.



Todos los movimientos un poco forzados, sean pasivos ó activos, de las articulaciones enfermas, son dolorosos. Por el momento no hay dolores espontáneos.

Los reflejos son normales, salvo el reflejo cremasteriano que falta; el enfermo tenía erecciones frecuentes y deseos venéreos hasta el mes de febrero último y después han cesado.

No hay alteración en la deglución; vómitos bastante frecuentes, sin dolor.

El examen del corazón y pulmones no demuestra nada anormal; pulso 88, respiraciones 22.

En la orina no hay nada anormal.

Poco hay que decir sobre la marcha ulterior: gran morfínmano, solo la morfina le calmaba los dolores. Después quedó un mes en observación, debilitándose mucho, el 15 de junio perdió el conocimiento y murió dos días después.

12) FEINDEL Y FROUSSARD.—Hombre de 27 años. Sin antecedentes alcohólicos, reumáticos ni sifilíticos.

Su enfermedad empezó el año 1894, después de un periodo de marchas y maniobras que marcaron el fin de su servicio militar, con dolores en los muslos, del derecho sobre todo, durante la marcha y principalmente al principio de la marcha, sin ninguna anquilosis. En 1895 los dolores en los muslos desaparecieron, pero sintió fuertes "dolores de riñones" y también dolores lumbosacro-coccigios sobre todo. Luego notó rigidez en la columna vertebral, menos en la porción cervical. No puede decir si la anquilosis se hizo de abajo hacia arriba.

En agosto de 1897, además de los dolores lumbosacro-coccigios, sintió dolores en las caderas, hombros, articulación témporo maxilar derecha, seguidos de la limitación de los movimientos de las articulaciones correspondientes, limitación casi absoluta para el cuello cabeza y para el muslo izquierdo, menor para el brazo derecho y muslo del mismo lado, débil para el brazo izquierdo, débil también y temporal para las articulaciones témporo maxilares; durante algún tiempo, dolores á la deglución.



En la misma época tuvo tortícolis que se producía en las tentativas de rotación de la cabeza y que se acompañaba de fuertes chasquidos. En la posición del tortícolis la cabeza se inclinaba sobre el hombro derecho, mirando la cara á la izquierda.

Siempre en la misma época, mientras el cuello y muslo izquierdo se soldaban, los movimientos de los dos brazos y del muslo derecho se hacían un poco limitados.

Actualmente el muslo izquierdo está absolutamente inmovilizado, formando un ángulo de  $150^\circ$  con la pelvis, y toda tentativa de movimiento provocado es dolorosa, los movimientos del muslo derecho están solamente un poco limitados y forzados se hacen dolorosos. Por la flexión de las rodillas se oyen á veces algunos chasquidos. El raquis está completamente anquilosado, las vértebras sacras, lumbares y dorsales inferiores en línea recta, sin la lordosis lumbar fisiológica, formando un ángulo con las dorsales superiores y cervicales, de modo que el cuerpo forma un arco de concavidad anterior desde la rodilla izquierda hasta la cabeza, estando el tronco muy inclinado hacia adelante cuando está de pie. El cuello está doblado formando un ángulo de  $45^\circ$  con la parte dorsal de la columna.

El cuerpo en el decúbito dorsal; en una mesa no reposa sino por los muslos y parte inferior de la columna vertebral: el segmento superior, curvo, no puede coincidir con el plano de la mesa. La cabeza queda más ó menor alejada del plano de la mesa. No puede acostarse sobre el vientre; toca la mesa por la frente y rodillas.

Los movimientos de la cabeza están limitados á ligeros movimientos de flexión y extensión.

Su talla que era de 1 metro 59 á los 21 años de edad, es ahora de 1 metro 56 cuando descansa sobre la pierna derecha y de 1.53 cuando reposa sobre la izquierda.

Además de las desviaciones en el sentido vertical hay desviaciones laterales: una escobiosis lumbar de concavidad izquierda con curvatura de compensación dorso cervical, de manera que la cara está un poco inclinada á la derecha.

El torax es aplanado de adelante hacia atrás. Respiración casi exclusivamente abdominal.



