3d5

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA CIÁTICA Y SU TRATAMIENTO

TÉSIS INAUGURAL

PRESENTADA POR

DOMINGO D. ECHANIZ

BUENOS AIRES
1898

LA PLATA
TALLERES—SESÉ Y LARRAÑAGA, CALLE 47 ESQUINA 9
1898

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA CIÁTICA Y SU TRATAMIENTO

TÉSIS INAUGURAL

PRESENTADA POR

DOMINGO D. ECHANIZ

BUENOS AIRES
1898

LA PLATA
TALLERES—SESÉ Y LARRAÑAGA, CALLE 47 ESQUINA 9
1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones emitidas en esta tésis.
(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DOCTOR D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vicedecano

DOCTOR D. PEDRO MALLO

Académicos titulares

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN

Académicos honorarios

DOCTOR D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » EDMUNDO NOCARD

Secretario titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA

Prosecretario

DOCTOR D. ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatonia descripiva.....	Doctor Juan José Naón.
Anatomia topográfica.	» Juvencio Z. Arce.
Histologia teórico-práctica.....	» Rodolfo de Gainza.
Fisiológia general y humana....	» Pedro J. Coronado
Hiniene pública y privada	» Melitón G. del Solar.
Patologia general y ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Máteria Médica y Terapéutica...	» Justiniano Ledesma
Patologia externa	» Obdulio Hernández
Patologia interna	» José Penna
Anatomia patológica	» Telémaco Susini
Bacteriólogia.....	» Carlos G. Malbrán.
Medicina operataria.....	» Adalberto Ramauge.
Enfermedades de mujeres y su Clinica.	» Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clinica.....	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clinica.....	» Pedro Legleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clinica.....	» José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y su Clinica	» Domingo Cabred.
Clinica Quirúrgica	Dres. Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Alejandro Castro.
Clinica médica.	Dres. Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza. Luis Güemes. Francisco A. Sicardi.
Obstetricia y su Clinica..... ..	Doctor Samuel A. Molina.
Medicina legal	» Eduardo M. Pérez.
Enfermedades génito urinarias ..	» Federico Texo.
Quimica aplicada á la Medicina .	» Pedro N. Arata.
» analitica.....	» Atanasio Quiroga.
Fisica médica	» Jaime R. Costa.
Zoologia	» Eliseo Cantón.
Toxicogia	» Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatologia.....	» Baldomero Sommer.
Laringologia. otologia, rinologia.	» Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	» Juan A. Boeri.
Botánica médica.....	» Martin Spuch.
Farmacia práctica....	» J. Manuel Irizar.
Botánica farmacéutica	» Adolfo Mujica.
Osbtetricia para alumnas parteras.	» Juan R. Fernández.
Odontologia	» Nicolás Etchepareborda.
Dentisteria operatoria	» León Pereira.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomia descriptiva.....	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomia topográfica.....	» Avelino Gutiérréz
Histologia (teórico-práctica).....	» Samuel de Madrid.
Fisiologia general y humana	» Vacante.
Higiene pública y privada.....	Dres. Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patalogia general y ejercicios clinicos	Doctor Gregorio Aráoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica...	Dres. Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patologia externa	» Pascual Palma. Daniel J, Cranwell.
Patalogia interna.....	Doctor Marcial V. Quiroga.
Anatomia patológica	» José Badia.
Medicina operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica	Dres. José F. Molinari. Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica.....	» Antonino F. Piñero. Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica	» Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clinica	» José A. Estevez José R. Semprun.
Enfermedades mentales y Clinica respectiva.....	Doctor Benjamin T. Solari.
Clinica Querúrgica	Dres. Juan B. Justo. Diógenes Decoud.
Clinica Médica	» Julio Méndez. Ignacio Allende.
Fisica médica	Doctor Juan J. Galiano.
Obstetricia y Clinica respectiva..	Dres. Luis F. Vila. Fanor Velarde.
Medicina legal	Dres. F. de Veyga. Domingo Cavia.
Toxicologia.....	Doctor Juan Alba Carreras.
Quimica aplicada á la Medicina..	Vacante.
Farmacia práctica.....	Vacante.
Botánica médica.....	Doctor Roberto S. Kolbe.
Laringologia, otologia, rinologia.	» Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermalologia	» Maximiliano Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras	» Enrique Pietranera.
Dentisteria operatoria.....	Vacante.

PADRINO DE TÉSIS

Académico Dr. Manuel Blancas

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Al presentar este trabajo á la benévola consideración de mis dignos maestros solo tengo el deseo de exponer mi modesta opinión, sobre el tratamiento de la ciática por la trinitrina. Los autores que he consultado no lo mencionan ó si hablan de él, es en términos generales, para aconsejarlo en las neurálgias sin recomendarlo especialmente para la ciática.

En cinco casos he comprobado su acción benéfica, lo que me ha decidido á consagrar el trabájo de tésis, al estudio de esta enfermedad. Sé muy bien que pocas ideas nuevas podré llevar como contribución á los conocimientos ya adquiridos sobre esta afección, pero mi propósito es insinuar la utilidad de este medicamento basada en la experimentación. Vuestra indulgencia, por otra parte, estoy seguro disimulará los defectos de mi primer ensayo. Esto, y más que todo, los buenos efectos que en la práctica he obtenido, me permitirá aumentar el largo catálogo en uno más: ¡ojalá triunfe en el tratamiento de muchos otros enfermos! asegurándole así el derecho de no ser olvidado.

Al separarme como discipulo de vuestra inmediata tutela científica, es para mí un placer y un honor haceros público mi íntimo agradecimiento por la noble dirección con que encaminasteis desde el primero hasta mi último paso de estudiante.

Debo consagrar un particular recuerdo á mi querido maestro Dr. Manuel Blancas, que en este momento se digna acompañarme, dando pruebas paternales á su discipulo que ha educado inculcándole sus consejos de eminente maestro y de amigo cariñoso.

La neurálgia ciática, es una de las que con más frecuencia se observa á la vez que una de las de más difícil tratamiento; pues suele agotarse toda una série de medicaciones sin conseguir otra cosa que atenuar los dolores y levantar el ánimo de enfermos en completa postración moral.

Sin duda que segun la etiología á que responda la ciática debe ser el tratamiento, de modo que para un sifilítico, un diabético, un palúdico, etc., con ciática, no puede ser una medicación uniforme la que pretenda combatir su ciárica; de ahí tambien, la diversidad de tratamientos segun la causa que se supone la ha producido.

Si en una época remota la escuela humorista pudo creer que eran líquidos ácres que recorrian el nervio produciendo intensísimos dolores, hoy unos autores sostienen que es una simple neurálgia del nervio ciático, otros una infiltración serosa, otros una neuritis, y ¿porqué tambien no pensar que en muchos casos sean las toxinas microbianas producidas en una enfermedad infecciosa, ó las mismas toxinas del metabolis-

mo celular que mal eliminadas en un organismo enfermo ó de constitución artrítica amortiguada en su nutrición íntima, sean estas toxinas, digo, las culpables que por su acción sobre el nervio produscan sus neurálgias?

HISTORIA

Desde tiempos muy remotos la ciática ha sido conocida, puesto que Hipócrates habla de ella aunque sin detenerse mayormente.

Fernelius en 1679 dá de esta afección una descripción bastante exacta pero sucinta, y Cotugno puede decirse la creó describiéndola de una manera magistral en 1764, bajo el nombre de *ischias*. Es sin duda en homenaje á este autor que se le llamó después: enfermedad de Cotugno.

Martinet en 1829 estudia ante todo, el tratamiento de la enfermedad, y la terapéutica es lo que lo preocupa sin agregar nada á los conocimientos adquiridos.

Valleix, es indudablemente, el que mejor observó esta afección: pues, en un tratado que escribió sobre las neurálgias en general, cita ciento veinte y cinco casos de ciática y él fué quien determinó con precisión los puntos dolorosos propios á esta neurálgia.

Laségue concurre con conocimientos más ámplios y justos; demuestra que bajo el punto de vista clínico los paroxiomos dolorosos no son los únicos fenómenos importantes, ni aun los de más valor; hace preva-

lecer los síntomas permanentes, hace observar que la ciática posee una fisonomía propia, presenta una evolución particular, reviste formas diversas y concluye porque debe ser mirada, no como un caso particular de la neurálgia banal, sino como una enfermedad bien distinta dependiente de una alteración del nervio.

