Año 1902 N.° 1257

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIO

SOBRE LA

DIÁSTIDA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS F. VIVANCO

BUENOS AIRES

IMPRENTA "LLOYD ARGENTINO" DE CÁRLOS PARRAL

Cangallo 362

1902

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIO

SOBRE LA

CIÁTICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS F. VIVANCO

BUENOS AIRES
"IMPRENTA LLOYD ARGENTINO" DE CÁRLOS PARRAL
Cangallo 362
1902

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis (Art. 162 del Reglamento de la Facultad).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS 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
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI
» » OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Martín Spuch
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Juan José Naón
Patología General y ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Cárlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» M. González del Solar
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernández
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» Josè Penna
» Quirúrgica	» Julian Aguilar
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
Clínica Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Genito-urinaria (hombres)	» Federico Texo
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
« Quirúrgica	» Alejandro Castro
» Obstétrica	» Elíseo Canton

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistem. aplicada á la Farmacia	Dr. Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Farmacognósia vegetal y animal	» Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia	» Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	» J. Manuel Irizar
Higiene	» Ricardo Schatz
Química Analítica y Toxicológica	» Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	» J. Manuel Irízar

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	Dr. Juan R. Fernández

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. Leon Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Medica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» Nicasio Etchepareborda

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr	D. J. Greenway (en ejerc.)
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Lucio Durañona (en ejercic.) Roberto S. Kolbe
Química aplicadà á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	»	Juan D. Piñero Joaquín López Figueroa
Patología General y ejercicios clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía Marcelo Viñas
Bacteriología		Vacante
Higiene Pública y privada	»	Enrique Revilla (en ejerc.)
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino laringológica	»	Wenceslao Tello Elíseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwel
Patología interna		Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
Clínica Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica		Vacante
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo Enrique Corbellini
» Neurológica	»	José A. Estevez José R. Semprun
» Médica	»	Ricardo Colon
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbiéri
Clínica Quirúrgica	»	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica Médica	»	Julio Méndez Ignacio Allende
Clínica Obstétrica	»	Fanor Velarde
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
» Médica		Vacante
» Génito Uurinaria (hombres)	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistem. aplicada á la Farmacia		Vacante
Química inorgánica aplicada		Vacante
Farmacognósia vegetal y animal	Sr.	Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia.		Vacante
Farmacia Galénica (Técnica farmacéutica)		Vacante
Higiene		Vacante
Química Analítica y Toxicológica		Vacante
Ensayo y determinación de drogas		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Miguel Z. O'Farrell (en ejerc.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirujía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR

DR. MANUEL BLANCAS

Á LA MEMORIA DE MIS PADRES

Á MIS HERMANOS

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Tengo el honor de presentar ante vuestra benevolencia, este modesto estudio sobre la Ciática.

De ninguna manera, me hubiera atrevido á abordarlo, si no hubiera sido la insistencia, con que uno de los profesores de nuestra Escuela, nos indicaba, al lado de un enfermo de Ciática, la necesidad de establecer la Forma Clínica, é instituir un Tratamiento racional y de acción rápida.

Es á este doble objetivo, al que dedicaré, más especialmente mi atención, pero, convencido de que en lo que dejaré sentado, habrá mucho que no es difinitivo, y que mañana, con las evoluciones que sufre la ciencia, esos mismos puntos serán mirados, bajo otros aspectos.

Otro tópico que hubiera deseado tratar, es el de la «Anatomía Patológica» de la Ciática, pero he tropezado

con el inconveniente, de no encontrar ninguna pieza anatómica á mi disposición.

Al abandonar la Escuela, dejo testimonio de mi gratitud, hacia aquellos que fueron mis maestros.

Mi profundo reconocimiento, al Dr. Ayerza de quien durante dos años he recibido enseñanza y sabios consejos, á la cabecera del enfermo.

Mi gratitud á los Dres. Leguizamon, Horacio Piñero, Alurralde y Delio Aguilar, quienes, á más de haberme ilustrado, con sus conocimientos, me han honrado con su amistad.

Y de una manera muy especial, mi cariño y respeto al Dr. Blancas, que me hace el honor de acompañarme en esta última prueba.

INTRODUCCIÓN

No me detengo en hacer la Historia de la Ciática, por que al abrir los capítulos, haré una revista de cada uno de ellos en especial.

Solo quiero, aquí, hacer una descripción de la Anatomía del Nervio.

Como sabemos, este Nervio, es el más voluminoso de la economía y es la rama terminal del Plexo sacro.

Efectivamente, el último par lumbar y los cuatro primeros sacros, saliendo de sus respectivos agujeros de conjugación, se dirigen convergiendo, hacia la gran escotadura Ciática; un poco antes de llegar á este punto, se reunen en un solo tronco, del que emanan varias ramas colaterales (á los órganos genitales á algunos músculos de la pelvis) y un tronco terminal.

Este tronco terminal, es el Nervio Gran Ciático, que se escapa de la pelvis, por la parte inferior de la gran escotadura Ciática, pasando por debajo del músculo piramidal, se coloca luego entre la tuberosidad del Is-

chion y el gran Trocanter y de aquí, se dirije á la parte superior y media del Hueco Poplíteo, donde da sus dos ramas terminales: el *Nervio Ciático Poplíteo Externo y el Nervio Ciático Poplíteo Interno.*

En este largo trayecto, situado entre las masas musculares, da varios filetes colaterales, que inervan el bicepss el semi-tendinoso, el semi-membranoso, el gran abductor y algunos filetes articulares para la rodilla.

El Ciático Poplíteo Externo, atraviesa el hueco poplíteo oblicuamente de arriba á bajo, y de dentro á fuera, llega á la cabeza del peroné, la contornea y se divide en dos ramas terminales, no dando en ese corto trayecto, sino ramas de poca importancia.

De las dos ramas terminales del *Ciático Poplíteo Externo*, una, el *Nérvio músculo-cutáneo*, inerva los dos *músculos Peróneos (largo y corto)* y por fin en el pié las siete primeras colaterales de los dedos, (á veces da las ocho ó las nueve primeras colaterales)

La otra, el *Nervio Tibial Anterior*, se coloca en la región anterior de la pierna, é inerva los cuatro músculos de la región: *Tibial anterior, extensor comun de los dedos, Extensor propio del dedo gordo, y el peróneo anterior.*

En el pié, inerva al *músculo pedio.*

La rama terminal interna del *Gran Ciático* es el Nervio *Ciático Poplíteo Interno.*

Desde el punto de bifurcación, este sigue verticalmente hacia abajo, hacia el anillo del músculo *sóleo*, donde toma el nombre de *Nervio Tibial Posterior.*

Durante ese trayecto á través del hueco poplíteo, da ramas que inervan, á los *gemelos, al sóleo, al plantar*

delgado y al músculo poplíteo. Da á más el *Nervio Safeno Tibial*, que es quien forma las últimas colaterales de los dedos.

El Nervio *Tibial Posterior*, se coloca debajo del *Sóleo*, *separado* unicamente de él, por la aponeurosis tibial media; en el tercio inferior de la pierna, se hace más superficial y se coloca, á lo largo del borde interno del tendón de Aquiles, llegando así hasta el talón. Se mete en la gotera calcánea, donde se divide el *Nervio Plantar Interno y Nervio Plantar Externo*, los cuales, inervan á todos los músculos de la planta.

El *Nervio Tibial Posterior*, en su trayecto por la cara posterior de la pierna, da colaterales, que inervan el músculo *Tibial Posterior, el músculo flexor comun de los dedos y el flexor propio del dedo gordo.*

Esta inervación no solo es motriz, pues se trata de nervios mixtos, que dan tambien sensibilidad á dichas masas musculares.

La piel de la cara externa de la pierna y la del pié, excepto la de su cara interna, tambien depende, de la inervación del ciático.

Las ramas posteriores de los pares sacros, se dirijen hacia atrás y se dividen en ramas, entre las masas musculares, sacro, lumbares á las cuales inervan.

Etiología y Patogenía

Desde que Cotugno, inició el estudio de la Ciática *(Ischias nervosa postica)*, hasta el día de hoy, numerosas han sido las causas, á que se ha atribuido la producción de tal enfermedad.

Su estudio, ha pasado por tres períodos:

El primero iniciado por Cotugno.

El segundo por Louis y Valleix.

Y el tercero por Lasegue y Landouzy.

1.er Período.—Los autores que precedieron, al célebre anatómico napolitano—exepción hecha de Hipócrates, que creyó en la posibilidad de la independencia, de la afección que vamos á estudiar con respecto á la coxalgia—confundian, en una sola descripción, la Ciática con las afecciones inflamatorias, de la articulación coxofemoral.

Cotugno, había afirmado á priori, la independencia de la Ciática, opinión que confirmó, con la autopsia de un primer caso, que siendo portador de una lesión hepá-

tica, tenía una ictericia generalizada. Como encontrara pigmentado el nervio, de la extremidad enferma, (no examinó el del lado opuesto) concluyó, que la tal enfermedad, era ocasionada por la susodicha pigmentación.

Es necesario poner claramente de manifiesto, que aunque Cotugno interpretó, falsamente, los datos recogidos en esa autopsia, evidenció sin embargo, un hecho que él de antemano había afirmado: la Ciática era una entidad mórbida; no dependía del estado de la articulación.

Tiempo despues, constató en una segunda necropsia, que un indivíduo clinicamente Ciático, tenía distendidas por líquido, las vainas del nervio (el creyó fuera líquido céfalo-raquídeo). Con esta observación, confirmó nuevamente, que la Ciática era producida por una lesión material del nervio.

2°. *Período*—Desde Cotugno, hasta Louis y Valleix, los autores aunque estaban convencidos de la entidad mórbida de la Ciática, le atribuían una falsa causa productora.

Con Louis y Valleix, entra en el segundo período: convencidos, de que las lesiones encontradas, por los autores anteriores, eran simples coincidencias y fundándose, en investigaciones particulares, afirmaron que la Ciática, era solo, una *Neuralgia* del nervio del mismo nombre, y dieron en este sentido, nuevo impulso á su estudio.

3°. *Período*—Lasegue habla de Ciática graves y benignas, pero es recién Landouzy, quien con el espíritu de investigación, que le era característico, constató, un he-

cho muy importante; la atrofia rápida, (14 ó 15 dias) que aparecía en algunos casos de Ciática, y concluyó que en tales casos, existía, una lesión inflamatoria del nervio, y creó así, una nueva clase de Ciáticas: *Las neuríticas.*

Desde Landouzy hasta nuestros dias, nuevas adquisiciones se han hecho, pero que, estando estrechamente ligadas á la sintomatología, las enumeraremos en su debido lugar.

Con esta breve reseña histórica, podemos entrar de lleno, al estudio de la etiología y patogenia.

La Ciática, como la mayoría de las enfermedades, tiene causas predisponentes y determinantes.

La Predisposición, actúa de dos maneras: ó bien es hereditaria ó bien es adquirida.

La *predisposición heredada*, desempeña su papel (si bien no tan importante como en otras enfermedades nerviosas): así los neurópatas, (histéricos, neurasténicos), los que presentan debilidad constitucional, (escrofulosos, cloróticos), los artríticos, (reumáticos y gotosos), en una palabra, todos los que tienen una tara congénita, son por esta predisposición heredada, un terreno fértil en Ciáticas.

Predisposición adquirida, existe en los andadores, costureras, (con máquina) etc, es decir, en todos aquellos, á quienes su ocupación, les exige una actividad mayor, de sus miembros inferiores, por aquello que sabemos, que todo órgano, al que se obligue á ejecutar un trabajo desmedido, está en condiciones, tiene derecho, á fatigarse, y crear por lo tanto, un *locus minoris resistenciæ.*

Si al examinar enfermos de Ciática, escudriñamos

sus antecedentes, encontraremos, en la mayoría de ellos la predisposición, bajo una de las formas que acabamos de enumerar; pero sucederá también, que algunas veces tropezaremos con indivíduos fuertes, bien constituidos, en los que la investigación más minuciosa, no nos revela nada, ni de parte de sus antepasados, ni de su existencia anterior.

Es que en ellos, ha habido una causa determinante, bastante intensa para producir por si sola, una afección, en un terreno, que de otra manera hubiera permanecido estéril.

Causas determinantes.—Si variables y numerosas son las causas predisponentes, más aún si cabe, lo son los agentes capaces de provocarla. Los autores no han aclarado aun, muchos puntos de este tópico, por lo que nos limitaremos, á enumerar aquellos factores, generalmente admitidos, y alguno que á pesar de valor discutido, nosotros juzguemos como tales.

En primer término como frecuencia, colocaremos al *frío* y en particular al *frío húmedo.* En nuestras estadísticas de Ciática, observamos que gran parte de esos enfermos, han sentido sus dolencias, después de *un golpe de frío,* que los sorprendió, mientras dormían ó estaban sentados, ó entregados á sus ocupaciones en lugares mal aereados, húmedos ó sombríos.

La manera como actúa el frío, sobre el nervio, para producir la Ciática, aun permanece oscuro. Se habla de congestiones, ó por el contrario, de isquemias del nervio, pero son simples hipótesis, simples presunciones. A pesar de esta ignorancia, no es posible poner en duda

la acción del frío. ¿No lo vemos acaso, actuar sobre la pleura, el riñón y tantos otros órganos, que están profundamente situados? ¿Que tendría de particular entonces, que el Ciático, con su largo trayecto y en algunas partes solo recubierto por los tegumentos, sufriera tambien el contragolpe de su acción?

El *reumatismo* tuvo su época. No habia ciático, al que con insistencia, no se le buscase el reumatismo, entre sus antecedentes. Asi como al reconocer un aneurisma de la aorta, se sospecha enseguida, la existencia de la sífilis, así también, al ver una Ciática, se buscaban las otras manifestaciones de la causa productora, del reumatismo.

Poco á poco, los tiempos fueron cambiando y con ellos el reumatismo hizo su era; después de tantas inculpaciones, se le negó la paternidad casi en absoluto, por algunos autores y otros se la negaron aun hasta para este corto número de casos.

Sin querer hacer de él, lo que los autores de 30 años atrás, sin embargo en algunos casos, en que el enfermo portador de la Ciática, solo manifiesta antecedentes reumáticos, me parece menos laudable, calificarlos de Ciáticas esenciales que de Ciáticas reumáticas. A más, frecuentemente este diagnóstico, recibe su confirmación, al ver la facilidad con que cede al salicilato de sodio.

La *sífilis*, adquiere importancia como agente provocador, gracias á la opinión, de un maestro de tanta autoridad como es Dieulafoy. Hoy se acepta, que puede producir Ciáticas en dos períodos: ó bien, en el período secundario (por la generalización de la infección) ó bien

en el período terciario (indirectamente por gomas y exostosis.)

La *tuberculosis*, produce Ciáticas tambien en dos períodos, al principio, antes de toda manifestación bacilar: (Ciáticas *pretuberculosas)*, y más tarde *(muy raro)* por la presencia de un tubérculo en las vainas del nervio.

Aun, entre los agentes infecciosos, podemos citar al del paludismo, al de la blenorragia y algunos otros, pero su importancia respecto á la frecuencia, está lejos de igualar á los dos primeros.

Al lado de esas Ciáticas de origen infeccioso, colocaremos las traumáticas, es decir aquellas, en que un elemento ageno al nervio, actúa sobre él: ya sea un golpe directo, un verdadero traumatismo, ó simplemente una compresión lenta, pero duradera.

Entre las verdaderamente traumáticas: los golpes sobre las regiones en que el nervio, es más accesible, las heridas del Ciático, por instrumentos cortantes, las esquirlas óseas de una fractura etc.; causas son, capaces de provocarla.

Un bolo fecal de la S iliáca, un útero grávido, un parto distócico, un callo óseo, producen á larga, por la compresión que ejercen sobre el tronco nervioso, una Ciática, cuya naturaleza varia, segun la intensidad y la duración de la compresión.

Entre estas causas mecánicas, diremos así, hay una que es verdaderamente importante; en efecto es muy comun, encontrar *várices* en el nervio, ó contiguas á él.

Quenu, fué quien primeramente, les dió la importan-

cia que merecen y desde entonces ella no ha hecho más que aumentar.

Sin negar que un útero grávido, ó un bolo fecal, pueden actuar sobre el Ciático y producir una neuralgia por compresión, sin embargo, me parece que muchos casos á ellos atribuidos, son originados, por las várices, que engendran al obstaculizar la circulación de retorno.

Para acrecentar, el número de probabilidades acerca de esta argumentación, recordaré que la mayoría de las Ciáticas, de embarazadas que he visto, ó cuyas historias he leido, coexistían con várices externas bastante desarrolladas.

La *histeria* y la *diabetis*, entre sus múltiples manifestaciones, cuentan tambien á la Ciática.

Actualmente se acusa á la Colitis, dispepsias y otras enfermedades, de desarrollo más ó menos lentos, como siendo capaces de provocar *Ciáticas reflejas.*

Por último, aun quedan algunos casos, sin causa aparente, y que los autores, agrupan bajo el nombre de *Ciáticas esenciales.* Antes muy numerosos, hoy su campo está muy restringido, y es de esperar que á medida, que los medios de investigación y los conocimientos de Patología Nerviosa adelanten, se ha de estrechar aun más.

De lo que antecede, es fácil deducir, que las causas infecciosas y traumáticas, son más importantes que cualquiera otra. Ahora bién, como entre el hombre y la mujer, es aquel el que con más frecuencia, se expone á ser alcanzado por ellas, nada más justo, que sea él quién aporte mayor número de Ciáticas.

El máximun de frecuencia, se observa entre 25 y 45 años.

Anatomía Patológica

Desde que se reconoció su entidad mórbida, se trató de darle un nombre, que por si solo, la caracterizara de las otras afecciones, del miembro inferior y se encontró conveniente, el de *neuralgia del nervio Ciático.*

Valleix, en su magistral estudio sobre las Neuralgias, la cuenta como una de ellas y aun de las más importantes, pues, le concede el segundo rango, en el orden de la frecuencia, correspondiendo el primero, á las neuralgias del Trijemino.

Y bien, si fuese verdadera y constantemente, una neuralgia, el microscopio, como sucede en tales casos permanecería mudo y nada nos diría de la Anatomía Patológica de la Ciática. Pero no es así. Al lado de casos, en que el nervio está completamente normal (verdaderas neuralgias), encontramos otros, en que la causa provocadora, es visible, es palpable, está situada en el nervio, ó al lado del nervio. A observadores como Cotugno y Valleix, no podían escapárseles y en sus monogra-

fías, leemos en efecto, casos de edemas, de compresiones óseas, y más aun, Valleix, cita un caso, en que el Ciático engrosado de volumen, se parecía más á un tendón, que á un nervio.

A pesar de estos *hallazgos*, era general la creencia, de que la Ciática era una *neuralgia.*

Lasegue, rompe con la tradición y al clasificar las Ciáticas, en graves y benignas, es el primero que se atreve, á enunciar, la posible dualidad de la Ciática.

Su hipótesis fué aceptada, pero después de él y por algun tiempo, nadie prosiguió sus estudios. Es recién Landouzy, como anteriormente dijimos, quién tuvo el mérito de afirmar y probar que al lado de Ciáticas verdaderamente *neuralgias* (1), había otras, que correspondían á una lesión inflamatoria del nervio, es decir que eran *Neuritis* (2).

1.º En las primeras, dos eventualidades pueden suceder:

(a) El nervio está indemne, los tejidos vecinos son normales, nada explica el dolor: *Ciáticas neuralgicas puras.*

(b) El nervio está sano, pero en un punto de su largo trayecto, se observan várices, un callo óseo ú otro tumor cualquiera, que lo comprime originando asi una *neuralgia por compresión.*

2.º Que esta compresión se prolongue y tenga lugar en un indivíduo con predisposición *adquirida*, (la *hereditaria* no es de tener en cuenta) y ya tenemos factores suficientes para entrar á otro orden de cosas; á la inflamación del nervio, á la *neuritis.*

Estos casos, formarían el pasage, la transición, de la

neuralgia por *compresión* á la *neuritis*, sin embargo, ella no siempre se cumple de la misma manera. Por un mecanismo ignorado aun, la *neuritis*, puede tomar su orígen, en una *Ciática neurálgica pura*, especialmente, cuando esta, es de muy larga duración.

Esas neuritis, no son las más comunes, ó por lo menos las que se diagnotiscan más facilmente, pues su marcha lenta, induce á confundirlas, con las neuralgias, (por lo menos al principio).

Las que se ven con relativa frecuencia, las que el médico tiene ocasión de diagnosticar, son las Ciáticas Neuríticas *primitivas*, aquellas que evolucionan rápidamente.

En estos casos, como en los dos anteriores, las lesiones varían, según sea la intensidad y la duración de la causa que las provoca. Así el microscopio, nos muestra en unos casos, la congestión del nervio, en otras la segmentación de la mielina, del cilinder-axis y la hiperplasía del perineuro, y por último, hasta derrames purulentos se pueden encontrar dentro de las vainas del nervio, por ejemplo en caso de flebitis supurada de las vénulas que de él emanan.

Si el proceso inflamatorio, no es detenido en su marcha invasora, puede llegar hasta la médula y producir allí focos de mielitis.

Ya hemos dicho, que Landouzy, observó también las atrofias musculares. En sus estudios al respecto, encontró dos clases de lesiones:

En unos casos, el músculo, estaba disminuido de volúmen, por la atrofia de sus fibrillas musculares, pero por lo demás, era normal al microscopio.

En otros por el contrario, á la atrofía y desaparición de la fibrilla muscular, acompañaba una hiperplasía del perimisiun.

Las primeras, eran atrofias funcionales, *atrofias simples:* las segundas, eran atrofias tróficas, es decir *distrofias.*

Sintomatología

En este capítulo, solo haremos el estudio de los síntomas de la Ciática en general, reservándonos para más tarde, cuando estudiemos las Formas Clínicas, para hacer el de los de cada una de ellas, en particular.

Para mayor facilidad, vamos á dividirlo, en párrafos, estudiando en cada uno de ellos:

1º. El hábito externo

2º. Trastornos de la sensibilidad

3º. Trastornos vaso-motores y tróficos

4º. Trastornos reflejos en otros órganos y

5º. Estudio de los reflejos

1.º Hábito externo

Al estudiar el hábito externo, los vamos á hacer en un período avanzado de la Ciática, tomando al indivíduo desnudo, en las cuatro posiciones en que es más característico: de pié, en la marcha, sentado y acostado.

En cualquiera de estas cuatro posiciones, que lo estudiemos, supondremos siempre una Ciática Izquierda

(a) De *pié*, el indivíduo cumpliendo así la ley de Babinski (todo Ciático, asienta la planta del pié en el suelo y flexiona el miembro enfermo) apoya las dos plantas en el suelo, á la vez que flexiona la pierna izquierda, sobre el muslo.

La pelvis, está inclinada en el sentido lateral, de manera que su mitad izquierda, está en un plano inclinado, más bajo que su mitad derecha.

Como consecuencia de esta inclinación, tenemos la *Espina Iliaca Antero-superior* del lado izquierdo, más baja que su homóloga del lado opuesto y el *pliegue glúteo*, tambien, más marcado y más bajo que el del lado derecho.

Pero es en el tronco, donde más llama la atención, la posición viciosa que adopta el indivíduo, para amortiguar sus dolencias en la medida de lo posible.

El enfermo, inclina su cuerpo, hacia el lado sano, de manera que al observarlo lo vemos con su hombro derecho, en un plano más bajo que el izquierdo—.Muchas veces, se producen inclinaciones secundarias (en una región superior á la primera) en sentido contrario y aun llega el caso, de existir curvas terciarias, (en sentido contrario á las secundarias) formadas por la región cervical, ó únicamente, por inclinación de la cabeza.

Estas curvas, modifican la inclinación, que hace, un momento señalamos en los hombros.

(b) En la *marcha*, estas posiciones viciosas se exageran así es que el ver caminar á un Ciático es algo que hace sospechar ya, la enfermedad que lleva.

Siempre, con su pierna izquierda en flexión y el cuer-

po inclinado hacia la derecha, el paciente, levanta lentamente el miembro enfermo y sin desflexionarlo, lo coloca en un punto, que está más adelante, que el que ocupa su pierna sana; despues de una corta pausa, levanta rápidamente esta última pierna y separándola poco del suelo, la coloca en la misma línea, ó un poco más adelante que la enferma.

Esta marcha tan difícil, se hace siempre con ayuda de un bastón, y no es raro encontrar enfermos, en que la posición vertical, (de pié ó en marcha) es completamente imposible.

(c) *Sentado*, el enfermo, se recuesta al espaldar de su silla, en la cual apoya unicamente, el glúteo que pertenece á su miembro sano, y solo á costa de sufrimientos lo hace sobre los dos glúteos.

(d) En la *Cama*, adopta el decúbito lateral, (sobre el lado sano), siempre con la pierna enferma flexionada.

Cuando la fatiga le hace adoptar otra posición, toma el decúbito dorsal, ayudándose con una almohada, que coloca en la región sacro-lumbar del lado enfermo.

2.º Trastornos de la sensibilidad

Hay uno entre ellos, que caracteriza la enfermedad y que es el primero en aparecer; me refiero al *dolor*.

Valleix, hizo de él un estudio, magistral y en justicia, juntamente con su nombre, debemos citar á Lasegue y Landouzy.

Como decíamos, es el primer síntoma que aparece. Raramente agudo desde el primer momento, principia generalmente por pequeños dolores, que se hacen sentir,

en los cambios bruscos de posición, al nivel de las crestas sacras, y principalmente en un punto, situado por detrás y por dentro del gran trocanter.

Poco á poco y á partir de este punto, que desde ya llamaremos trocanteriano, el dolor va ganando en extensión, así es, como algunos días después de haber empezado la enfermedad, lo encontramos ocupando ya, todo ó gran parte del recorrido del Nervio Ciático.

A medida que se ha ido generalizando, se ha hecho también más constante, ya no solo es perceptible en los cambios bruscos de posición, sino que aun en reposo aun en la cama, el enfermo es atormentado, por un dolor contínuo y sordo que el más mínimo movimiento lo acrecienta, hasta hacerlo intolerable.

Si en este momento examinamos al enfermo, vemos que al ser interrogado, acerca de cual es el sitio de su dolor, él, por toda respuesta, marca en su miembro enfermo, la línea que une el punto trocanteriano, con el hueco Poplíteo, es decir, marca como pudiera hacerlo, el mejor anatómico, el trayecto del Nervio Ciático.

Esto es lo constante, pero en aquellos casos en que el dolor, muy generalizado alcanza también las ramas del nervio, vemos que el dedo del enfermo, contornea la cabeza del peroné y de allí, se dirige al maléolo externo, es decir, sigue el trayecto del Ciático Poplíteo Externo.

Con una frecuencia mucho menor, el dolor alcanza también el dominio del Ciático Poplíteo Interno.

Refiere el enfermo, que el más mínimo esfuerzo exagera sus dolores constantes; que en esos momentos, en el largo trayecto que señala, hay ciertos puntos, que son

más sensibles que es allí, donde se origina el dolor, y que es de allí, de donde parte bajo la forma de *fulguraciones*, para ocupar el espacio comprendido, entre dos de dichos puntos, ó aún uniéndose á las emanadas de otros de ellos, para recorrer, todo el trayecto del Nervio.

La existencia de estos puntos dolorosos, llamó la atención de Valleix, é hizo un estudio profundo de ellos *(puntos de Valleix)*.

Él cuenta 14. Entre estos no todos son igualmente constantes, por lo que nos limitamos á nombrar los principales: el trocanteriano, el poplíteo, el peróneo y el maleolar externo, luego vienen, los de la cara posterior del muslo y por último los de la cara externa de la pierna.

Estos puntos no solo le dan orígen, si no que cuando el miembro está en inacción, son por decir así los únicos que molestan verdaderamente al enfermo, estando el resto del nervio, sino en calma, por lo menos en un estado de reposo relativo.

De lo que antecede, se podría deducir, que es necesario el esfuerzo, para producir ese dolor intolerable, sin embargo, no es así: Cuando el enfermo, está en inminencia de una *crísis*, una emoción (ó aún sin ella) basta para que estalle. Entonces vemos también, que de los puntos de Valleix, parten fulguraciones dolorosas que recorren al nervio, en toda su extensión. En esta situación el enfermo, es presa de terribles dolores que el reposo no altera en lo más mínimo.

La duración de una crísis, varía desde minutos, hasta muchísimas horas; una vez pasada todo entra en el or-

den anterior; dolor sordo y lento, en todo el nervio, más intenso, en los puntos de Valleix.

A todo este conjunto de síntomas dolorosos, vamos á agregar uno, cuyo conocimiento es de muchísima importancia para llegar al diagnóstico. Me refiero al *síntoma de Lasegue.* Todo el mundo sabe buscarlo.

Se trata, estando el miembro enfermo en extensión, de flexionarlo sobre el tronco, y entonces se ve, que generalmente mucho antes de llegar al ángulo recto, ya el enfermo acusa un dolor intolerable.

La producción de este dolor, se explica fácilmente, por el aumento de tensión, á que se somete el nervio, pues, si en la experiencia, se hace flexionar primeramente la pierna, sobre el muslo y luego este sobre el tronco, casi puede llegar á contacto con la pared del abdomen, sin que el enfermo acuse gran dolor; y es natural, la flexión de la pierna, favorece la relajación del nervio.

En algunos casos, no muy frecuentes en verdad, existen puntos dolorosos, en el otro miembro, puntos cuya naturaleza no está bien explicada. Piorry y Brown Sequard, les han dado el nombre de *Neuralgias reflejas.*

Yacoud el de *Neuralgias propagadas* y Cartaz *Neuralgias por recurrencia.*

Este último nombre, les convendría tal vez, pues hasta cierto punto explicaría el mecanismo de producción de esos dolores.

En esos casos no se trataría de una Neuralgia Ciática, si no del plexo Sacro, que por filetes recurrenciales, se haría sentir en el miembro homólogo.

A más del dolor, existen también como trastornos de la sensiblidad, hiperestesia y más tarde quizá anestesia, sensación de frío ó de calor, fenómenos, que no son constantes ni en su existencia, ni en la extensión que abarcan.

3°. Trastornos vaso-motores y Tróficos

Con frecuencia, al examinar los miembros de un individuo atacado de Ciática, encontramos en ellos, diferencias de coloración y si somos minuciosos, probablemente también de temperatura.

Las primeras, varían desde la rubefacción hasta la palidéz y estos distintos matices de coloración, son extendidos á todo el miembro, á un segmento de él, ó irregularmente repartidos en placas. Su origen está en los trastornos de inervación vascular.

De la misma manera, los cambios de temperatura que demuestra la palpación no son otra cosa que la consecuencia, de las anemias, ó por el contrario de las hiperemias generalizadas ó localizadas.

A lo largo de la cara posterior del muslo, la piel, puede ser el asiento de una forunculosis, hipertriquiasis y últimamente Mr. Hanot, llama la atención sobre el Herpes Zona.

Aunque no son muy frecuentes, estos trastornos tróficos, tienen mucha importancia, como más tarde veremos al tratar de las formas clínicas.

Hay sin embargo uno entre ellos, que es para estable-

cer las formas clínicas, lo que el dolor, para el diagnostico de ciática. Este es la *atrofia*.

En los casos en que es muy exagerada, basta la simple inspección, para darse cuenta de ella, pero cuando está apenas esbozada, hay que palpar y mejor aún, hay que medir los dos miembros.

A este respecto, recordaremos que no es raro encontrar, las dos extremidades inferiores, con el mismo volúmen, pero si investigamos, la parte, que corresponde á cada uno de los elementos que las componen, podrá suceder, que la piel y el tejido celular sub-cutáneo, del lado enfermo, sean más voluminosos que los del lado opuesto, ocultando así, la emaciación del miembro por una atrofia muscular.

Una vez reconocida, no basta, decir, que hay *atrofia*, sino que en la medida de lo posible, hay que determinar de que clase de *atrofia* se trata, es decir, si uno tiene por delante una *atrofia simple*, ó al contrario, una *atrofia* de origen *distrófico* para ello, estudiamos la localización.

¿Se trata de un enflaquecimiento general y con la misma intensidad, en todo el miembro? seguramente es una *atrofia simple*.

¿Es por el contrario, una atrofia localizada á determinados grupos musculares, el resto del miembro estando indemne, ó atrofiado en un grado mucho menor? se sospechará entonces una *distrofia*.

4º. Trastornos de la locomoción

La claudicación es constante. Charcot, diágnostica-

ba una Ciática y aun el miembro en que tenía su asiento, con solo ver marchar al enfermo.

Ya hemos visto como se ejecuta, al estudiar el Hábito Externo.

El principal factor, de esta difícil marcha, es el dolor, aunque en algunos casos, tal vez entre en juego también la impotencia.

Ya sea por impotencia ó por dolor, el enfermo, como hemos visto anteriormente, inclina su cuerpo hacia el lado sano, al mismo tiempo, que para disminuir la tensión del nervio y por lo tanto sus dolores, flexiona la pierna sobre el muslo. A la larga, este hábito engendra posiciones viciosas, tanto del miembro como del tronco: *El acortamiento del miembro y la incurvación del raquis.*

Charcot, fué el primero que se ocupó de la *Escoliosis*, y en una de sus célebres clases, llamaba la atención á sus alumnos, sobre ese hecho, pasado desapercibido hasta entonces; sus trabajos fueron proseguidos y Babinski, Richer, Brissaud y Grasset, las enriquecieron con nuevos elementos.

El mecanismo, de esta común complicación de la Ciática, es el siguiente (para mayor facilidad, supongamos una Ciática izquierda):

Instintivamente, con el objeto de disminuir la presión sobre el miembro enfermo y recargarlo sobre el sano, el paciente ciático, inclina su cuerpo hacia el lado sano produciendo una curva del raquis, en su región lumbar, con concavidad hacia la derecha.

Esta incurvación al principio, es intermitente, vo-

luntaria y poco marcada, pero, poco á poco, la necesidad, la costumbre y un estado particular de los músculos la hacen continua, forzosa y de radio cada vez menor.

Aunque es una posición fatigosa, le ocasiona verdadero alivio en sus dolores, por lo que concluye, por habituarse y aun por abusar de ella, es decir, que continuamente la va exagerando.

Para producirla, pone en juego, la acción de los músculos, de las masas sacro-lumbares del lado derecho.

Al principio, cuando la curva es el efecto de un acto voluntario, esta acción se limita á la simple contracción, pero más tarde, esa tonicidad forzosa y continua, la lleva á ese estado, que Duchenne (de Boulogne) llama *espasmo funcional*, estado, que si no es contractura, es algo muy vecino de ella.

Normalmente, en un hombre que está de pié, con las piernas ligeramente separadas, el centro de gravedad, sigue la línea del eje del tronco y va á caer entre los dos piés, en un punto equidistante de ellos.

Nuestro enfermo, por el hecho de su inclinación, hacia la derecha, ha desplazado su centro de gravedad; ya no cae, en un punto equidistante de los dos piés, sino en uno, que está próximo al derecho.

Mientras esta desviación, no sea muy exajerada y que las molestias que le ocasiona, sean compensadas por el alivio del dolor, todo para aquí; pero que ella aumente por el efecto del espasmo de los musculos, ó cualquiera otra causa y entonces, veremos romperse aquel equilibrio, que el enfermo trata á toda costa de restablecer.

Para ello, dos casos pueden suceder:

1º La Ciática bien tratada, ya no es dolorosa, ó por lo menos no es muy dolorosa; en ese caso, corrige la desviación de su centro de gravedad, corrigiendo la desviación de su raquis.

2º La Ciática, aun es muy dolorosa. En este caso el enfermo, no pretende siquiera, enderezar su primera curva á la derecha, pero como es necesario desplazar el centro de gravedad, lo hace merced, á una curva de compensación superior, dorsal ó dorso, cervical, con concavidad hacia la izquierda.

Por el hecho, de esta curva secundaria, el hombro izquierdo, que estaba más elevado que el derecho, vuelve á ponerse en el mismo nivel y se produce, un acortamiento real y notorio de la estatura del individuo.

Algunos autores citan casos, en que la curva de compensación secundaria, ha sido exagerada, ha ocasionado por consecuencia, un descenso del hombro izquierdo.

Para corregirla, ¿si era dorsal, la curva secundaria (de compensación hacia la izquierda)? produce una tercera curva hacia la derecha, en la región cervical.

¿Por el contrario, la curva secundaria exagerada, está en la región dorso-cervical? para corregirla, el enfermo inclina la cabeza, hacia el lado derecho.

En esto consisten, en general, las desviaciones del raquis en la Ciática.

Anteriormente, al empezar su estudio, dijimos que

era muy común, observarlas en enfermos ciáticos y sin embargo lo más fácil es no verlas.

En efecto, en aquellos casos, en que hay solo una escoliosis lumbar, sin curvas de compensación, en que hay desviación en masa del tronco, basta hacer desnudar al enfermo, para que el menos competente, se de cuenta de su existencia.

Pero, que la desviación sea pequeña, ó que la desviación en masa desaparezca, por la curva de compensación y entonces fácilmente pasa desapercibida.

Para evitar este error, Richer aconseja: medir en la dirección de la línea axilar anterior, la distancia, entre el reborde costal y la cresta iliaca, de ambos lados. La comparación, de las medidas así obtenidas, muestra que del lado sano, esta distancia es menor.

Richer, que es como dijimos, quien indica este procedimiento, llama á la distancia costo iliaca *altura del flanco.*

Una consecuencia, de la inclinación del tronco, son los pliegues, que se producen en los tegumentos del flanco, del lado sano; en el lado enfermo por el contrario son lisos y tensos.

El acortamiento del miembro, es como ya dijimos, otro resultado inmediato, del agente dolor.

He aquí como se produce, (siempre imaginamos la Ciática del lado izquierdo):

En el párrafo *dolor*, dejamos sentado que la tensión del nervio, lo exageraba; nada más fácil pues, que tratar de calmarlo, relajando el nervio Ciático. En efec-

to, instintivamente el enfermo, para conseguir ese resultado, flexiona la pierna sobre el muslo.

La marcha en esta posición, es muy difícil, pues la pierna flexionada, es más corta que la sana, que está en extensión.

Para remediar este acortamiento, el enfermo pone el pié en extensión.

Empieza á caminar así, pero poco á poco, sobreviene la fatiga de los muslos extensores del pié, y entonces paulatinamente, desciende la planta, cuyo resultado próximo es acortar nuevamente el miembro.

Como es necesario marchar y marchar con la pierna flexionada, ya que el pié en extensión, no basta para reemplazar el acortamiento, echa mano de un último recurso: *inclina la pelvis*. Para esto, la hace girar al rededor de su eje antero-posterior, de manera que la espina iliaca antero superior del lado izquierdo se situa, en un plano, más bajo que su homóloga del lado opuesto.

Gracias á esta nueva posición viciosa, la marcha se hace menos penosa y más fácil, por el hecho de anular, el acortamiento real del miembro enfermo.

Hoy, al hablar de la medida de la altura del flanco, por el método de Richer, no señalamos un error, que ahora que hemos estudiado el acortamiento del miembro, estamos en condiciones de poner en evidencia.

En efecto, el acortamiento que Richer encontraba, en la *altura del flanco* del lado sano, no es el resultado de la *Escoliosis*, sino del movimiento, no solo del reborde costal hacia abajo, (por el hecho de la esco-

liosis) sino también de la cresta iliaca, hacia arriba, (efecto de la inclinación de la pelvis).

En el lado enfermo, los mismos movimientos, pero en sentido contrario, tienden, á alejar los dos puntos de mira.

Resulta pues, de este movimiento combinado, un error. La *altura del flanco* de Richer, sirve para demostrar la *existencia* de un *desplazamiento,* pero de *ninguna manera*, para demostrar el *grado de la escoliosis.*

Para que la medida de Richer, sea exacta, es necesario descontar de ella, el acortamiento de la *altura del flanco* del lado sano y el aumento de la misma medida en el lado enfermo, *ocasionado por la inclinación de la pelvis.*

Ahora bien, en cada uno de los flancos, este error es igual al acortamiento del miembro enfermo.

Es fácil entonces, encontrar el verdadero acortamiento de la *altura del flanco*; basta para ello, quitar de la medida de Richer, el doble del acortamiento del miembro enfermo.

El acortamiento, que aun resulta en el flanco sano, ese sí, es quien pone en evidencia, la existencia de una escoliosis y da también el grado de ella.

Como consecuencia de esta inclinación de la pelvis tenemos un descenso del pliegue glúteo, del lado enfermo.