Los dos hombros están llevados hacia adelante. Los movimientos de las articulaciones escapulo-humerales son bastante extensos; sin embargo, el brazo derecho no puede elevarse á más de 40° por encima de la horizontal, mientras que el brazo izquierdo llega hasta la vertical, con chasquidos durante los movimientos.

Atrofias musculares ligeras en la cara; y sobre todo, al lado izquierdo, atrofia de algunos músculos del cuello y del pecho, gluteos así como de la masa sacro-lumbar.

Los reflejos rotulianos existen como también los faríngeos, cremasterianos que son débiles y abdominal del lado izquierdo.

Los dolores son provocados por los movimientos ó por la presión. Los sitios de elección de los dolores están situados en la cintura y en la articulación óccipito-atloidea.

En la marcha, como está una sola articulación coxo-femoral anquilosada, no hay progresión al rededor de un eje que pasa por las dos rodillas sino solamente progresión hacia adelante del cuerpo soldado en semi flexión con el muslo, cuando el enfermo descansa su cuerpo sobre el pie izquierdo. No puede separar las piernas.

Para tomar un objeto que se encuentre en el suelo dobla su rodilla izquierda, toma un punto de apoyo con una de sus manos, inclina todo el cuerpo hacia el lado donde se encuentra el objeto y lo toma con la mano libre.

Para sentarse dobla la pierna izquierda, después lleva el cuerpo hacia adelante y por consiguiente el muslo izquierdo atrás, en seguida dobla la pierna derecha y se deja caer sobre la silla. Solo reposan en el borde de la silla el isquión derecho y la parte superior del muslo izquierdo.

Para acostarse, después de haber dispuesto un plano inclinado conveniente en la cama por medio de almohadas, se sienta en el borde de la cama. Coloca su mano derecha bajo su muslo derecho y después, enderezando sus piernas, se deja caer en la cama girando sobre su puño derecho que viene á servir de eje.





13) MENKO.—Hombre de 27 años, de profesión comerciante. Sus antecedentes hereditarios no tienen importancia; no se han presentado enfermedades nerviosas en su familia. Uno de sus hermanos sufrió de reumatismo articular agudo. No ha tenido el paciente ninguna enfermedad antes que la actual.

El principio de su enfermedad tuvo lugar cuando hizo su servicio militar, sintiendo en esa época pesadez en sus movimientos. Fué castigado con severidad por no hacer los movimientos con la debida prontitud. Luego se notó que no era culpa del individuo y fué entonces dado de baja.

Poco tiempo después se presentaron dolores en el costado derecho, en la región lumbar y glutea que al principio fueron tomados como dolores reumáticos y tratados como tales; después tuvo un dolor en ambos hombros, sobre todo al levantar sus brazos. En seguida dificultades en la deglutación: la comida no podía tragarla con facilidad y repetidas veces volvía los alimentos. Sentía también dolor en las fauces. Casi no podía abrir la boca y al masticar sentía el enfermo crugidos en las articulaciones tórporo maxilares.

La marcha se hizo luego dificultosa y la parte cervical de la columna se le puso rígida.

En este estado se presentó el enfermo a una clínica médica de Amsterdam donde permaneció durante tres meses sin sentir ninguna mejoría. A su salida se le aconsejó el uso de un aparato sustentor del cuello. El paciente notaba gran dificultad para la marcha y al poco tiempo ésta se hizo imposible; desde entonces guarda cama.

Luego empezaron á inmovilizarse las articulaciones coxo-femorales en medio de agudos dolores.

Cuatro años y medio permaneció en cama. Mas ó menos medio año después disminuyeron los dolores y volvió á tener cierta movilidad; entonces el enfermo dejó la cama y pudo andar apoyado en un bastón.

Concluye la anamnesis diciendo que el enfermo no ha tenido infecciones específicas y que atribuye su enfermedad á la circunstancia de haber habitado piezas



húmedas. Empiezo, pues, á describir el enfermo tal como lo ví por primera vez hace algunas semanas.