Por último, citaré á Fernet y á Landouzy, que al ocuparse de la ciática, admite las mismas ideas de Laségue.

ETIOLOGÍA

La edad no es indiferente. Segun Valleix, es mny raro observar la ciática en la niñéz; durante los primeros diez años solo cita un caso de Cotugno y para este recien comienzan á manifestarse algunos casos de los diez y siete años en adelante; llegando el máximun de frecuencia, de los cuarenta á los cincuenta; siendo entre estos dos extremos de la edad, igualmente fuecuente entre períodos de diez en diez años.

Gibson que ha analizado mil casos de ciática dice, que la edad de predilección sería de treinta á cuarenta años; y antes de este perfodo de la edad, los casos serían menos numerosos que despues; en efecto 31 % de los casos se producirían entre los treinta y cuarenta anos, 15 % entre veinte y treinte años y finalmente 24 % entre los cuarenta y cincuenta.

El sexo tampoco es indiferente: en los hombres se observaría con más frecuencia que en las mujeres en la proporción según Gilson de ocho por uno. Siendo los hombres los que por sus hábitos de vida están más espuestos á las causas ocasionales de la ciática, nada de estraño es pues, que el análisis minu-

cioso del número de enfermos en uno y otro sexo, sea desfavorable al hombre.

La constitución—Aquí es imposible uniformar opiniones: así pues Valleix no encuentra nada digno de hacer notar; Grasset dice, que las personas atacadas son amenudo de una constitucióu fuerte, pero nada definitivo hay bajo este punta de vista. Los temperamentos nerviosos parecen tener la supremácia en el número de atacados de esta afección. El estado neuropático general, puede manifestarse dice Grasset, por esta neurálgia, lo mismo que por cualquiera otra.

Siendo el temperamento, factor complexo y mal definido donde las taras hereditarias se complican con las modificaciones adquiridas, desempeña un rol etiológico innegable. Un gotoso, un reumático, un neuropata está predispuesto á la ciática.

La gota ciática, es una localización bastante frecuente de la diátesis. La ciática y más especialmente la ciática doble, está á veces ligada á la diabetes.

El papel desempeñado por algunas intoxicaciones como el plomo, el tabaco, el óxido de carbono, el mercurio, en la producción de la ciática no está fijado de una manera clara y precisa.

En ciertas infecciones se presenta con alguna frecuencia esta afección; así por ejemplo, al decir de Fournier, es una de las afecciones posibles de observar en la sífilis. La *malaria* en su forma larvada, suele manifestarse entre otros síntomas por neurálgias, notándose entre ellas la del ciático, y raro es el estudiante que en nuestras salas no haya podido ob-

servar uno que otro caso. *Peter*, hace notar la frecuencia de la ciática en los tuberculosos, llegados al período caquectico de la afección. La blenorragia debe tambien mencionarse, pues, entre sus manifestaciones se encuentra la neurálgia del ciático. Muchas otras infecciones como la fiebre tifoidea, la grippe, la infección puerperal, etc., pueden ser causas provocadoras de la aparición de esta neurálgia.

Eichhorst enumera una mny larga lista de causas que pueden producir ú ocacionar su aparición, así la anemia, la clorosis, el histerismo, estados que con tanta frecuencia se encuentran en las mujeres, pueden ejercer su acción en el desarrollo de la ciática. Como causas de enfriamiento se puede contar el dormir ó permanecer largo tiempo sobre yerba húmeda, sobre el suelo ó piedras frias, la permanencia en agua ó la sumersión repentina en ella, todas las causas que obligan á un individuo á permanecer á la intemperie por largo tiempo en un parage frio y humedo, ó ha tenido que sufrir á intérvalos repetidos, la acción del aire frio.

Eichhorst al enumerar las causas que pueden ocasionar la ciática, cita las siguientes: los traumatismos pueden alcanzar el nervio izquiático desde su orígen hasta sus terminaciones mas periféricas. A esta categoría pertenecen los tumores é inflamaciones de las meninges con compresión del nervio, tuberculosis, cáncer, gomas, exostosis y periostitis de los cuerpos de las vértebras, desviaciones de la columna vertebral, inflamaciones y tumores de toda especie en la pel-

vis, procedentes las más de las veces de afecciones del útero, de los ovarios ó del tejido conjuntivo peri y para nefritico y de los ganglios linfáticos, inflexiones de la matriz, compresión ejercida por el útero grávido, parto difícil con compresión ejercida por la cabeza del feto al atravesar la pelvis ó por el forceps, replesión del intestino recto por materias estercoráceas, ó por huesos de cerezas como en una observación de Hasse, luxación ó fractura del femur, exóstosis en los huesos de las extremidades inferiores, hernia izquiática, caidas y golpes sobre las nalgas, equitación prolongada, viajes en carruajes de mal movimiento ó por caminos escabrosos, caminatas prolongadas, trabajos rudos ó elevación de cargas pesadas, trabajo continuado en máquinas de coser, heridas punzantes, incisas ó por armas de fuego, tumores ó neuromas de toda especie comprimiendo el trayecto periférico del nervio, aneurismas de la aorta abdominal y popliteo, etc., heridas del nervio en la sangria del pié, calzado demasiado estrecho, etc. etc.

Como se vé, variadas y múltiples son las causas á que atribuyen la aparición de la ciática los autores: algunos de ellos, enumeran tantas que en ciertos y determinados casos, me atreveria á decir, que solo una fortuita coincidencia ha hecho aparecer juntas dos afecciones, sin que relación alguna de causa á efecto las una por parentesco etiológico ó por lo menos, digo, que no encuentro qué relación puede existir entre la supresión de ciertas secreciones, sudor de piés por ejemplo y la aparición de la neuralgía.

Brieger, ha visto coincidir la aparición de una ciática con el reumatismo articular agudo.

Tiene influencia sobre la aparición de las ciáticas, las condiciones climatéricas de una comarca; las variaciones bruscas de temperatura, es el momento propicio para que los que hayan padecido de esta afección, tengan una recidiva; y se observa aún, que los atacados, sufren en los cambios repentinos, como dicen los enfermos, una recrudescencia en los dolores.

Cotugno ya hacia notar la influencia de ciertas condiciones estacionales con la aparición de la ciática.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Desde Cotugno con su explicación humorista de la ciática, haciendo correr á lo largo del nervio un líquido acre que provenia del conducto raquídeo, líquido que á su pasage produciría la neuralgía del ciático hasta los autores modernos, no están de acuerdo sobre la anatomía patológica que caracteriza esta afección.

En efecto; Grissolle sostiene, que por muy antigua que sea la ciática, no vá acompañada de ninguna alteración notable en la textura del nervio.

Niega en absoluto que desorganización alguna apreciable del nervio pueda hacer distinguir la afección; y por el contrario sostiene, que es precisamente esta carencia de alteración lo comun á la ciática como á todas las neuralgías.

No niega que al hacer la autopsia de un sugeto que haya padecido ciática, pueda el nervio hallarse comprimido, atrofiado ó degenerado á causa de un tumor cualquiera que haya producido en su tejido la degeneración fibrosa; puede tambien encontrarse el ciático invadido por venas varicosas; pero en todo caso. esto solo demuestra, que en algunas circunstancias, la afección puede ser sintomática.

Eichhorst tambien sostiene, que por intensa que haya sido la neuralgía y larga su duración, no se encuentra alteración perceptible, la mayoría de las veces.

En otros casos se ha notado inyección del nervio, aumento de volúmen, dilatación varicosa de sus vasos venosos, nucleos de cánceres procedentes de órganos vecinos, degeneración adiposa de sus fibras. De modo, pues, que no señala una alteración que corresponda ó caracterice de un modo general esta enfermedad.

Jassett refiere, que obtuvo la curación de una ciática intensa, por la punción de la vaina del nervio y la evacuación de quince gramos de serosidad. Eichhorst relata un caso de su propia observación en el que la ciática se había desarrollado durante el curso del mal de Werlhor hallándose el neurilema con sangre extravasada y lleno en algunos puntos de células redondas.

Landouzy hace una distinción y separa dos tipos clínicos de ciática: la una, neurálgica, en la cual ni el examen directo ni el miscroscópico descubren nada digno de mencionarse; la otra, respondiendo á una neuritis del ciático, y en este caso, encuéntranse las alteraciones correspondientes á las neuritis en general, siendo digno de notarse, dice este observador, que dicha neuritis, es mas bien intersticial que parenquimatosa.

Las varices de las vénulas que rodean la vaina del nervio ciático, producen para Quenu, verdaderas neuralgias por compresión.

SÍNTOMAS

Por regla general la aparición de la ciática no se hace de una manera repentina; lo comun es, qne esta vaya precedida por algo así como una molestia que vá acentuándose paulatinamente, hasta la aparición de los síntomas clásicos, propios á esta afección.

Los enfermos comienzan por quejarse de una sensación como de entorpecimiento, de pesadez ó bien de frio en el miembro atacado; esto persiste una ó varias semanas y poco á poco aparecen ligeros dolores erráticos sin caracter determinado, pero, en progresión ascendente hasta llegar al punto en que por su intensidad y su localización exacta, constituyen el periodo agudo de la ciática.

El dolor de que se quejan los enfermos es, como el de toda neuralgía, expontáneo; y *Valleix* lo divide, en contínuo contusivo lancinante é intermitente; el contínuo, ya indicado por *Cotugno*, ocupa los principales focos ó puntos dolorosos; los otros consisten, en diversas sensaciones que parten frecuentemente de los anteriores y se irradian á toda ó á una mayor extensión del nervio; son punzadas, una sensación moles-

tísima de frio ó por el contrario de calor quemante, de desgarramiento, de hormigueo, etc. etc.

En otros cuando la afección es violenta, son calambres, sacudidas dolorosas las que experimentan, y es precisamente en estos casos de suma intensidad, que los enfermos se hallan en un verdadero suplicio; pues el mas débil movimiento, un esfuerzo de tos y hasta una inspiración fuerte, basta para provocar dolores atroces reduciendo á la mas completa inmovilidad á estos desgraciados.

La situación del dolor indica siempre con exactitud la del nervio alterado, pero no sucede lo mismo con la extensión; pues si en algunos casos dicho nervio está dolorido desde su orígen hasta su terminación. en otros el dolor se limita á una parte de su trayecto como el muslo (ciática crural), la pierna (peronea) el pié (ciática plantar).

El miembro atacado, no ofrece comunmente modificación alguna de color ó de temperatura, esta sensación de frio percibida por algunos, no es otra cosa que una aberración de la sensibilidad; no obstante, ha sido posible observar, coincidiendo con dicha sensación, un muy apreciable descenso de temperatura en el miembro enfermo. En muchos casos es posible tambien hallar una anestesia mas ó menos conpleta en el dorso del pié.

Como se ha dicho, la neurálgia ciática condena á la mayoría de los enfermos á que permanezcan en una completa quietud; pero hay escepciones á este respecto, en las cuales algunos movimientos en el le-

cho, aunque limitados, se efectúan sin mayor inconveniente. Muchas veces la marcha se hace imposible, porque solo el contacto del suelo con el pié les produce tales sufrimientos, que se ven obligados á levantar el miembro con suma rapidez. En otros, despues de un ligero ejercicio, consiguen atenuar el dolor, pueden continuar caminando; pero con rara escepción sin sentir ya molestia alguna.

La posición sentada, puede ser incómoda debido á la presión ó tironeamiento del nervio; en cambio, la horizontal es generalmente, ya que no siempre, tolerable: es natural que el enfermo en su constante afan de disminuir el dolor, busque posiciones variadas conducentes á relajar los músculos y por ende, la tensión del nervio. Cuando la ciática es crónica y el sufrimiento que la acompaña poco intenso, sucede, á veces, que este se exaspera y se hace insoportable por el calor del lecho, obligando á los pacientes á abandonarlo para buscar lenitivo en otra posición, ya sea de pié ó sentado. He visto un atacado de ciática crónica, permanecer largas horas sobre una butaca en una postura especial, por la que conseguía disminuir sus dolores permitiéndole conciliar el sueño, cosa que le era imposible hacerlo en cama.

El dolor se despierta ó aumenta si se efectúa una tracción ó una presión sobre el nervio, lo que se utiliza en clínica, para hacer que aparezca uno de los síntomas característicos de la afección. El signo llamado de *Lasegue* consiste: estando el sugeto en decúbito dorsal, levantar el miembro enfermo de modo

que la rodilla quede en extensión; ahora bien, al ser llevado este miembro á una posición vertical con el resto del cuerpo, un dolor intenso se produce en la nalga y el muslo, debido á la elongación del nervio. Si por el contrario se olvida de mantener la articulación de la rodilla en extensión y se deja flexionada, el dolor producido es muy atenuado y á veces nulo.

Interrogado un enfermo sobre el asiento de su dolencia, nos muestra sin titubear uno ó varios puntos situados sobre el trayecto del nervio, más bien en la parte superior del muslo que sobre las ramas de subdivisión: son puntos precisos escalonados en una mayor ó menor extensión del ciático.

A *Valleix* se debe, la determinación exacta de estos puntos dolorosos: pero este autor ha exagerado la importancia de ellos y más aún su número. Bajo este punto de vista, todos los autores están contestes y en los casos que he observado no me ha sido posible hallarlos á todos en un mismo individuo. Hé aquí los enumerados por *Valleix*: el punto lumbar situado inmediatamente por encima del sacro (ramas superiores del plexo-sacro), el punto sacro-iliaco al nivel de la articulación del mismo nombre, un poco por delante de la espina iliaca posterior y superior; el iliaco hácia la mitad de la cresta iliaca (terminación del nervio glúteo superior); el glúteo, en el vértice de la escotadura ciática; trocanteriano, hácia el borde posterior del t-ocanter mayor, tres puntos femorales, escalonados sobre el trayecto del ciático en la cara posterior del muslo (superior, medio é inferior): el poplíteo, en el

hueco de la corva (nacimiento del ciático poplíteo externo); el rotuliano, sobre el borde externo de la rótula (rama articular del cutáneo peroneo); el peroneo tibial, hácia la articulación del peroné y de la tibia; en fin el peroneo, punto importante al nivel del sitio en que el nervio circunda al peroné; el maleolar, en la parte posterior é inferior del maleolo; el dorsal del pié y el plantar externo que rara vez existe.

Pueden agregarse además, un punto calcáneo y otro apofisario; el primero descubierto por *Lagrelette* y el segundo por *Trousseau*, situado al nivel de la cresta sacra. De todos estos; los que más frecuentemente se hallan son, el gluteo, el trocanteriano, el peroneo y el maleolar externo.

Otro signo de gran valor, estudiado la primera vez por Charcot en 1888, es la escoliosis ciática. Posteriormente, otros autores como *Ballet*, *Babinski* y *Brissaud* han hecho trabajos describiéndola de una manera minuciosa. Carece de síntomas subjetivos y de ahí, que haya podido pasar tanto tiempo desapercibida.

Rcsumiendo las descripciones que dan los autores, la expondré en pocas líneas. Un ciático cronico presenta por loregular una escoliosis y la concavidad de su columna vertebral, está dirigida hácia el lado sano. La distancia que en el flanco separa las falsas costillas del hueso iliaco, está disminuida y en algunos casos es tan pronunciado este acercamiento, que estos huesos llegan á ponerse en contacto. Lo comun es, que solo se forme un pliegue transversal más ó

menos profundo entre el reborde costal y el hueso iliaco.

Los hombros presentan tambien una diferencia de nivel, que no es constante; y unas veces, es el hombro correspondiente al lado de la neurálgia el más alto; mientras que otras, el que pertenece al lado sano.

La pelvis sufre tambien una inclinación hácia el lado enfermo y el miembro atacado de ciática presenta una ligera flexión, mientras que la planta del pié reposa por completo sobre el suelo.

El mecanismo de esta deformación tanto vertebral como del miembro enfermo, no puede atribuirse segun los autores, ni á los huesos ni á las articulaciones; v sí puede invocarse una acción muscular emanando de los mûsculos del lado sano. En los primeros tiempos, una simple contracción de estos músculos, lo explica perfectamente. Un sugeto que sufre de una lesión cualquiera en un miembro inferior, cuando permanece de pié, no puede repartir idénticamente, el peso del cuerpo, sobre sus dos miembros y descansar ambos piés, en toda la superficie plantar. Estando los dichos miembros simétrica y paralelamente dispuestos, es sobre uno de ellos que gravita la mayor parte del peso; busca entonces disminuir el dolor, flexionando el miembro enfermo de modo que solamente la punta del pié descanse sobre el suelo; esta posición es por demàs molesta é insensiblemente llega á poner en contacto, no solo la punta, sinó toda la superficie plantar.

Para llegar à este resultado, conservando la pierna

sana en extensión, se vé obligado á imprimir á la pelvis una inclinación hácia el lado enfermo; de ahí la actitnd *anchée* que del lado sano presentan los que padecen de ciática.

El centro de gravedad del cuerpo ha cambiado; para restablecerlo nuevamente, es necesario que intervengan los músculos espinales, contrayéndose é imprimiendo á la columna vertebral una curvadura cuya concavidad se dirige hácia el lado sano.

La contracción permanente de estos músculos llegan á producir poco á poco su espasmo funcional, lo que origina la deformidad indicada; esta se encuentra tambien fovorecida por la atrofía muscular del lado enfermo, consecuencia inmediata de su menor funcionamiento.

El *hanchement* por una parte, el espasmo muscular por otra, hé ahí como se explica la desviación de las partes inferiores de la columna vertebral, así como tambien la disminución de la altura del flanco.

Si las cosas permanecen en este estado, el hombro del lado sano se inclinará hácia la cadera y el del lado enfermo hará proeminencia. Pero muchas veces, una curvadura de compensación se producirá en sentido inverso de la primera, en las regiones superiores de la columna; y en este caso, será el hombro del lado enfermo el que se encontrará bajo.

Si la compensación es suficientemente justa, los dos hombros permanecerán al mismo nivel. Se explica de este modo, la inconstancia y la significación, á menudo dudosa, de la proeminencia de un hombro (*Grasset*).

Brissaud ha puesto en claro ciertas formas raras de ciática espasmódica, que en oposición á la que acabamos de describir que llama cruzada, la designa con el nombre de escoliosis homóloga, esto es, que la concavidad de la columna se encuentra del mismo lado que el miembro enfermo. A causa de la contracion refleja de ciertos músculos vertebrales inervados por ramas del prexo lumbar del lado de la neuralgia, el reborde costal de este mismo lado, se acerca hácia los pelvis y la columna vertebral sufre una inclinación natural en el mismo sentido.

Por otra parte; el muslo enfermo se encuentra flexionado sobre el hueso iliaco y la pierna sobre el muslo; lo que hace que todo al lado enfermo se halle acortado. Siendo imposible obligar al miembre doloroso el que soporte algo de su peso, y para conservar su equilibrio sustrayendo este miembro á la presión y cargando el peso del cuerpo sobre el otro, es necesario que la pelvis de este mismo lado sufra cierta desviación, haciendo que proemine la cadera sana fuera de la línea vertical que pasa por la planta del pié, en el lado no afectado.

Como consecuencia de las deformaciones, la marcha es bien difícil. La escoliosis ciática, no en todos es igualmente pronunciada; y en algunos casos es tan pequeña, que se impone un exámen atento si se quiere dar cuenta exacta de su existencia. En la mayoría, después de obtenida la curación, la escoliosis persiste como consecuencia de la retracción muscular; y son raros los ejemplos en que esta escoliosis desaparezca.

En un caso que pude seguir de cerca y en el cual era muy notable, he podido comprobar en estos últimos tiempos su desaparición completa. Este enfermo que caminaba encorvado como un anciano agoviado por el peso de los años, y en el cual era posible notar á traves de sus ropas la salida de la cadera en el lado sano (caso de escoliosis homóloga), hoy es imposible suponer que este hombre jóven y de recto talle, haya presentado una deformación tan pronunciada.

Debove y sus discípulos, han insistido mucho en estos últimos tiempos sobre la frecuencia de la poliuria en la ciática; la cantidad de orina puede alcanzar á la cifra de tres ó cuatro litros por dia. Después de haber eliminado en la interpretación de este hecho la influencia ejercida directamente por el dolor sobre el sistema nervioso (parecido fenómeno no se observa en efecto en las otras neurálgias), *Debove* invoca un aumento en la tensión arterial provocada por una contracción refleja de los pequeños vasos; de hecho, la exitación experimental en el perro sobre el extremo central del ciático seccionado, trae un aumento de la tensión arterial constatable al hemo dinamómetro.

Lepine no está de acuerdo con esta opinión: según su manera de ver, dice haber confirmado en los casos observados por él la ley siguiente: «las exitaciones medias ó fuertes del ciático, disminuyen considerablemente y aún detienen la secreción urinaria; las exitaciones ligeras del mismo nervio la aumentan.»

Huchard refuerza la opinión de *Lepine*, sosteniendo que en las formas intensas de ciática, hay disminu-

ción de la secreción urinaria; y que cuando esta se encuentra aumentada, debe atribuirse á una arterio-esclerosis concomitante.

En algunos casos acompañan ó se alternan con la ciática, otros dolores de naturaleza neurálgica en la cabeza, en las paredes del pecho (neurálgia intercostal), del abdomen, etc.; y *Cotugno* menciona la existencia simultánea de una neuralgia cubital y ciática.

En los momentos en que el ataque doloroso llega á su máximum, aparecen vómitos en muchos enfermos; también sobrevienen á veces convulsiones tónicas y clónicas, que arrastran el muslo hácia las nalgas (*Eichhorst*). En la fórma neurálgica de la ciática, la excitabilidad eléctrica, se conserva normal, por el contrario en la neurítica, aparecen en una mayor ó menor extensión, fenómenos de degeneración reactíva.

Es frecuente encontrar en la ciática crónica, atrofia muscular del miembro enfermo con fenómenos paréticos, resultante del poco ejercicio que estos enfermos ejecutan. Otras veces *Landouzy* ha notado desde el comienzo de la aparición de la enfermedad, demacración rápida del miembro, coincidiendo con alteraciones neuríticas del ciático.

Eichhorst ha encontrado siempre íntegro el reflejo rotuliano. El herpes *zoster*, ha sido observado por algunos autores en casos de ciática; y *Astié* ha constatado un crecimiento anormal de los pelos.

FORMAS

Lasegue considera dos formas de ciática, una grave y otra benigna; pero entre ellas no existe separación tal que la transición de los síntomas sea bien clara; hay entre ellas, formas intermediarias en las que se encuentran signos de la una y de la otra.

La forma benigna, no se caracteriza por la menor intensidad de los dolores; estos en muchos casos son muy agudos, aparecen por accesos separados con intérvalos de perfecta calma. A veces persiste un ligero dolor contínuo. Durante un tiempo más ó menos largo los accesos se repiten sin que exista entre ellos regularidad, desapareciendo por lo general de una manera brusca.

En la forma llamada grave el dolor es contínuo, persistente, prolongándose durante años, en los que suelen observarse remitencias pasageras en el dolor. Deja generalmente trazas indelebles, como ser alteraciones en la sensibilidad cutánea, de motilidad de las vascularizaciones locales é igualmente de otros síntomas que hemos señalado con excepción del dolor.

Es á la primera de estas formas que se ha querido tomar como tipo característico de las neurálgias pu-

ras, viendo en la segunda el cuadro de la neurítis crónica; quedando así establecida la separación anatomo-patológica designada por *Landouzy*.

En rigor, una separación tan radical, no es factible en clinica, por lo difícil de hallar casos que se encuadren dentro de estos dos tipos. Así, por ejemplo, en un enfermo vemos aparecer paresia y atrofía muscular síntoma de neuritis; y no obstante estas apariencias de ciática grave, observamos que despues de un tiempo más ó menos largo, se cura por completo.

Si la ciática grave respondiera fatalmente á una neuritis, debemos convenir que algunas pertenecen, más bien, á las formas benignas, por su evolución feliz; quedando, por consiguiente, nuevamente demostrado que la clasificación anatómica de Landouzy, no coincide en todos los puntos con la división clínica y pronóstica de *Lasegue*.

DIAGNÓSTICO

La ciática es, por lo general, de fácil dignóstico; y las afecciones con quienes se puede confundir son, el reumatismo muscular, la coxalgia, y la paraplejia.

En el reumatismo muscular, los dolores no se asientan en puntos fijos limitados sobre el trayecto del nervio; el enfermo no lleva el dedo sobre regiones precisas, sinó que señala con toda la mano, la situación de los músculos dolorosos. En la ciática, el dolor es especialmente muy vivo, cuando el miembro sostiene el peso del cuerpo: en el reumatismo muscular aumenta, cuando se ponen en contracción los músculos atacados, como por ejemplo, en la flexión del miembro.

En la primera, el dolor expontáneo sigue el trayecto nervioso; mientras que en el segundo, no posee trayecto determinado.

La coxalgía, principalmente en su comienzo, puede ser confundida con la ciática; pues existen tambièn en esta, puntos dolorosos á la presión en la cadera y en la rodilla, detrás de la cabeza del peroné. Los movimientos. los accesos de tos, pueden hacer que se estienda dicho dolor hasta el pie; y sin embargo, el diagnóstico puede llevarse á cabo, sirviéndose de los

siguientes datos: comprimiendo de fuera á dentro el trocanter mayor, se despierta un dolor vivo en la profundidad de la articulación; el dolor es mas intenso aun, si se comunican al miembro enfermo movimientos de extensión, flexión ó rotación; después, el miembro se alarga para acortarse al poco tiempo, cuando se ha producido la luxación. Continuando el proceso en la coxalgía, aparecen abcesos y fístulas; lo que sería suficiente en este periodo para distinguirla de una ciática.

En la paraplejía consecutiva â las afecciones de la médula espinal, el dolor de los miembros inferiores es de diferente naturaleza; y se distingue del producido en la ciática, por su situación, su forma y quizás también, por su intensidad. En efecto; los dolores de la paraplejía tienen por asiento principal las plantas de los piés, la parte media de los miembros y se sienten en ambos lados. Consisten, en una sensación como de pinchazos, de hormigueo, y no reviste la forma de puntadas y son menos intensas que ios de la neuralgía.

Los parapléjicos pueden mover sns miembros sin sufrimiento alguno, pero existe una rigidez ó parálisis que va acompañada generalmente de dificultad en la micción y la defecación.

Si la ciática fuera doble, lo que es muy raro encontrar, el diagnóstico en este caso sería algo dícicil. No obstante, *Valleix* sostiene, que de ningún modo presenta díficultades; y en cuatro sugetos que padecian de una paraplejía ocacionadas por alteraciones de

la médula y atacados ds neuralgía ciática, le ha sido posible distinguir á esta última, Este autor ha observado, que los síntomas de neuralgía solo eran temporales; volvian por intérvalos irregulares, eran precedidos á los de la afección medular, quienes se hacian manifiestos en los intérvalos, conservando sus caracteres propios y agregándose á la enfermedad sin alterar sus signos.

Si la ciática se prolonga, debe sospecharse la existencia de alguna degeneración en el nervio, ó bien de algún tumor que comprimiéndolo pueda ocasionar la enfermedad; y para darse cuenta de esto, es menester explorar cuidadosamente el trayecto del ciático; también se palpará el vientre, se introducirá el dedo en la vagina y en el recto para asegurarse del estado en que se hallan los órganos contenidos en la cavidad pelviana.

PRONÓSTICO

No puede hacerse un pronóstico seguro en la ciática. Cuando es reciente y no ha traido aun deformidades notables, el pronóstico que uno puede estar autorizado á sostener, es de una muy probable curación. En cambio, si esta enfermedad es ya algo antigua, lo juicioso sería hacerlo muy reservado, sin dejar de advertir por eso, que fuera todavía posible su curación.

Se han visto casos de ciática crónica curar en pocos dias, en meses, merced á un tratamiento feliz por su resultado. Cuando las neuralgías se suceden en un mismo sugeto, es muy posible que la ciática recidive con una desesperante frecuencia.

TRATAMIENTO

No hay un tratamiento sistemático de la ciática; y una variedad tal de medicamentos han sido preconizados, que se duda de la eficacia de cada uno de ellos, tomados aisladamente: pues es lo común observar, que á una gran abundancia en las medicaciones contra una enfermedad, corresponde una gran pobreza en los resultados.

En este caso, hasta la moda ha impuesto su tratamiento ridículo, es cierto; pero con el mérito de la novedad. Cauterizarle el hélix á un individuo para curarle de una ciática crónica ¿se quiere mayor ocurrencia ni mas singular manera de buscar una acción refleja que fuese curativa? No obstante; hay algunos autores que atribuyen huenos resultados á la aplicación del hierro candente sobre la parte anterior del hélix. Creo que solo se podrá admitir en este caso una influencia sugestiva en una ciática histérica.

Después de esta pequeña digresion, enumeraré los diversos tratamientos, sin entrar en mayores detalles hasta llegar al que propongo. Como he podido observar cinco curaciones de ciáticas crónicas por medio de la trinitrina, me ha parecido digna de llamar

la atención; lo que haria fuese empleada en lo sucesivo con mayor frecuencia. De los autores que he consultado, algunos apenas la mencionan como tratamiento de las neuralgias en general.

Habiendola visto usar en cinco casos de ciática con excelentes resultados, creo que no puede atribuirse sus buenos efectos á una feliz casualidad: pues en todos se habian agotado muchos otros medios, sin llegar á obtener mejoría alguna; en cambio, después de un tratamiento mas ó menos prolongado por la trinitrina, estos enfermos fian llegado paulatinamente á un estado que bien pueden considerarse sanos.

¿Estos casos están á cubierto de una posible recidiva? No me parece que pueda sostenerse semejante afirmación. Uno de ellos, de largo en largo tiempo, en épocas frias ó por haber sufrido alguna mojadura, siente su punto doloroso peroneo: recurre entonces á la solución de trinitrina y afirma que desaparece su dolor, después de unas cuantas cucharadas de la bebida.

La manera como se administraba la nitroglicerina era según la conocida fórmula de *Huchard*:

Solución alcohólica de nitro glicerina al 1 %	30 gotas
Agua destilada.....	300 gs.

á tomar una cucharada por la mañana, otra por la tarde y la tercera á la noche.

Se ordenaba una sola el primer dia; y solo en el caso que no se observaran signos de intoxicación, se aumentaba el número de cucharadas hasta llegar á tres. Una vez, al iniciarse el tratamiento, pude notar una

ligera intoxicación, la que se manifestó por gastralgía, malestar y debilidad del pulso; pero todo pasó al poco rato, y el enfermo atribuía estas molestias, á la causa de haber ingerido el medicamento inmediatamente después del almuerzo; en lo sucesivo tomaba la bebida unas dos horas después de todo alimento. Con esta precaución no volvió á quejarse de accidente alguno.

Esta falta de manifestaciones tóxicas podria mas bien interpretarse como habiéndose habituado el enfermo á la medicación.

No digo, ni me atrevería á afirmar, que cualquiera que fuese la etiología de la ciática, la trinitrina sea útil para su tratamiento. En los cinco casos que he podido seguir de cerca, se trataba de sujetos con antecedentes reumáticos ó que achacaban al frio y á la humedad como causa productora de su ciática. Uno de ellos, tenía antecedentes palúdicos y reumáticos; también habia hecho nna série de tratamientos y entre ellos con mayor esperanza la quinina, pero sin éxito alguno: fué entonces, que se recurrió á la trinitrina por la que se obtuvo un espléndido resultado.

Pretendo hacer un rápido bosquejo de descripción sobre los múltiples tratamientos que para curar y en algunos casos mejorar á los enfermos de ciática, han venido efectuándose.

Las *emisiones sanguíneas* estuvieron en voga cuando se usaba y abusaba de la sangría; en esta clase de enfermos era generalmente la sangría local la que se prescribia, como ser ventosas escarificadas y sanguijuelas que debían ser colocadas en los puntos doloro-

sos. Pero, poco á poco, fué perdiéndose el uso de este procedimiento; probablemente, á causa de la gran reacción en contra; y mas que todo, por los nulos resultados obtenidos hasta hoy en que ha quedado relegada al olvido.

Vejigatorio permanente—La revulsión en sus diversas formas, es uno de los tratamientos mas antiguos y que aun conserva todo su valor; siendo uno de los mas frecuentemente usados. Se comenzó por el vejigatorio permanente, hasta llegar á las diversas maneras de obtener revulsión que indicaré mas adelante. Este vejigatorio que era necesario mantenerlo por una pomada epispática, es muy útil, pero, sumamente doloroso á causa de las aplicaciones repetidas de dicha pomada; y por otra parte, es reemplazado provechosamente, con incontestable ventaja, por los vejigatorios ambulantes.

Vejigatorios ambulantes — *Valleix* sostiene haber obtenido un excelente resultado por la aplicación de estos vejigatorios sobre los puntos dolorosos. Su número es variable; y debe conocerse primero cuantos focos existen, para colocar uno en cada punto.

Es posible que en algunos casos sea necesario emplear hasta seis vejigatorios; pero lo general es que se reduzcan á tres, distribuidos así: uno en la cadera, trocanter mayor ó articulación sacro-iliaca; otro en la cabeza del peróne y el tercero hácia el maleolo externo.

A veces es posible observar una reacción sub-febril después de la aplicación de estos; estado sub-fe-

bril de poca duración. pues que en veinte y cuatro ó treinta y seis horas, vuelve el enfermo á su temperatura normal. Lo común es que por medio de este tratamiento se obtenga un alivio cuando no una desaparición de la neuralgía; pero en ciertos casos rebeldes, el efecto es nulo: y es necesario entonces, recurrir á otra medicación.

Para declarar que los vejigatorios volantes no han producido beneficio alguno, es menester insistir varias veces en su aplicación; y después de fracasos repetidos recien abandonar su uso.

Cauterio actual—Los árabes empleaban este medio para combatir la ciática. Buscaban las puntos dolorosos terminales del nervio en el pié; hacian entonces una cauterización profunda y sostenian la úlcera producida durante largo tiempo. *Abucasis* designaba previamente los puntos en que, al decir de los enfermos, sufrian mas dolor; y sobre ellos practicaba cauterizaciones. Este método es el que se aconseja para aplicar los vejigatorios con la diferencia de que en vez de dejar al enfermo que los indique, el médico mismo por presiones convenientemente hechas encontrará los focos dolorosos- Lo general es que los puntos obtenidos coincidan con los designados por el enfermo.

Respecto al tratamiento por la cauterización transcurrente, las moxas; sinapismos, fricciones con diversos linimentos, pomadas conteniendo narcóticos, como ser belladona, acónito, morfina, etc., el calor, el frio, la hidroterapia bajo forma de baños y de duchas; la

electricidad acompañada de la hidroterapia ó bien sola, aplicada en corrientes galvánicas y farádicas. son medios cuya eficacia es dudosa, por lo que me limito simplemente à enumerarlos.

La cirujía ha obtenido por medio de la denudación y elongación del nervio algunos resultados, pero por lo general, de éxito pasagero.

Medicación interna—Las inyecciones hipodérmicas de morfina hechas en la dirección del nervio, cuando los dolores son muy intensos, obran como analgesico y su acción es, como siempre, incontestable.

Algunos autores como *Hammond*, sostienen que debe alcanzarse el nervio con la extremidad de la aguja; y la manera como se puede llevar el líquido directamente sobre el ciático, es la siguiente: se elije un punto en la cara posterior del muslo situado a cuatro pulgadas del gran trocanter y á una por fuera de la línea media. En este punto se introduce la aguja perpendicularmente en la profundidad de una á dos pulgadas; se alcanza seguramente el nervio, lo que se reconoce por la sensación de tironeamiento debajo del punto herido. Cuando no se ha llegado sobre él, no es motivo para que la inyección deje de hacerse y se obtenga igual resultado.

Inyecciones locales de agua salada, de eter, de cloroformo, de ácido ósmico, de ácido fénico han sido practicadas. Mas frecuentemente aun se usa, la antipirina asociada á la cocaina, con el objeto de suprimir el dolor á qué la inyección hipodérmica de antipirina dá lugar. Este tratamiento ha conseguido mas

de un triunfo cuando ya otros habían fracasado; y el práctico debe recordar el valor curativo de este agente muy recomendable.

La esencia de trementina ha gozado en época algo lejana de gran reputación como medicamento curativo de las neuralgias en general; y mas especialmente contra la ciática. Las opiniones á este respecto están divididas; pues mientras unos la aceptan otros la rechazan considerandola como inútil y perniciosa debido á las alteraciones gastro intestinales que su ingestión prolongada acarrea.

Las sales de quinina al interior, han sido usadas cuando parecía presentarse esta neuralgía con el tipo intermitente periódico; y algunos autores sostienen, haber obtenido buenos resultados, mientras que *Valleix* les negó en su tiempo, todo valor curativo. Cuando se trata de sugetos entre cuyos antecedentes se cuenta la existencia de paludismo, me parece muy racional ensayar este medicamento.

Por último, citaré el tratamiento de la ciática por dos sustancias ordenadas con frecuencia en esta clase de enfermos; me refiero al salicilato de soda y al infaltable ioduro de potasio. La posología de estos es tan conocida, que no veo la necesidad de entrar en detalles.

El régimen dictético, los tónicos, la higiene tienen su influencia y valor en el tratamiento de estos enfermos.

OBSERVACIÒN I

J. C. 40 años italiano, casado, farmacéutico. *Antecedentes heriditarios*. El padre vive y goza de buena salud; tiene actualmente setenta años.

La madre, de la única afección que él recuerda que padece es la ciática, de la cual sufre hace como treinta años: pero las molestias que le ocasiona son pocas, pues, se traslada en sus viajes sin mayor inconveniente. Tiene actualmente sesenta y nueve años.

Posee dos hermanas que son sanas.

Antecedentes personales, etc. A la edad de doce años dice haber padecido según diagnóstico médico debilidad del nervio óptico: esta enfermedad le produjo una ceguera completa por espacio de dos años: después de un tratamiento continuado durante cinco meses, recobró la vista.

A los quince años tuvo una blenorragía que se le hizo crónica: actualmente padece de estrecheces en la uretra.

En este enfermo se inició la ciática en el mes de Julio del noventa y cinco. Después de haber vivido en una casa recientemente construida y húmeda comenzó á sentir dolores en la pantorrilla, que él atribuia á reumatismo y los que mediante un ligero ejercicio desaparecian; en cambio, si permanecia sentado era mas fuerte.

Al poco tiempo, notó un dolor muy intenso y duradero en un punto que él indica sobre el peroné (foco peroneo). Lo que le llamó mas la atención era, que á toda costa debía permanecer parado: pues si se sentaba, aun cuando tuviera la pierna en movimiento, no atenuaba en lo mas mínimo sus dolores; solo conseguia algún alivio cuando caminaba un rato y hasta se veia obligado á comer de pié; única postura que le era posible soportar.

Mas tarde, aparecieron tres regiones dolorosas: una sobre los gluteos, otra en el dorso del pié y la tercera en el sacro.

Se hallaba un dia en el laboratorio cuando sintió un dolor intensísimo irradiado en diversas direcciones, localizándose especialmente en la pantorrilla: esto lo obligó sin mas tardanza á guardar cama; allí estuvo verdaderamente postrado sin poderse mover: pues por pequeño que fuera cualquier movimiento, le arrancaba gritos de dolor. En este estado continuó mes y medio, durante el cual hizo una série de tratamientos: salicilato de soda fricciones, con pomadas y linimentos variadísimos, sinapismos, vejigatorios, ventosas, baños calientes durante diez minutos, tan calientes como podía soportarlos y seguido de otro muy frio por espacio de un minuto. Como esto no le diera resultado, se le ordenaron pulverizaciones de éter en toda la extensión del miembro, siguiendo el trayecto del nervio; esto lo mejoró tanto, que le fué posible levantarse y quedar sentado, lo que anteriormente no le era. La posición de pié, lo mismo que la marcha, era casi imposible, por los agudos dolores que sufria.

En esta oportunidad, un mèdico le aconsejó como tratamiento, el ioduro de potasio al interior y ungüento mercurial en fricciones: el resultado fué completamente nulo.

Viendo que no adelantaba, consultó á otro facultativo que le ordenó el tratamiento eléctrico por medio de corrientes interrumpidas, colocando un polo sobre el ciático, mientras que el otro, con un pincel lo hacía recorrer por todo el nervio, deteniéndose más en los focos doloros: esto lo mejó algo.

Fué en esta época (Julio del 97) que tuve ocasión de seguir este enfermo: siendo su estado actual de entonces el siguiente: Descartando del exámen clínico que de él hice, todo lo correspondiente á sus órganos internos, pues no presentaban nada de anormal, me concretaré á lo que he podido observar como sintomatología de su ciática. El miembro atacado es el derecho. Este enfermo caminaba encorvado y parecia un anciano apoyándose en su baston. Presentaba una escoliosis homóloga con todos los signos que menciona *Brissaud* y sus puntos dolorosos eran varios: uno sacro iliaco, otro trocanteriano y el peroneo que era el que con mas frecuencia lo molestaba.

Al principio se repitieron algunos tratamientos que ya había usado en otra época sin conseguir ninguna mejoría. El enfermo se despertaba con frecuencia durante la noche, razón por la cual, recurrió al uso del sulfonal en dósis de un gramo, llegando algunas noches hasta tomar dos gramos: de este modo consiguió vencer el insomnio, consecuencia inmediata de sus dolores.

Fué entonces que decidió probar la trinitrina, agregándola así á la larga lista de medicamentos que este enfermo conocia con detalles, por haber hecho uso de ellos. Lo que no se suprimió fué la electricidad que continuaba en sesiones diarias; se prescribió la trinitrina en las mismas dósis y según la conocida fórmula de *Huchard*.

Los primeros dias sintió algunos fenómenos molestos, probablemente, á causa de la falta de hábito del medicamento; pero en lo sucesivo, lo toleró muy bien. Como al mes, el enfermo se apercibia ya que caminaba mas derecho y que sus dolores se habian atenuado tanto, que le era posible dormir sin recurrir al sulfonal.

Ante estos signos de mejoría bien perceptibles, siguió con su nuevo tratamiento: y poco á poco iba ganando terreno en el camino de su curación. El único foco doloroso que á los dos meses existia aun era, el peroneo y eso, con interminencias.

No he de seguir con detalles todo el curso de su enfermedad en su paulatina mejoria: creo que para mi objeto, me basta decir que ha desaparecido la escoliosis, con lo cual ha vuelto este sugeto á su equilibrio y establidad natural. Los focos dolorosos han desaparecido igualmente.

En la actualidad, hace un año que persiste su cura. Este invierno pasado, no ha tenido manifestación alguna: cierto es que tomó toda clase de precauciones contra el enfriamiento.

OBSERVACIÓN II

M. B. 32 años, español, soltero, talabartero. *Antecedentes hereditarios.* No dá datos respecto de sus padres, pues fallecieron siendo él muy niño. Tiene dos hermanas á quienes no recuerda haberles conocido enfermedad alguna.

Antecedentes personales, etc. No ha tenido padecimiento de ninguna clase hasta la edad de quince años que fué atacado de viruela y de la que conserva aún señales indelebles. A los veinte años una blenorragia con accidentes de orquitis. Declara haber abusado de bebidas alcoholicas.

Es un sugeto de constitución débil, poco desarrollo muscular y de muy escaso panículo adiposo. La causa de su enfermedad es atribuida por el enfermo, al haber dormido sobre un piso de baldoza húmedo; pues al dia siguiente ya sintió pequeños dolores.

Estos fueron agravándose poco á poco hasta hacerse tan intensos, que impidieron al enfermo la continuación de su oficio. Con este motivo resolvió ingresar en el hospital Melchor Romero, el mes de Junio del presente año.

A la inspección, el miembro atacado, que es el iz-

quierdo, no ofrece nada de particular; por la palpación se observa la existencia de tres puntos dolorosos correspondiendo á los focos lumbar, peroneo y plantar externo. Los movimientos del miembro le causaban grandes sufrimientos y la posición del pié, como tambien la marcha, le eran casi imposibles. El signo de *Lasegue* existe muy característico. La aparición de la ciática se hacia por primera vez en este enfermo.

Como acusara una sensación de frio muy intenso en el miembro atacado, se le hizo un vendaje de franela y como medicación interna, se le prescribió la trinitrina á tomar dos cucharadas de la solucióu *Huchard* diarias.

A la tercera toma, se presentaron accidentes de intoxicación bajo forma de gastralgia, malestar general y sensación de quemadura en la garganta; en vista de lo cual, se suspendió el medicamento para volverlo á continuar pocos dias más tarde y en más pequeña dósis. Se administró entonces media cucharada por veinte y cuatro horas, la que fué en lo sucesivo perfectamente tolerada por el enfermo.

Los efectos curativos se manifestaron recien á los trece dias, por la disminución del dolor y la facilidad de los movimientos; que fueron haciéndose más ámplios.

Al final de la tercera semana, pudo ya abandonar el lecho; al mes y medio de haber ingresado al hospital, pidió el alta ya perfectamente curado.

OBSERVACIÓN III

F. G. 69 años, italiano, soltero, sastre.

Antecedentes hereditarios. El padre falleció de una enfermedad que lo hinchó todo y estuvo mucho tiempo en cama. Era ya un hombre de sesenta años. La madre murió cuando él era niño y no sabe de qué.

Tiene un hermano que vive y es sano.

Antecedentes personales, etc. En su infancia tuvo sarampion, á los veinte años un ataque de reumatismo según el médico que en esa época lo asistió. Recuerda que se le hinchó y se le puso dolorosa la rodilla y el cuello del pié del miembro que actualmente padece. Tambien tuvo fiebre, dolor en el hombro derecho y en la cabeza; despues de haber permanecido en cama durante un mes, recien se levantó. Desde entonces ha tenido algunos dolores en el cuerpo pero que no le molestaban mayormente y le permitian trabajar; ha abusado un poco de bebidas alcoholicas. No recuerda haber padecido otra enfermedad, pues algunos dolores de cabeza, resfrios ó desarreglos gástricos, casi no merecen mencionar, se. Hace cinco años empezó á sufrir de unas puntadas en su pierna izquierda, afección de la que padece aún.

Es un sugeto de buena constitución, musculatura desarrollada, bastante panículo adiposo.

Examinando á este enfermo cuando permanece de pié, se aprecia una desviación de su columna vertebral, cuya concavidad se dirige hácia el lado del miembro sano (pierna derecha): se trata como se vé de una escoliosis cruzada tipo *Charcot*.

Los puntos dolorosos bien perceptibles eran el tro canteriano, peroneo y maleolar; existiendo otros, pero sin poderlos localizar con exactitud: cuando se presionaba con los dedos en la dirección del nervio, era posible despertar dolores que eran, es cierto, menos agudos que los ya indicados.

El signo de *Lasegue* se halla de una manera clarísima cuando se examina al enfermo en decúbito dorsal. En una palabra; los síntomas existían y el diagnóstico de ciática del miembro izquierdo no podía presentar dificultades.

Este sugeto había agotado una série de tratamientos sin conseguir otra cosa que mejorías pasageras; últimamente tomaba los baños de mar en Necochea donde se dedicaba á su oficio de sastre.

En Enero del año pasado ingresó al hospital Melchor Romero (servicio del Dr. E. Bejarano) donde se le aplicaron puntas de fuego y al interior ioduro de potasio, lo que produjo algun alivio, sin que el enfermo quedara satisfecho del resultado obtenido.

Se ensayó entónces la trinitrina, también segun la fórmula de *Huchard*, y los progresos que hacía el enfermo en su cura, eran bastantes perceptibles para no

dejar lugar á duda; en efecto, los dolores se fueron atenuando poco á poco, hasta desaparecer en sus focos; la flexión del muslo sobre la pelvis con la pierna en extensión (signo de Lasegue) era soportada y apenas si el enfermo percibía una ligera molestia; su escoliosis existe, pero camina libremente.

Pide el alta en Abril sintiéndose curado y prometiendo volver si la enfermedad le ataca de nuevo.

OBSERVACIÓN IV

R. S. 27 años, italiano, soltero, carpintero.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales, etc:—No recuerda haber sufrido afección alguna hasta hace unos seis años en que le atacó la ciática, su enfermedad actual.

Es un sujeto de nutrición buena, de regular musculatura, poco panículo adiposo.

Como he dicho, data su actual dolencia de seis años atras é hizo su aparición en este enfermo de una manera repentina. Hé aquí su relato: al hacer la limpieza de una jaula una mañana de invierno y hallándose perfectamente sano, sintió un dolor fuertísimo pero pasagero al nivel de la región lumbar del lado derecho. A esta sensación dolorosa tan fugáz, no dió mayor ímportancia: pero á las pocas semanas, reapareció nuevamente con mucha mayor intensidad y persistencia. En vista de esto, recurrió á un facultativo; el que recetó según afirmación del enfermo, antipirina: con la cual obtuvo una notable mejoría.

Así transcurrió mucho tiempo sin que una nueva recidiva apareciera. No obstante, sufría de cuando encuando, especialmente en los dias lluviosos y frios,

pequeños dolores en los mismos puntos que sintió por primera vez la ciática.

En estas condiciones seguía trabajando, cuando, hace proximamente un mes, un dia que se hallaba traspirando mucho después de haber caminado de prisa muchas horas, se aligeró de ropa y se puso á trabajar en su taller. Fué entónces que le acometieron los dolores de súbito y con una intensidad tal, que se vió obligado á guardar cama.

El enfermo permanecía acostado en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha, es decir, la enferma, en flexión sobre el muslo y descansando sobre el miembro sano. El miembro enfermo no ofrecía á la inspección, nada digno de particular mencion.

La palpación era muy dolorosa: especialmente sobre los puntos lumber, gluteo y sacro, señalados por *Valleix*.

El más pequeño movimiento, producia crueles dolores hasta el extremo de provocar vómitos. Como anteriormente la antipirina tuvo éxito, recurrióse á ella; pero esta vez sin conseguirlo. A toda ó la mayor parte de la medicación aconsejada como buena en la neurálgia ciática, le cupo la misma suerte; en virtud de lo cual, se resolvió emplear la trinitrina bajo la forma indicada al hablar del tratamiento; y tomara dos cucharadas de sopa de esa bebida por dia.

Durante las primeras cuarenta y ocho horas, poco ó nada fué el efecto de este medicamento; al tercer día, el dolor era menos violento, los movimientos más fáciles, y si bien es cierto, que una débil presión sobre

los puntos dolorosos ó sus inmediaciones producian mucho dolor,no llegaba hasta el extremo de provocar vómitos como al principio.

Al sexto día, el enfermo sentía apetito: ya le era posible cambiar de posición en el lecho con cierta destreza y pudo conciliar el sueño durante muchas horas. Siguió acentuándose esta mejoría, pero de una manera notable durante el séptimo y octavo, á tal punto, que ya el noveno día pudo abandonar la cama y darse un pequeño paseo por su aposento, con la ayuda de un baston.

Los dolores fueron á su vez disminuyendo y por consiguiente la marcha haciéndose más fácil. A las dos semanas después, es decir, á los veinte y tres días de tratamiento por la trinitrina, el enfermo fué dado de alta completamente curado; habiendo ingerido de dicho medicamento como cantidad total, noventa gotas de la solución alcohólica al uno por ciento.

OBSERVACIÓN V

C. S. 38 años, francés, casado, ingeniero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales, etc:—No ha sufrido enfermedad alguna hasta los veinte y tres años, época en que fué atacado de una fiebre tifoidea bastante intensa. A los tres meses de convalecencia fué á cumplir el servicio militar y enviado al Africa donde tuvo primeramente una disenteria que le duró varios meses, á causa de la cual, quedó muy delicado del vientre y sumamente débil, debido á la dieta rigurosa que se vió obligado á guardar.

Mas tarde, hallándose en Túnez, fué atacado de fiebre palúdica, cuyos accesos febriles se repetían dia por medio y duraron muchísimo tiempo. Hace poco más ó menos once años padeció un reumatismo poliarticular agudo con localización en ambas rodillas y en la articulación del pié izquierdo (tibio tarsiana).

El enfermo es un sugeto bien constituido, de regular musculatura, poco panículo adiposo y de un temperamento sumamente nervioso. El principio de su ciática, que data de diez años atras, la refiere del modo siguiente: teniendo por costumbre lavarse todas las ma-

ñanas en pleno patio y con medio cuerpo descubierto, sintió una de las veces al enderezarse un dolor muy agudo hácia la izquierda de la región lumbar, dolor tan fuerte, que lo obligó á permanecer inclinado durante varios dias. Así continuó algunas semanas, en el transcurso de las cuales, la intensidad del dolor fué disminuyendo, sin desaparecer por completo.

Más tarde fueron apareciendo otros focos dolorosos en la nalga y en el pié, situados precisamente en los puntos gluteo, sacro iliaco y plantar externo, señalados por *Valleix*. En esta circunstancia, el enfermo se vió imposibilitado para desempeñar sus quehaceres, debido á los paroxismos dolorosos que se repetian con frecuencia; y obligado á guardar cama en la que conseguia un descanso relativo.

Todo movimiento, el más ligero contacto, la acción de agacharse ó un acceso de tos, provocaban inmediatamente los paroxismos intensos tan temidos por el enfermo.

Se le prescribió un tratamiento revulsivo al exterior, inyecciones de morfina, é interiormente antipirina. Poco á poco fué desapareciendo su dolencia, aunque no del todo: pero sí lo suficiente para poderse entregar de nuevo á sus ocupaciones, quedando siempre los puntos antes citados algo doloridos y haciéndose especialmente más sensibles en los cambios de temperatura, como tambien toda vez que el enfermo tratara de levantar algun objeto de peso, teniendo su cuerpo inclinado hácia adelante.

Habituado ya á lo relativamente poco molesto de su

enfermedad, continuaba su vida ordinaria hasta que una recidiva más aguda y de mayor duración que las anteriores lo redujo á guardar lecho en un estado de sufrimiento desesperante. El enfermo permanecía en decúbito lateral derecho y con la rodilla fleccionada. La inspección del miembro atacado no denota signo alguno que merezca mencionarse; la palpación es dolorosa en casi todo el miembro, pero especialmente á nivel de los puntos glúteo, sacro-iliaco y plantar externo, donde el más leve contacto produce atroces dolores que se irradian en variadas direcciones.

Toda la medicación usada anteriormente, como ser revulsivos en general, sulfato de quinina, antipirina, morfina, etc. etc., que habían conseguido aliviarlo, no produjeron esta vez, acción benéfica alguna.

Fué en esta circunstancia que llamado el doctor Mariano G. Bejarano, á cuya benevolencia y amabilidad debo la observación de este caso, indicó el tratamiento por la trinitrina, la que no tardó en producir efectos sorprendentes. Se le administró en forma de bebida, es decir, en doscientos gramos de agua treinta gotas de la solución alcoholica de trinitrina al uno por ciento y á tomar una cucharada del tamaño de las de sopa diaria.

Con el propósito de darnos cuenta exacta sobre la acción curativa de este medicamento, se suspendió todo otro, ya fuera de uso externo ó interno; en los tres primeros dias sintió poca mejoria el enfermo, al cuarto por la noche, pudo cambiar de posición y colocarse en decúbito dorsal, aunque con bastante dificultad.

El apetito que hasta entonces había desaparecido volvió de nuevo; permitiéndosele como alimentos leche y caldo. Como se hallara muy constipado de vientre, se le prescribió un purgante.

Al noveno dia los dolores eran mucho menos intensos y la palpación solamente lo provocaba cuando el dedo explorador ejercía presión sobre alguno de los puntos clásicos anteriormente citados.

Al duodécimo dia, el foco plantar externo desapareció, cambiaba de postura con bastante facilidad y movía el miembro atacado sin grandes inconvenientes. Al decimo quinto, pudo permanecer sentado en el lecho durante toda la tarde; al vigésimo primero, se levantó y pudo mediante un baston recorrer las habitaciones de su casa; y al fin de la cuarta semana, el enfermo fué dado de alta, completamente curado.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El edema de las extremidades inferiores en los alienados no depende por regla general de ninguna alteración orgánica en el corazon, hígado ó riñon.

La permanencia en cama, ayudada de baños tibios constituye el mejor tratamiento de la manía aguda.

En la paràlisis general, el primer tratamiento que debe efectuarse fuera del sintomático, es el antisifilítico.

Buenos Aires, Noviembre 14 de 1898

Nómbrase á los señores Académico Dr. José Penna, Profesor Titular Dr. José M. Ramos Mejía y Profesor Suplente Dr. José R. Semprun para que constituidos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Noviembre 20 de 1898

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labraba con motivo de la tésis presentada por el ex alumno Domingo D. Echaniz:

« En el local de la Facultad, á de Noviembre de 1898, reunidos « los que subscriben, encargados de dictaminar respecto de la admisi- « bilidad de la tesis presentada por el ex alumno Domingo D. Echaniz, « que versa sobre «Contribucion al estudio de la ciática y su tratamiento» « resolvieron admitirla, con lo que terminó el acto.

(Firmados:) J. PENNA—J. M. RAMOS MEJÍA,
JOSE R. SEMPRIM.»
Zenon Aguilar, Prosecretario.»
Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Noviembre 26 de 1898.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.