

LES OSTEOARTROPATIES EN LA TABES

DRS. J. SIMARRO I P. BARCELÓ

Havent reunit cinc casos d'osteartropaties tabètiques (en sis examinats en sèrie), creiem oportú presentar-ne un resum clínic i radiològic:

I. — Home de 43 anys. Tabes antiga i completa. Osteoartropatia crònica atròfica de genoll esquerre amb fractura espontània de tibia (ràdios 1 i 2); peu tabètic típic, també atròfic i crònic (3 i 4); osteoporosi difusa de pelvis i columna vertebral (5 i 6) amb alguns osteòfits. L. C. R. normal. Microsfígmia. Variacions espontànies de la calcèmia: 0,095, 0,142.

II. — Home de 51 anys. Tabes antiga completa. L. C. R. alterat. Peu tabètic de començament agut, i curs posterior crònic, hipertròfic, hiperostosant (ràdios 7 i 8). Columna vertebral molt lleugera i difusament osteoporòtica (9 i 10). Als 14 mesos de l'aparició clínic del peu tabètic no hi ha microsfígmia a les cames, que es troba deu mesos després.

III. — Home de 58 anys. Tabes combinada que clínicament evoluciona des de dos anys. L. C. R. normal o poc alterat. Osteoartropatia vertebral típica hiperostosant amb deformacions notables: escoliosi, torsió, desviació angular, pinçament del disc (11, 12 i 13). Lipiodol i proves tensionals normals. No microsfígmia.

IV. — Home de 29 anys. Tabes inicial, resistent a tractament específic i a paludisme. Petits osteòfits i tendència a formació de bec en la columna vertebral (forma hiperostosant inicial (14 i 15). Hiposfígmia i hipotensió.

V. — Home de 56 anys. Tabes antiga avançada, establerta malgrat un paludisme (perniciosa) contret després de la si-

filis. L. C. R. poc alterat. Morfinisme. Forma preartropàtica en fèmur esquerre (16 i 17) (ràdios 18 i 19 del genoll dret per comparació); fractura de coll de fèmur esquerre (20); punició sinovial de genoll esquerre: líquid lleugerament hemorràgic, hematies, limfòcits, mucina abundant, sense fibrina. Microsfigmia a les cames. Crisis hipertensives a l'adrenalina (tensions 10.5 - 6.5 a 20 - 10).

Observacions:

Són 5 casos entre 6 examinats en sèrie. Creiem, però, que es tracta d'una sèrie; les osteoartropaties tabètiques són freqüents, però no tant com podria deduir-se d'un 5 per 6.

Leucocitosi normal o disminuïda en tots els casos.

L. C. R. poc alterat en dos, normal en un.

En tres malalts la tabes era antiga; en un evolucionava clínicament des de 2 anys; en un (IV) era recent, i precisament quasi sense osteoartropaties.

I també aquest era l'únic amb simptomatologia clínica escassa i inicial.

Un cas (III) amb deformacions importants de columna vertebral i paraplexia no deguda a compressió.

En dos casos (II i III) no hem trobat la microsfigmia que s'ha incriminat com a factor causal. En el II aquesta va aparèixer més tard.

Dos casos amb fractures espontànies. Un amb reacció hipertensiva exagerada a l'adrenalina. Els 5 amb gonocòcies evolutives i complicades.

(Es publicarà «in extenso» en *Anales de la Clínica Médica* A. Professor Dr. A. PEDRO I PONS, Facultat de Medicina de Barcelona.)