El estado del ánimo del paciente era excelente, estaba hasta alegre. Tenía 88 pulsaciones por minuto; el pulso era normal y completamente regular. La cara inclinada hacia el lado derecho; objetos colocados al lado izquierdo sólo los divisaba á muy cortas distancias. Las pupilas de reacción normal, sin perturbaciones del nervio facial. Los movimientos de masticación se hacían de una manera normal. Los sentidos también funcionan bien. Los movimientos de lateralidad del cuello son imposibles; rotación y flexión muy limitadas pues sólo alcanzan á diez grados. Al hacer los movimientos de flexión los músculos del cuello se contraen mucho. La cifosis normal está aumentada á la altura de la séptima vértebra cervical. En la faringe se nota una exostosis bien marcada. La lordosis lumbar fisiológica falta, de suerte que el dorso está en línea recta. Los músculos del dorso están atrofiados y se sienten como cordeles ásperos al tacto. La percusión de la columna no es dolorosa.

Toda la columna está completamente anquilosada, como también las articulaciones coxo femorales, formando con la columna una sola masa. Levantando al enfermo de la cabeza queda el cuerpo rígido como una barra. Al mover la columna no se siente ninguna crepitación.

La articulación del hombro derecho ha perdido en parte sus movimientos. La mano derecha no puede alcanzar la eminencia occipital externa.

Los muslos están en adducción e inmóviles sobre la pelvis.

La rodilla izquierda en posición valgus; la derecha en flexión. Pasivamente se pueden flexionar totalmente; la flexión activa sólo alcanza á 120°.

Las articulaciones de los pies y codos están normales.

Los reflejos abdominales están normales, los cremasterianos faltan; los patelares y del tendón de Aquiles están aumentados, los plantares también aumentados, no hay clonus del pie. No hay alteraciones de la sensibilidad.



El tórax está aplastado en el sentido ántero posterior.

El tipo de respiracion es abdominal.

En los órganos internos no se nota nada anormal. El paciente tenía antes de su enfermedad 1 m. 75; actualmente tiene 1 m. 60.

Si recapitulamos un poco la anamnesis y el examen del enfermo, vemos que en un hombre joven y sano se produce, precedido de dolores, poco á poco una anquilosis de la columna cervical con perturbaciones de la deglutación y masticación, disminución de los movimientos de las articulaciones de los hombros y rodillas y finalmente una anquilosis completa de las articulaciones coxo-femorales, de modo que columna vertebral, pelvis y muslos forman una masa única.

Se trata, pues, de un caso que es completamente semejante á los descritos por Marie y Strümpell con la diferencia de que en el caso de este último el desarrollo de la enfermedad se hizo sin dolores, mientras que en nuestro caso no sólo hubo fuertes dolores en la columna vertebral sino también en las articulaciones coxo-femorales.



## CONCLUSIONES

### DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ENFERMEDAD

Antes de hacer la descripción de esta enfermedad conviene tener presente que no existe uniformidad respecto á la nomenclatura de esta afección.

Así Strümpell la llama "inflamación anquilosante crónica de la columna vertebral y de las articulaciones coxo-femorales." Este nombre no es del todo apropiado, pues, además de estas articulaciones, se anquilosan las de los hombros ó rodillas y aun las del pie.

Más apropiado sería el nombre propuesto por v. Bechterew, quien la llama "inflamación anquilosante crónica de las grandes articulaciones y de la columna vertebral"; pero en casi todas las observaciones publicadas aparece esta enfermedad descrita con el nombre de "spondylosis rhizomérica" dado por P. Marie, aún cuando no es enteramente correcto, pues fuera de las articulaciones de las raíces de los miembros se enferman también otras. Todavía algunos como Goldthwait, la llaman "spondylitis deformans."

**Etiología.**—La Spondylitis es más común en los hombres, aunque Hoffa, Gasue y Kirchgasser la han visto en el sexo femenino.

Todos los casos observados por P. Marie se refieren á hombres jóvenes. Lo mismo sucede con los casos observados por Strümpell, Mutterer Bäumler. etc.

En la etiología de la Spondylosis rhizomérica juegan un papel importante las influencias reumáticas. Así, en nuestro caso, la permanencia en una habitación fría y húmeda; en el caso de Mutterer el pasaje continuo de un taller caliente al patio frío de la fábrica.