5°. Trastornos reflejos en otros órganos

Los que más comunmente se observan, son la *Poliuria y la glicosuria.*

El aumento de la cantidad de *orina*, era considerado como el efecto de un reflejo, que teniendo su origen en el Ciático, actuaba directamente sobre el riñón, hasta que Debove le dió esta otra interpretación.

A causa del dolor, por vía refleja, se produce un espasmo de los pequeños vasos, cuyo resultado, es el aumento de la tensión sanguínea y secundariamente la poliuria.

Muy comunmente se observa en el momento de las crísis, lo que parece justificar, la interpretación de Debove.

La *Glicosuria* también puede ser un acto reflejo, cuyo origen está en una Ciática.

Sin embargo, como la Ciática puede ser una consecuencia de la *diabetis*, se tratará en los casos en que coexistan, de establecer las partes que á cada una de ellas les corresponde, evitando así, tomar la causa como efecto y recíprocamente.

La Ciática, puede ocasionar glicosuria, pero no *diabetis*.

6º. Estado de los reflejos

Este es un punto, sobre el que mucho se ha discutido, sin que hasta el día de hoy, se hayan puestos de acuerdo, los que de él se han ocupado.

Por el momento, solo diremos que tanto el reflejo rotuliano, como el del Tendón de Aquiles, pueden estar exagerados ó normales ó disminuidos.

Otro tema también discutido y mal estudiado, es el estado de la *reacción eléctrica*.

Investigadores hay, que la han encontrado normal.

Otros por el contrario, con mucha frecuencia disminuida; entre estos, hay algunos y Eulemburg á su cabeza, que han encontrado hasta la reacción de degeneración de Erb.

Por mi parte diré, que en los casos que hemos examinado con el Dr. Alurralde, y en los que de la Estadística de la Sala de Electricidad del Hospital de Clínicas él, ha tenido la amabilidad de proporcionarme, solo hemos encontrado la excitación Farádica disminuida, aun muy disminuida pero nunca ha faltado. Jamás se nos ha presentado la reacción de degeneración.

En algunos casos solo está retardada, en los otros está normal.

Formas clínicas

Ya diimos que hasta Landouzy, no se hablaba más que de Neuralgias Ciáticas. Que este, basándose en las atrofias, separó de ellas las Neuritis.

Charcot, más tarde, estudiando la reacción electromuscular, encontró que los casos clasificados por Landouzy, de Ciáticas Neuríticas, la presentaban modificada, como á priori, había supuesto, confirmando así con su opinión, la ya autorizada de Landouzy.

Aunque en muchos casos, el diagnóstico de la forma Clínica, sea fácil de hacer, en otros por desgracia también en número crecido, el cuadro sintomático es vago y puede inducir á errores.

Con esta salvedad, vamos á tratar en la medida de lo posible, de dar los carácteres propios, á cada una de las modalidades de la Ciática.

Ciática neurálgica

Un individuo hasta entonces sano, (tal vez dando

una neurálgia facial ó intercostal, entre sus antecedentes) en medio quizás de sus ocupaciones, se siente de pronto sorprendido por dolores á lo largo del Ciático.

Ese dolor brusco, que aparece como primer síntoma, reviste los caracteres de los dolores neurálgicos: es lancinante, pungitivo con fulguraciones.

Los puntos de Valleix, son bien marcados, el enfermo los señala con la punta del dedo, son bien circunscriptos. El dolor toma origen en ellos y luego se irradia, á una mayor ó menor extensión, del trayecto recorrido, por el Nervio Ciático.

Los segmentos de Nervio, comprendidos entre los puntos de Valleix, son poco dolorosos fuera de la crísis, pero por desgracia estas estallan con frecuencia, muchas veces expontáneamente, por más cuidado que el enfermo ponga en prevenirlas.

Las remisiones y exacervaciones, son la característica de esta Ciática: es decir: que el dolor no es continuo en cuanto á la intensidad, habiendo momentos en que es intolerable—*crísis*—y otros por el contrario, en que á penas es notado, solo al nivel de los puntos de Valleix.

El reposo ó una posición cómoda del miembro, lo disminuyen, lo hacen hasta desaparecer á veces, pero un movimiento, una emoción, lo despiertan de nuevo.

La presión metódica y contínua en un punto, alivia el dolor.

La palpación en los lugares en que el nervio es accesible, no descubre aumento de volúmen.

Las *recidivas* son frecuentes.

Las *atrofias*, aparecen aquí tardiamente, después de algunos meses de cama; son generalizadas á todo el miembro; son funcionales.

Los reflejos rotulianos y del Tendón de Aquiles, están por lo común normales, sin embargo en algunos casos, en las Ciáticas Neurálgicas muy dolorosas, pueden estar exageradas.

La excitabilidad eléctrica está normal.

Ciática neurítica

No son ya, los fenómenos dolorosos los que abren la escena. El futuro paciente, al principio, lenta é insidiosamente, siente á lo largo de uno de sus miembros inferiores, hormigueos, picoteos, endormecimiento y poco á poco dolores, pero tan leves que no le impiden dedicarse á sus ocupaciones.

Después de algunos días ó semanas, sobrevienen sus fenómenos agudos, que son recién los que lo llevan al Hospital. Allí, se queja de dolores gravativos, lancinantes extendidos, no ya, á ciertos puntos como en la forma Neurálgica, sino á gran parte del trayecto del nervio.

Este dolor es contínuo, en cualquier posición el enfermo tiene conciencia de su mal.

La presión lo exagera y según Landouzy, por la palpación, es posible encontrar el nervio engrosado.

Estos síntomas (á excepción de este último, que en caso de existir es de valor) la mayor parte de ellos sujetivos, no son de gran importancia, pues dependen de la ilustra-

ción y del estado del enfermo, de manera que si solo en ellos fundáramos nuestro diagnóstico, equivocaríamos con mucha frecuencia.

Pero, al lado de ellos, tenemos también síntomas objetivos de valor menos dudoso; es por estos, que un médico hábil, puede aun en casos difíciles, descubrir la verdadera naturaleza, de la afección que tiene por delante.

El exámen, primeramente debe llevarse, sobre la cara posterior del muslo, donde tal vez se pueda constatar, la *hipertriquiasis,* la *forunculosis,* un *herpes zona* ó simplemente un espesamiento de la piel.

La falta de estos síntomas tróficos, no tiene importancia y solo exije del médico, más atención en la prosecución de su exámen. Su presencia es por el contrario, de gran valor: inclina la balanza, en favor de la Neuritis.

Inmediatamente se pasará á examinar, la cará anterior, el estado de la fuerza en los distintos grupos musculares y sobre todo como anteriormente dijimos, las atrofias y sus localizaciones.

Sabemos ya que en general, la Ciática Neurálgica trae *atrofias extendidas*, y la Neurítica *distrofias* rápidas y locales. Sin embargo hay que tener presente, que la existencia de estas últimas, no excluye á las *atrofias-simples*, *funcionales*, antes por el contrario, el miembro está emaciado en general, pero en los puntos en que tienen su asiento las distrofias, esta emaciación es mayor.

De aquí que en muchos casos, no sea fácil descubrirlas y que el cuidado que se pone en buscarlas, nunca sea exagerado.

La localización no se hace indiferentemente á cualquier región.

Las atrofias de la Ciática Neurática, alcanzan principalmente, el territorio del Nervio Ciático Poplíteo Externo.

Los Médicos parteros, constatan con alguna frecuencia esta localización y la explican: ya sea por compresión, durante el parto, de los filetes nerviosos, que después de perderse en el tronco del Gran Ciático van á formar el Nervio Ciático Poplíteo Externo (teoría de Lefebvre) ó bien por compresión del mismo Ciático Poplíteo Externo que por una división *anómala*, está ya separado del Ciático Poplíteo Interno, dentro de la pelvis (teoría de Brivois).

Fuera de estos casos, de Ciática por compresión intrapelviana, la localización de las atrófias al nivel del dominio del Ciático Poplíteo Externo son de común observación.

¿En virtud de que ley se hace esta localización?

Por el momento, es difícil responder de una manera cierta.

Contrariamente á lo que sucede en la Ciática Neurálgica, la exploración sistemática de la excitabilidad neuro muscular, ha demostrado que está disminuida, en los casos que hemos observado con el Dr. Alurralde.

Ciáticas Espasmódicas
(de Brissaud)

Brissaud ha descrito una forma curiosa de Ciático: La C. Espasmódica.

Bajo esta designación, el autor Francés y muchos otros después de él, han denominado aquellos casos, en que á la sintomatología de neuralgia de un *miembro inferior* vá aparejada, una neuralgia de la región de los *lomos* del mismo lado, con un estado *espástico* de los músculos de ambas regiones.

Como se vé, es algo más que una Neuralgia, del Nervio Ciático, pues su asiento, corresponde exactamente al territorio de inervación del plexo Sacro.

El hecho, de la participación al dolor y al espasmo, de las regiones homólogas del lado opuesto, abogan en favor del Plexo y no del Nervio.

En honor á Brissaud, dejaremos constancia de que, aunque fué él, quien dió el nombre que lleva á la afección que nos ocupa, reconoció sin embargo, que se trataba no del Nervio, sino del Plexo. Si á pesar de ello insistió en llamarle Ciática, sería tal vez por ser el Ciático el tronco más voluminoso que de él emana, y porque los síntomas de Ciática aún que enmascarados son los que dominan.

La existencia de *verdaderas Ciáticas espasmódicas*, no puede ser puesta en duda: en efecto, en la historia de la Ciática, se refieren casos, en que á los trastornos *neurálgicos* ó *neuríticos* del *Nervio Ciático*, se unía un estado espástico, de los músculos por él inervados.

Sin embargo no es á ellas, á quienes se refiere Brissaud, en su descripción, pues para entrar en el cuadro sintomático que describe el autor Francés, les falta la *escoliosis homóloga*.

La Ciática espasmódica de Brissaud es *Neurálgica* ó *Neurítica*.

Nos abstenemos de hacer la descripción de cada una de ellas, porque tendríamos que repetir en gran parte, lo que ya hemos dicho á propósito de las formas Neurítica y Neurálgica de la Ciática verdadera, únicamente en la forma espasmódica, esos síntomas son más extendidos,

Se los encuentra en los órganos genitales, en la cara anterior del muslo (participación del Nervio Crural del Plexo Lumbar) y en el flanco del lado enfermo.

Sin embargo, esta sintomatología tan extendida, preocupa más bien al enfermo, pero lo que llama verdaderamente la atención del médico, es el estado de los músculos y por su causa, la posición del enfermo.

El miembro atacado, está en semiflexión y casi rigido, sucede el caso que sobre la piel se ven las masas musculares, con sus contornos netamente limitados,

Los reflejos están *exagerados* y completando así el cuadro espasmódico, también encontramos la trepidación epiléptoidea del pié, á veces espontánea.

Aunque con mucha menor intensidad, estos síntomas. aparecen también en el miembro homólogo

Como las masas lombares del lado enfermo, también están en contractura, el raquis, presenta una escoliosis con *concavidad* dirigida, hacia *dicho lado enfermo.*

La marcha en estos indivíduos es sumamente difícil, tanto por el espasmo de los músculos, como por el dolor ocasionado por la presión del tronco sobre el miembro enfermo.

Formas Clínicas

Según el orígen etiológico

Muchos autores se basan en la *etiología*, para establecer las Formas Clínicas y hablan así de Ciáticas *sifilítica, palúdica; blenorrágica, diabética histérica, varicosa etc.*

Esta clasificación es importantísima y así como la anterior sirve para establecer el pronóstico, esta sería el primer factor, para hacer un tratamiento racional.

Pero por desgracia, estas Ciáticas no tienen, puede decirse, una sintomatología propia, capaz de caracterizarlas por si sola.

Así es que para hacer este diagnóstico el médico debe basarse en los antecedentes del enfermo, en el terreno en que la Ciática se ha desarrollado.

Debemos tener presente esto: cuando querramos hacer un tratamiento conveniente dirijámosnos contra el *agente provocador* y no contra la Ciática que no es más que su producción.

Diagnóstico

Es en general fácil: el enfermo marca en su muslo, el trayecto del Ciático, al señalar el sitio de su dolor.

A más el principio de la enfermedad, el signo de Lasegue, la existencia de puntos de Valleix y la escoliosis, son datos de primer orden.

El diagnóstico de las Formas Clínicas, Neurálgica, Neurítica ó espasmódica, podrá generalmente hacerse, basándose en los síntomas que consignamos al tratar de ellas.

Ya indicamos la manera de hacer el diagnóstico etiológico.

En general no es fácil confundir, la Ciática con las otras afecciones del miembro y solo en aquellos casos que presentan una sintomatología incompleta, es necesario hacer diagnóstico diferencial.

Haremos de él una lijera revista:

La *Coxalgia*, es aún en efecto fuente de error; dolor en

la articulación coxo-femoral, pero extendido tal vez hasta la rodilla, quizá escoliosis, marcha especial (casi igual á la de de un Ciático) acortamiento del miembro, es decir á primera vista síntomas comunes á la Ciática.

A poco examinar sin embargo podemos ya hacer la parte de cada una de ellas:

El dolor de la coxalgia tiene su máximun en la articulación coxo-femoral ó tal vez en la rodilla y no hay puntos de Valleix.

No existe síntoma de Lasegue, en cambio estando el enfermo acostado, los choques sobre el talon exasperan los dolores articulares.

El acortamiento del miembro se produce por un mecanismo completamente distinto: en la coxalgia por rotación del miembro, en la Ciática por flexión; la *ensellure* tan constante en la inflamación de la articulación, es rara en la Ciática.

El comienzo de una es lento, el de la otra agudo.

A pesar de todo no olvidemos que con frecuencia la coxalgia ocasiona por vecindad Ciáticas secundarias, cuya naturaleza no es difícil despistar.

Por último la Coxalgia es de los niños y la Ciática de los adultos.

En el *Reumatismo muscular* son las masas musculares las dolorosas; la presión de ellas lo exagera. Por lo demás ausencia de todo otro síntoma de Ciática.

Los *dolores osteócopos* de la sífilis tienen sus caracteres propios: son profundos generalmente nocturnos y no presentan ni escoliosis, ni síntoma de Lasegue etc.

La *Tarsalgia* y en general todas las afecciones *dolo-*

rosas del pié traen la fiexion de la pierna y quizá escoliosis, pero el muslo no es doloroso, ni puntos de Valleix etc.

La *paraplegia* de origen medular pudiera confundirse con una Ciática doble, pero aquella rara vez es dolorosa, no trae atrofias musculares y es generalmente acompañada de trastornos de los exfineteres.

Pronóstico

De una manera general, diremos que se trata de una afección destinada á curarse, merced á los numerosos medios que existen para combatirla.

Si se deja abandonada á si misma, alcanza su acmé, en un tiempo más ó menos largo, y pasa después, á la cronicidad, en la mayoría de los casos trayendo las atrofias y escoliosis que le son características.

Tratada ó no la forma Neurítica es por lo común de más larga duración, la Neurálgica por el contrario es más corta pero está sujeta á recidivar con más frecuencia.

De las consecuencias de la Ciática, la atrofia es la que merece mayor atención, por los trastornos que tardiamente puede ocasionar. Por suerte para el enfermo, está destinada á desaparecer con un tratamiento conveniente; en un tiempo relativamente corto las atrofias puras, más tarde las distrofias (aunque algunos lo han creido, estas nunca son perpétuas, lo que sucedería si el nervio fuera totalmente destruido.)

La excoliosis, tambien se corrige cuando pasa el período doloroso, sin embargo, no se puede hacer esta declaración en absoluto, pues en los casos de muy larga duración, se pueden producir retracciones tendinosas, que mantienen incorregibles las desviaciones del raquis.

Tratamiento

Fuera de toda duda, es este el capítulo más largo de cuantos se han escrito sobre la Ciática. Desde el tiempo de Cotugno, hasta la fecha, han desfilado un sinnúmero de tratamientos más ó menos lógicos y eficaces.

El número de ellos como decíamos, es inmenso, cada médico tiene el suyo favorito; para citar el extremo á que se ha llegado, recordemos al médico aquél que decía á sus colegas:

«*Cuando hayais recorrido sin resultado, el arsenal de medicamentos de que disponeis, no perdais la esperanza, recordad que aún os queda uno, recordad que uno, la música, ha dado siempre excelentes resultados en el tratamiento de la Ciática*».

Siempre que sea posible, el tratamiento dejará de ser sintomático para dirijirlo directamente contra la causa.

A este particular diremos algunas palabras

La *Ciática sifilítica*, es en cuanto á la curación, casi indiferente, á cualquier tratamiento, que no tenga por base

al mercurio. En cambio bajo la acción de este, desaparece rápidamente.

Inyecciones de Biioduro de mercurio.

La *Histérica* pasible de cualquier tratamiento, cede solo á la *sugestión* en algunos casos.

La *palúdica* como todas las manifestaciones de esta infección, encuentra su específico, en la quinina.

Inyecciones de Bicloruro de quinina.

La *Ciática varicosa* inmediatamente de diagnosticada, debe ser tratada, usando una media elástica, ó extirpando las venas del nervio. Quenú ligaba los paquetes más gruesos. Gerard Marchand puso en uso el *hersage* es decir la dilaceración del nervio, con lo que obtuvo, así como Quenú con su tratamiento, resultados muy favorables á esta clase de intervenciones.

La *Ciática reumática*, cede fácilmente al salicilato de soda.

Cuando se constata una articulación enferma, un callo oseo, ú otro tumor cualquiera, el tratamiento no debe dirigirse á la Ciática sino directamente sobre aquellos.

Para las Ciáticas, de una etiología distinta de las que ya hemos mencionado, indicaremos una serie de tratamientos, todos los cuales son alabados por los profesionales que los han puesto en uso.

Los de uso más antíguo han sido los *revulsivos*: cauterizaciones igneas, con ácidos (en especial ácido clorhídrico Salieges) á lo largo del nervio.

La *revulsión*, se ha hecho también en el talón y á título histórico, recordaremos á la del lóbulo de la oreja.

En otro grupo colocaremos á los *Analgésicos*:

Antipirina de 1 á 3 grs. diarios.

La morfina, el agua salada, y el ácido fénico en inyecciones hipodérmicas y aun intranerviosas.

La suspensión, hoy poco usada.

Los baños son aconsejados por muchos autores, bajo la forma de baños de vapor, sulfurosos y terebentinados. Esta última sustancia, se ha usado tambié nal interior, á la dosis de 10 á 12 grs. en cápsulas.

Hoy es de uso corriente, la revulsión por el cloruro de etilo, á lo largo del trayecto del nervio.

Como tratamientos particulares, citaré los siguientes:

Negro (de Turin) con muy buenos resultados, ha puesto en uso, la *compresión digital* prolongada, sobre los principales puntos dolorosos (en la C. Neurálgica.)

El Dr. Sudnik, en la sala de electricidad de nuestro Hospital de Clínicas, patrocina un tratamiento que le es propio *La cataforesis á cloruro de zinc.*

Los resultados así obtenidos, son por mucho superiores á los de la electrización sola, cualquiera que sea la forma usada.

En el servicio del Dr. Sudnik, el tratamiento de la Ciática, se hace exclusivamente por la cataforesis á cloruro de zinc con resultados inmejorables.

De la estadística allí llevada, hemos sacado al acaso los meses de Octubre y Noviembre de 1901. En ellos han sido tratados 14 casos de Ciática entre ellos, neurálgicas neuríticas y espasmódicas.

De esos 14 casos, 11 han sido curados, en un tiempo que varía de 9 días á 2 meses y medio; 2 mejoraron, pero desaparecieron del consultorio, sin poderse com-

probar su curación y el último, resistió al tratamiento durante 17 dias y al no encontrar mejoría tampoco volvió al consultorio.

Después de haber hecho esta ligera revista, de los tratamientos mas usados para curar la Ciática, quiero ocuparme con mas detención, de dos de ellos, que á mi concepto, son los que merecen la preferencia:

Las inyecciones hipodérmicas de Yctiol y las intrarraquideas de clorhidrato de cocaina.

Las primeras fueron usadas (creo que con derecho de prioridad entre nosotros) en la Sala IV del Hospital de Clínicas, con un resultado, óptimo, en las Ciáticas de orígen neurálgico y no tan rápido, en las de orígen neurítico.

El método que se sigue, es muy sencillo: una inyección hipodérmica de 2 cgrs. de Ictiol, usando como vehículo el agua debidamente esterilizada.

El lugar de elección, para la inyección es la region glútea del miembro enfermo.

Si la mejoría no se hace sentir, á medida de los deseos del médico, no hay inconveniente, en aumentar la dosis á 3 ó 4 cgrs. de substancia activa.

Al mismo tiempo que se hace el tratamiento por inyecciones, es de utilidad pintar el muslo, á lo largo del nervio, con una solución acuosa ó en aceite de Olivas de Ictiol al 1 ó 2 %.

El otro tratamiento de que hago referencia, es el de *inyecciones intrarraquideas de clorhidrato de cocaina.*

Encuentra su indicación en toda ciática que sea rebelde á los tratamientos mencionados mas arriba.

Puesto en uso hace pocos años entre nosotros, hoy es el tratamiento indicado, en muchos de los servicios de nuestros hospitales, lo cual es un testimonio de su utilidad.

Actualmente su técnica se ha divulgado: consiste en introducir en el espacio intra-dural, de la sección inferior del canal raquídeo, una solución de *clorhidrato de cocaina* cuyo título es por lo común el 5 °/oo.

El lugar de elección para introducir la aguja es el espacio que separa la 4.ª de la 5.ª vértebra lumbar.

La cantidad de solución de cocaina empleada, varía entre 1 y 2 cents.; ya dijimos que el título de esta solución, es el 5 °/oo.

Antes de inyectar esta cantidad de medicamento, es conveniente, dejar escurrir por la aguja 4 ó 5 cms. de líquido céfalo-raquídeo.

No es raro observar después de esta medicación, algunos accidentes de cocainismo, (cefalalgia, vómitos etc.) pero que no duran por lo común mas de 24 horas y que son sin importancia, si comparan con el alivio que rápidamente siente el enfermo en sus dolores.

Es conveniente dejar transcurrir entre dos inyecciones 20 ó 25 días.

La escoliosis y las atrofias sacarán provecho del masaje y la electrización bajo la forma de corrientes contínuas.

CÁRLOS F. VIVANCO.

Buenos Aires, Julio 18 de 1902.

Nómbrase á los Señores Académicos Dr. Jacob de Tezanos Pinto, Profesor Titular Dr. Francisco A. Sicardi y Profesor Suplente Dr. Ricardo Colón para que constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis. *Uballes.—Zenon Aguilar.*

Buenos Aires, Julio 28 de 1902.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Sr. Cárlos F. Vivanco.

« En el local de la Facultad á 26 de Julio de 1902, reunida la comisión que suscribe encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis del ex-alumno Señor Cárlos F. Vivanco que versa sobre «Ciática», resolvió admitirla.—Con lo que terminó el acto. (Firmado) *J. de T. Pinto.—Francisco A. Sicardi.—R. Colón.—C. Robertson*, Pro-Secsetario.

ZENÓN AGUILAR.

Buenos Aires, Julio 28 de 1902.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría, el día en que haya de ser sostenida.—*Uballes.—Zenón Aguilar.*

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La asociación del Licor de Fowler y la Hiosciamina aventaja á cualquier otro tratamiento en la Corea de Sydenhan.

II

En la Epilepsia esencial debe hacerse el trataniento de Gilles de la Tourette.

III

Necesidad de establecer entre nosotros una reglamentación para la alimentación mercenaria en los niños.

BIBLIOGRAFIA

LANDOUZY—Archivos generales de Medicina 1864-1875.
» —Revista Mensual 1878
BRISSAUD—Archivo de Neurologia 1890.
GRASSET—Enfermedades del sistema nervioso.
HANOT—Archivos generales de Medicina 1887.
BABINSKI— Id. id. de Neurologia 1888.
ACHARD—Gaceta de los Hospitales 1892.
CHARCOT—Clínica de enfermedades nerviosas 1882.
VALLEIX—Tratado sobre neuralgias.
GUINON Y PARMENTIER—Archivos de Neurologia 1890.
DIEULAFOY—Clínica Médica 1898.
LEFEBVRE—Paralisis traumáticas de los miembros inferiores, Tesis de Paris de 1876.
BRIVOIS—Paralisis traumáticas de los miembros inferiores consecutivas á partos laboriosos. Tesis de Paris de 1876.