Se han citado casos de esta enfermedad consecutivos á la blenorragia pero en la mayor parte de las observaciones ha sido imposible descubrir alguna infección anterior.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Pierre Marie cree que la Spondilosis es el resultado de ciertas enfermedades infecciosas y, en particular, de la blenorragia.

**Anatomía patológica.**—La anatomía patológica de esta afección la conocemos por una autopsia que hizo A. Leri.

Este vió que la médula y meningeas no habían sufrido ninguna alteración. Los ligamentos amarillos, inter-espinosos y supra espinosos estaban osificados. Los discos intervertebrales en la parte correspondiente á la cifosis estaban también osificados.

Las apófisis espinosas presentaban neoformaciones oseas que las alargaban mucho, sobre todo en la parte dorsal y lumbar de la columna. Los ligamentos costo vertebrales también estaban osificados. Entre el axis y la tercera vértebra cervical existía una exostosis fusiforme, lisa y poco saliente.

La mayor parte de las articulaciones están lesionadas no contienen líquido, pero las sinoviales están congestionadas, los cartílagos diartrodiales desgastados, erosionados ó ulcerados. Las articulaciones coxo femorales son particularmente afectadas y presentan neoformaciones oseas en el límite del periostio y cartílagos.

Resumiendo las lesiones anatómicas de la Spondylosis rhizomélica tenemos que consisten en producciones de tejido oseó en los huesos (exostosis, hiperostosis) y en una osificación de los ligamentos.

**Síntomas.**—Lo que caracteriza esta afección es la anquilosis completa de la columna vertebral y de las articulaciones de las raíces de los miembros (hombros, articulaciones coxo femorales), quedando intactas las pequeñas articulaciones.

La enfermedad empieza por dolores continuos en los muslos, rodillas. Después estos dolores se localizan en la región lumbo-sacro-coccigea, sobre todo en el coccis hasta tal punto que el enfermo no puede permanecer sentado. Así puede el enfermo permanecer dos, tres años, hasta que empieza la anquilosis que es el único síntoma capital de la afección.

La anquilosis empieza por las articulaciones coxo-femorales, después invade la parte inferior de la columna



vertebral y en seguida la parte superior; tardíamente los hombros y articulaciones témporo maxilares. En nuestro caso la anquilosis fué descendente, pues empezó por la parte cervical de la columna para en seguida invadir el resto de ésta y las articulaciones coxo-femorales.

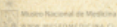
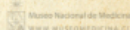
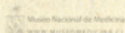
Los movimientos de las rodillas son limitados y se acompañan de chasquidos.

Al lado de la anquilosis del raquis y de las grandes articulaciones se puede constatar en la Spondolisis aplanamiento del torax y de la pelvis, inmovilidad de las costillas durante la respiración (respiración abdominal) y atrofias musculares.

No pueden estos enfermos dormir sino en decúbito dorsal disponiendo almohadas que se adapten a los cifosis de la columna.

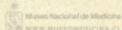
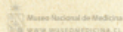
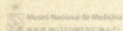
La evolución de la enfermedad es esencialmente crónica.

**Tratamiento.**—Se ha preconizado contra esta enfermedad el yoduro de potasio, salol, baños de vapor, la electrización de los músculos dorsales. En nuestro enfermo se ha ensayado todos estos medicamentos sin resultado.



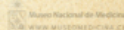
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



## BIBLIOGRAFÍA

---

*Bäumler.*—Ueber chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule Deutsche Zeitsch. f. Nervenheil R. Marzo de 1898.

*Bechterew.*—Revue de Médecine. Septiembre de 1899.

*Feindel y Froussard.*—Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Septiembre y Octubre de 1898.

*Leri.*—Revue de Médecine. Agosto, Septiembre y Octubre de 1899.

*Marie.* - La Spindylose rhizomelique. Revue de Médecine. Julio de 1898.

*Menko.* - Deutsche Medicinische Wochenschrift de Febrero de 1900.

*Mutterer.*—Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Septiembre de 1898.

*Schalatoff.*—Neurol. Centralblat: Mayo de 1898.

*Spillmann y Etienne.*—Revue de Médecine de Septiembre de 1898.

*Strümpell.*— Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk. Noviembre de 1897.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL