

se habían hallado. A ser posible debe investigarse en el contenido duodenal.

Los demás síntomas sólo por una casualidad nos pueden poner sobre la pista de la enfermedad; lo frecuente es, como se observa en la mayoría de los casos, que hayan conducido a los más diversos diagnósticos y que sólo la intervención quirúrgica o la necropsia la hayan puesto de relieve.

Es interesantísimo ver cómo se ha llegado al diagnóstico en algunos casos. Nada más instructivo que la historia de las "tres amigas" descrita por D'ALLAINES, LAVIER y GANDRILLE. Cómo una intervención por colelitiasis descubre una distomatosis ignorada durante nueve años; pero lo más interesante es la carambola que resulta de ese descubrimiento y es, a saber, que dos amigas suyas que se infestaron a la par que ella en unas desdichadas vacaciones y que durante nueve años tampoco se supo qué era lo que padecían, se pudo, al fin, saberlo al encontrar huevos de distoma en sus heces. Una de estas enfermas también fué laparotomizada ante la sospecha de un absceso, que al no ser hallado dejó en el misterio el origen de su enfermedad. A la vista de estos casos se piensa que es muy posible que circulen muchos casos sin diagnosticar.

BRUMPT y LAVIER han demostrado que los berros procedentes de terrenos donde pacen cordeos — huéspedes habituales de las duelas — son el vehículo más corriente de infestación. En nuestro caso este dato etiológico se pudo demostrar con rapidez, pues de una manera casi espontánea este muchacho dijo que comía berros de un prado frecuentado por carneros. En forma de quistes, procedentes del huésped intermediario, las cercarias se fijan en los vegetales. Cuando son ingeridos salen de su envoltura en el estómago y atravesando el tubo digestivo caen en la cavidad peritoneal llegando al hígado, penetran en él atravesando la cápsula de Glisson. El desarrollo del parásito pasa por dos

fases: una embrionaria, de localización propiamente parenquimatosa, y en la cual se asiste al desarrollo de un cuadro toxinfeccioso con gran eosinofilia y negativo coprológico; la segunda fase es cuando el parásito llega a ser adulto y entonces se aloja en las vías biliares, dando lugar a un cuadro de obstrucción biliar de mayor o menor intensidad y alrededor del cual gira la sintomatología del enfermo, muy poco precisa por cierto, pero que en cambio por el hallazgo decisivo de los huevos en el jugo duodenal o en las heces se puede llegar, con facilidad, al diagnóstico etiológico.

Creemos de un gran interés llamar la atención sobre este parasitismo, porque estamos persuadidos de que debe ser más frecuente de lo que parece si se tiene en cuenta lo extendida que está la epizootia. Es posible que la infestación humana sea rara, pero es evidente que su sintomatología tan poco característica pueda ser la causa de que no se diagnostique. Pudiera suceder que se repita lo acaecido con el Kala-azar, que de una enfermedad rara ha pasado a ser una enfermedad en la que hay que pensar en ella con más frecuencia.

RESUMEN

Se comunica un caso de distomatosis hepática en un muchacho de 14 años que reside en Sevilla, cuyo diagnóstico ha sido hecho por comprobación de huevos en las heces, habiendo servido de sospecha la fuerte eosinofilia que presentaba. Se hacen consideraciones acerca de las dificultades que ofrece este parasitismo.

BIBLIOGRAFÍA

- RODRÍGUEZ LÓPEZ-NEYRA, C. — *Helmintiasis humanas*. Salvat Editores, pág. 22, 1940.
 GARCÍA SOLÁ, E. — *Gac Méd. Cat.*, 7, 29, 1884.
 MARTÍN DE LA CALLE. — *Rev. de Med. y Cir. práct.*, 27, 550, 1890.
 D'ALLAINES, F., LAVIER, G., y GANDRILLE. — *Presse Méd.*, 5, XII, 738, 1942.
 PATTISON, S. W. — *Lancet*, 2, 1291, 12-XII-1928.
 LAVIER, G., y MARCHEAL, G. — *Le Sang*, 15, 151, 1942.
 LAVIER, G. — *Le Sang*, 15, 457, 1942-1943.

RESUMEN TERAPÉUTICO DE ACTUALIDAD

LA CIÁTICA

A. FERNÁNDEZ DOSAL

Jefe del Servicio antirreumático del Sanatorio Médico-Quirúrgico Privado "San José" (Santander)

El nervio ciático, el más grueso del cuerpo humano, es afectado con gran frecuencia en la clínica de una neuralgia tan tenaz que si no termina ciertamente con el suicidio, como sucede a veces con la neuralgia del trigémino, es causa por lo menos en muchos casos de invalidez o del empleo abundante de narcóticos con la consiguiente morfinomanía.

Conocida esta neuralgia en España con el nombre de ciática, en Alemania con el de isquialgia y en Italia con el de enfermedad de Cotugno, actualmente, como argumenta magistralmente en una de sus famosas lecciones el experimentado clínico JIMÉNEZ DÍAZ, no se considera ya tal síntoma como una enfermedad propiamente dicha, sino sencillamente como la revelación clínica de distintas enfermedades que por variado mecanismo pueden abocar a la neuralgia en el trayecto de dicho nervio. Con el perfeccionamiento alcanzado recientemente en los medios auxiliares de diagnóstico y su oportuno concurso, muchos de los enfermos considerados antes como portadores de neuralgias genuinas o esencia-

les son hoy diagnosticados correctamente en el sentido etiológico. Sin embargo, al enjuiciar un caso aislado, por ejemplo, cuando se trata de emitir un informe, nos vemos obligados con frecuencia a adjetivarlas como esenciales, después de una concienzuda sistemática exploratoria. No será científico usar de este adjetivo, ni mucho menos abusar de él, pero a menudo es necesario hacerlo por razones clínicas; pero también es necesario insistir sobre la forma inconsiderada con que el médico califica de neuralgia ciática todo padecimiento doloroso que asienta en la región sacroglútea y cara posterior del muslo. Dos errores fundamentales suelen cometerse iterativamente por los médicos prácticos al ponerse en presencia de un paciente con dolores que siguen el plano posterior del muslo partiendo de la nalga: uno, sentar el diagnóstico de neuralgia ciática basándose en la equívoca maniobra de Laségue; segundo, considerar la ciática como enfermedad esencial y no completar la exploración a fin de diagnosticar la etiología. Hay, pues, que considerar el dolor ciático como un síntoma, por lo que el médico no puede utilizar escuetamente esta palabra para definir una entidad clínica, sino que precisa, recurriendo a una exploración sistemática, tratar de establecer la etiología fundamental. A medida que estudiamos del modo más complejo posible los enfermos de ciática nos convencemos de la rareza de la ciática genuina, pero también nos convencemos firmemente de la realidad clínica de la existencia de la ciática reumática. La ciática reumática adquiere nuevamente realidad, no solamente en el sentido de artritis y artrosis intervertebrales (lumbartria), sin en el de neuritis reumática, como expresión de reacción regional a un foco lejano de infección. Aunque los reumatólogos han fantaseado bastante especulando con la llamada infección focal, ninguno se ha decidido a sostener la opinión de que la ciática que tenemos que considerar en clínica, después de una cuidadosa exploración como esencial o genuina, sea una reumalgia regional y selectiva, una neuralgia o neuritis reumática o reumatoidea, al modo de las reacciones regionales a distancia que determinan las infecciones focales. Sin embargo, hay unanimidad de criterio entre todos los que habitualmente tratamos con ciatalgias, que cuando éstas se acompañan de una infección focal dentaria ya el mismo día en que se practica el saneamiento de los focos tiene lugar una mejoría subjetiva y objetiva espectacular, casi instantánea, al salir del gabinete odontológico, aunque la mejoría no persista de un modo definitivo. Como esto sucede en casos perfectamente estudiados, en los que no se encontró nada objetivable clínicamente que hiciese suponer una sencilla seudociática por mialgias, que explicaran esta brillante influencia de la defocalización, pensamos que quizás sea cierta la existencia de la ciática reumática de los antiguos clínicos por el mecanismo de una reacción regional desencadenada por una infección focal a distancia, al modo de como explica recientemente W. KEMPF las pleurodinias o mialgias intercostales, la neuralgia intercostal y los dolores de la nuca. No es posible extendernos aquí sobre el ingenioso edificio teórico construido a este propósito por los reumatólogos germanos en este último año, muy esti-

mable como nuevo horizonte, dentro de las múltiples o polifacéticas posibilidades etiológicas del síntoma ciatálgico, pero indudablemente será preciso tenerlo en cuenta cuando se tiene que resolver este problema clínico. Es muy posible que las ciáticas consideradas hoy como esenciales no sean etiológicamente producidas primitivamente por una infección focal por el mecanismo de la toxicosis focal o de la sepsis inaparente que determina una reacción regional y electiva en el ciático; pero, como todos los que tenemos costumbre de tratar con esta clase de enfermos, sabemos la enorme importancia que juegan los pequeños traumatismos para producir la ciática, no nos extrañaría nada que llegase a probarse que la mayor parte de las ciáticas consideradas hoy como esenciales no fuesen más que reumalgias ciáticas producidas por una reacción regional reumatoidea en un nervio traumatizado previamente, y que la reacción regional es desencadenada por una infección focal a distancia. Esto nos lo ha demostrado la experiencia y por ello nosotros buscamos sistemáticamente en nuestros enfermos de ciática las focos de infección en la cara, por exploración directa, así como de modo indirecto con la maniobra de Slauck, con la llamada fibrilación muscular de Slauck en las piernas en caso de cualquier clase de infección focal en la región de la cara. Si no conseguimos objetivar ninguna infección focal en la cara por exploración directa, si en las piernas no encontramos la fibrilación muscular descrita por SLAUCK, si la V. S. es normal, si el hemograma de Schilling, aunque a éste le concedemos poco valor para el diagnóstico de la ciática, también aparece normal; finalmente, si no hay aumento de la colesterina ni de la lipemia, ni alteraciones naturalmente radiológicas de las vértebras, entonces, lo que casi nunca sucede, empezamos a pensar en la ciática esencial, pura, espasmófila o tetanoide, especialmente si encontramos hiperexcitabilidad neuromuscular.

Casi todos los tratados de Patología Médica vienen repitiendo, al hablar de la ciática, que el reflejo de Aquiles le permite al médico práctico diferenciar una neuralgia pura de una neuritis verdadera; la abolición del reflejo de Aquiles es signo de neuritis y no de neuralgia. Esto, que podría tener una importancia colosal en la discriminación etiológica y con ello el aislamiento de las neuralgias puras, no es más que un silenciamiento inexplicable de los trabajos de los anatómicos que han descrito con todo lujo de detalles este nervio.

El nervio ciático arranca del plexo lumbosacro. Es un fuerte tronco nervioso, el cual un poco por encima del hueso poplítico se divide en dos ramas: el nervio tibial, muy fuerte, y el nervio peroneo o poplítico externo, menos fuerte. Ahora bien, la división puede tener lugar mucho más arriba, antes de la salida de la pelvis, con lo que el nervio poplítico externo puede tener individualidad mucho antes de salir de la pelvis. Los anatómicos HÜNERMANN, HENRY GRAY, SAPPEY y CRUVEILLIER, han descrito esta anomalía, considerándola de una frecuencia de un 10 por 100. El fuerte nervio tibial tiene origen en el plexo sacro y en una pequeña parte del 5 lumbar. El poplítico externo de los primeros segmentos lumbares. Si ya desde su origen pueden encontrarse separados el nervio tibial del peroneo se comprende sin más que puede haber una neuritis ciática que afecte solamente al peroneo y que no se acompañe de abolición del reflejo aquileo. La clínica nos ha ense-

ñado, dice ERBEN, que las ciáticas del embarazo o del parto, las tifícas y las saturninas, afectan con más frecuencia el peroneo que el tibial, y, por consiguiente, a pesar de ser neuritis, con frecuencia no se acompañan de alteraciones del reflejo aquileo, porque las fibras nerviosas que le desencadenan discurren por el tibial y no por el peroneo. Sin embargo, la exploración del reflejo aquileo vuelve a conquistar recientemente gran importancia en la clínica de la ciática por la seguridad con que permite hacer el diagnóstico de protrusión del disco cuando se acompaña el síntoma doloroso de alteraciones del reflejo aquileo y se demuestran signos de hipostesia de la misma distribución.

Como el diagnóstico clínico de algunas enfermedades que pueden determinar la ciática se ha enriquecido en estos últimos años de un modo extraordinario, como nos sucede, por ejemplo, con la aracnoiditis, nosotros la buscamos cuando después de eliminar otras causas más frecuentes ya estamos inclinados a adjetivarla como genuina. Así, por ejemplo, nosotros hemos logrado en dos casos de ciática de larga duración, diagnosticados de ciática esencial crónica, llegar al diagnóstico de aracnoiditis en el primer día de exploración en la consulta, sencillamente por explorar sistemáticamente a nuestros enfermos. Para nosotros, cuando un enfermo con ciática presenta la semiología dolorosa descrita por KARPLUS, sospechamos con vehemencia que se trata de una aracnoiditis crónica, pues la experiencia nos ha enseñado que siempre se comprueba con el lipiodol descendente o con la intervención el diagnóstico. Por esto siempre exploramos sistemáticamente los síntomas siguientes: 1.º Dolor irradiado a lo largo del ciático al percutir las apófisis espinosas lumbares o últimas dorsales. La extensión de la zona de irradiación varía naturalmente de unos casos a otros, y, en algunos casos, se irradia también hacia el lado opuesto. 2.º Dolores al inclinar el tronco lateralmente del lado de la ciática, sobre todo si al mismo tiempo se inclina la cabeza hacia adelante o hacia atrás. 3.º Dolor en la zona de influencia del ciático cuando se flexiona o se extiende fuerte o bruscamente la cabeza. Después de la onda gripal que hemos pasado es posible aumenten los casos de ciática de origen aracnoideo, pues es sabido la tendencia de las afecciones motivadas por virus a producir aracnoiditis que evolucionan de modo crónico; y, de consiguiente, es necesario divulgar los signos descritos por KARPLUS, porque casi nadie los explora. Tíene importancia diagnosticar el origen aracnoideo de estas ciáticas porque podemos recurrir a una terapéutica con vaccineurina o röntgenterapia de la parte afectada de las meninges, al mismo tiempo que el reposo en cama, de resultados muy estimables. El diagnóstico no ofrece ninguna dificultad cuando la aracnoiditis crónica adhesiva se acompaña de afectación del tallo medular, ya que, si así sucede, la meningomielitis radiculalgica determina claudicación medular que no puede escapar al observador menos perspicaz. Pero, sin embargo, en algunos casos la aracnoiditis crónica adhesiva, de etiología sifilitica, tuberculosa o postgripal, desencadenante de radiculalgias y ciatalgias, no permite en la clínica objetivar trastorno alguno de la medula y solamente la fenomenología dolorosa subjetiva que acusa el paciente o la provocación a distancia de los dolores recurriendo

a las maniobras de Karplus consiguen evidenciarla ya en la primera consulta, antes de practicar el lipiodol descendente. Un caso clínico ilustrará lo que venimos diciendo.

A. G., de 27 años. Desde hace un mes dolores constantes en el muslo izquierdo, siguiendo la dirección del nervio ciático. Al comienzo de la enfermedad padeció un estado gripal con fiebre durante 6 días y muy molesto catarro oculonasal y bronquial. Al cambiar de postura en la cama, pasando del lado izquierdo al derecho, se acentúan tanto los dolores que procura evitarlo permaneciendo sobre el costado izquierdo todo el tiempo que permanece en reposo; igualmente se exacerbaban los dolores al toser o al sonarse, así como con los movimientos de la cabeza. En la exploración encontramos: a) Al flexionar fuertemente la cabeza hacia adelante y al extenderla hacia atrás un aumento de los dolores, especialmente en la nalga izquierda. b) Al percutir las apófisis espinosas lumbares se presentan igualmente dolores. c) Igualmente se despiertan los dolores al inclinar el tronco hacia el lado derecho, hacia adelante o atrás. No hay ataxia. Cifra de hemáties, 4.400.000, y valor globular de 1.05; de modo que no hay nada absolutamente en el sentido de la mielosis anémica. La reacción de Wassermann y complementarias, han sido negativas. Examen del líquido céfalorraquídeo: cifra de albúmina de 0,60 por 1.000; Pand y Nonne-Appel, positivas; número de células, 30 por milímetro cúbico. La curva del oro coloidal de Lange tiene una fórmula de 0-0-0-0-2-2-3-4-0, curva que corresponde típicamente a una meningitis. De modo que, en resumen, el líquido céfalorraquídeo de este enfermo denota manifiesta inflamación. Signo de Romberg, nistagmus, reflejos pupilares a la luz y a la acomodación, tono muscular, Babinski y succéndaneos, todo negativo. Las radiografías practicadas con lipiodol descendente muestran que éste queda detenido no en forma de nivel horizontal, sino como un goteado o rosario, desde la D6 hasta la L1, viéndose los cuerpos vertebrales completamente normales. Luego no se trata de una detención precisa, en un punto, sino en varios, al revés de lo que ocurre en los tumores, es decir, no tiene un cuadro de compresión medular, sino de bloqueo parcial de conducto.

Epicrisis. — Aracnoiditis subaguda adhesiva postgripal con radiculitis y ciatalgia. Se prescribe como tratamiento tiazoles en dosis eficaces y después vaccineurina. El enfermo ha sido considerado últimamente como aparentemente curado.

Este único caso personal de aracnoiditis pura, sin participación conlevada de la medula, en la fase subaguda y de etiología postgripal, con un síndrome ciático de apariencia esencial, pero indudablemente determinada por la compresión de las raíces en su trayecto aracnoideo; así como varios casos diagnosticados por nosotros de aracnoiditis crónica adhesiva, sin alteración del líquido céfalorraquídeo, que venían a nosotros con el diagnóstico de ciática genuina, pero en los cuales ya la exploración en la consulta de los fenómenos dolorosos de Karplus-Silbermann, cuya exploración se descuida, como decíamos antes, por haber sido muy poco divulgados, nos demuestran la obligación que tenemos al explorar un enfermo de ciática de tratar de objetivarlos cuando otras causas más frecuentes de la ciática resulten negativas. Además, en el momento que en un enfermo con ciática descubrimos la semiología dolorosa descrita, practicamos la punción lumbar para ver la manera de hacer el diagnóstico etiológico de la aracnoiditis, así como el lipiodol descendente que pondrá en evidencia el bloqueo de conducto. Naturalmente que cuando la aracnoiditis crónica adhesiva se acompaña de la semiología clínica de déficit medular atestiguadora de la afectación concomitante de la medula, el diagnóstico es ya tan fácil que no puede escapar al clínico menos sagaz. No

obstante, el diagnóstico no es siempre de gran sencillez, porque recuerdo un caso visto por nosotros hace cuatro años, así como por los clínicos y prácticos más eminentes de España, diagnosticado, con ayuda del lipiodol descendente, de un tumor medular, que por desgracia murió en la mesa de operaciones al practicarle la laminectomía uno de los cirujanos más jóvenes y de más prestigio en neurocirugía, y en el cual no apareció el tumor por ninguna parte, mientras que solamente se encontró una aracnoiditis crónica adhesiva. En aquel tiempo descubrimos nosotros los *Spannungsphänomen* al mover la cabeza y el tronco, descritos bastante antes por KARPLUS-SILBERMANN, pues de ser objetivables no se hubiese, posiblemente, llevado al paciente a la operación y con ello evitado el óbito.

Cualquier médico experimentado sabe la responsabilidad que adquiere y los sinsabores que le esperan si se limita a diagnosticar una "ciática" sencillamente porque el enfermo se queje de dolores a lo largo del ciático. Sabe también que aunque explore los síntomas clásicos y resulten positivos, un cierto número de ellos son despertados por un pie plano, una neoplasia que comprima el ciático, una lesión ósea de la columna vertebral o del sistema nervioso, una diabetes o una lúes, y, finalmente, sabe tiene que responder a la pregunta de si se trata de una neuralgia o de una neuritis. Fácilmente se comprende que el médico tiene que hacer un esfuerzo inmenso de voluntad y de memoria para recordar todas las causas que determinan una ciática y, por consiguiente, la mayor parte de las veces abandona la exploración y la adjetiva de reumática, genuina o esencial. Sin embargo, después de bastantes años de bregar con ya una enorme cantidad de ciatalgias, especialmente en estos últimos años, y de la lectura de los trabajos de los especialistas más eminentes, de las conversaciones personales o de las encuestas por escrito con los más experimentados, nos hemos impuesto una sistemática de trabajo en la exploración, muy útil también para cualquier médico práctico que la consulte y la cumpla ante sus enfermos de ciática, pues nos permite llegar al diagnóstico correcto, por lo menos, hasta el día de hoy. Empleando esta sistemática no solamente hacemos muchos menos diagnósticos de ciática genuina que la generalidad de los médicos, lo cual es de una importancia práctica colosal, sino que nos parece como si al adquirir más experiencia nos diésemos cuenta de lo que es de por sí la neuralgia ciática. La metódica sistemática exploratoria consiste en practicar en todos los enfermos de tipo ciatalgico las maniobras o recursos necesarios para la investigación de todas las causas conocidas hasta el día, así como los signos que caracterizan la neuralgia. Otra de las ventajas consiste en que la sistematización puede aliviar el trabajo del clínico, facilitando que, en parte, lo efectúe el ayudante o la enfermera: de esta manera queda reservado el trabajo del clínico para la síntesis de los casos atípicos; por medio de la metódica exploratoria se ha conseguido en el servicio antirreumático el cumplimiento de la norma científica de "no ejecutar lo que un ayudante esté en condiciones de realizar perfecta-

mente dentro del servicio". Esta conducta sistemática no puede calificarse de inmutable, porque según las condiciones que la individualización nos sugiere ampliamos la exploración con todos los recursos técnicos de que dispone la clínica.

Inspección. — Actitud. — Marcha. — Varices. Percusión de las apófisis espinosas.

Dolor a la tos y al estornudo.

Dolor espontáneo. { Zona en que brota. Causas que lo acentúan.

Irradiación.

Signo Lasègue. — Signo Monnier. — Signo Naffzinger. Funciones de la vejiga y recto.

Puntos Valleix.

Postura más cómoda en el lecho.

Crisis de agudización.

Exploración de la articulación coxofemoral.

Reflejo del tendón de Aquiles.

Sensibilidad.

Suficiencia del pie. { Huellas plantares. Saliencia del maléolo interno. Zonas dolorosas.

Maniobra de Bragard.

Infección focal dentaria.

Fibrilación muscular en las piernas, en caso de infección focal de la cara (signo de Slauck).

Velocidad de sedimentación.

Colesterina.

Uricemia.

Radiografía lumbosacra.

TRATAMIENTO. — Como la ciática, según la revisión que acabamos de hacer sobre su mecanismo etiológico, es sintomática en la inmensa mayoría de los casos, el tratamiento se debe orientar al de la enfermedad o proceso causal, esto es, a la defocalización en caso de infección focal causal, o bien al de la enfermedad metabólica (diabetes), o bien a la corrección de la alteración vertebral. Ahora bien, con frecuencia, a pesar de haber aplicado el tratamiento etiológico, el curso del proceso permanece invariable en las formas rebeldes e inveteradas, y soy de sentir que el único tratamiento capaz de amortiguar esta resonancia algica accesional o sorda, consiste en el llamado "tratamiento por infiltración locoregional". Naturalmente también soy de sentir que para esperar buenos resultados es condición imprescindible un diagnóstico correcto, por lo menos que sean desechadas todas las posibles causas objetivables determinantes de las ciáticas sintomáticas; pero, ya digo, incluso en muchas sintomáticas los beneficios conseguidos del tratamiento por infiltración son tan cuantiosos que no puede por el momento bagatilizarse una terapéutica tan eficaz.

En el año 1901 publicó LANGE su famoso libro titulado *El tratamiento de la ciática y de otras neuralgias por inyección a fuerte presión*, al que siguieron numerosas comunicaciones de diferentes autores. El proceder iniciado por LANGE fue modificado en los puntos de elección y en la clase de medicamento empleado por cada uno de los que hacían una nueva publicación. El empleó una solución isotónica de cloruro sódico con eukaina B al 1 por 1.000, pero como opinaba que se trataba sencillamente de una acción mecánica decía que cualquier líquido a presión ejercería el mismo efecto. La inyección en cantidad de 80-100 c. c. la ponía en el centro de la línea que une la tuberosidad isquiática con el trocánter mayor; siendo intraneuronal y no perineurial, ya que, cuando se alcanzaba el nervio, se penetraba $\frac{1}{2}$ -1 milímetro profundamente, por lo que el mismo LANGE lo describía como "el ataque brutal" del nervio ciático.

Hoy en día este procedimiento se ha substituido por el mucho más inofensivo de la inyección peri-

paraneurial, en el que la inyección no penetra precisamente en el nervio mismo, sino en la zona que lo rodea. Este ataque, que naturalmente es mucho menos traumatizante para el nervio, se hace en los clásicos puntos dolorosos de Valleix. En el mismo año que LANGE publicó su libro, dió a conocer CAUTHLIN la inyección epidural para la anestesia de la zona influenciada por el plexo sacro. Esta inyección puesta en el hiato sacral con todas las precauciones de asepsia y haciendo penetrar la aguja hasta 6 centímetros de profundidad, fué muy empleada por SICARD en el tratamiento de la ciática. Hoy en día lo que más se emplea para toda esta clase de inyecciones es la solución de suero fisiológico con novocaina al 0,25 por 100. Las inyecciones de alcohol y ácido fénico han sido definitivamente abandonadas, así como otros anestésicos, como la cocaína, tutocaina, etc. La concentración y la cantidad oscilan según el sitio a inyectar y la experiencia personal, pero en general se encuentra entre unos centímetros cúbicos a 100-200 centímetros cúbicos con una concentración a 0,25-0,50 por 100 de novocaina. No solamente se logran mejorías teatrales de los fenómenos álgicos, sino de la escoliosis y de las contracturas musculares, normalizándose incluso los reflejos y los fenómenos tróficos; hasta los músculos de la pantorrilla recobran la dureza. El más puritano está autorizado a hablar de una verdadera curación de la ciática. Sin embargo, nadie ha sido capaz de aportar el argumento convincente del mecanismo cómo curan estas inyecciones, pero esto no es un argumento honrado en contra de su empleo, porque asusta tener la experiencia de la cantidad de morfinómanos a que conduce esta penosa enfermedad. Lo que desde luego hemos podido convencernos es de que la infiltración con un líquido indiferente no es nunca lo mismo que con la combinación de novocaina y suero fisiológico. En algunos casos, especialmente cuando la ciática se acompaña de lumbago, recurrimos nosotros al procedimiento propuesto recientemente por ADOLFO SHOGER: Novocaina, 0,25; acetilcolina, 0,10; cloruro sódico, 0,80; agua destilada ad., 100,0. De esta solución inyectamos 60-120 c. c.

Para nosotros tiene una importancia fundamental en los resultados alcanzados con el tratamiento por inyecciones el lugar de aplicación. Los mejores resultados se obtienen individualizando y aplicándolas en la parte del nervio más afectada. Lo más frecuentemente afectado es el plexo lumbosacro y sus raíces, frecuentemente también el nervio en su parte periférica, mientras que las raíces en su porción intravertebral lo son mucho menos. Como nosotros tenemos la impresión clínica de la enorme frecuencia de lesiones en el plexo lumbosacro, hemos recurrido casi sistemáticamente a las inyecciones a través de los agujeros sacros posteriores, propuesta por primera vez por LUDWID VAUVEL y ERNST VAUVEL, de Wiesbaden, en el año 1923. En numerosas experiencias en cadáveres pudieron demostrar la posibilidad de influir terapéuticamente sobre el plexo lumbosacro a través de los agujeros sacros posteriores. Sin embargo, y a pesar de tener estos reumatólogos una experiencia de cientos de casos de ciática curados con las inyecciones a través

de los agujeros sacros posteriores y de haberlo publicado en las revistas dedicadas a la lucha contra el reumatismo, en ninguno de los grandes tratados de Medicina moderna se hace mención de este procedimiento ni se emplea con la sistemática con que debiera practicarse. Nosotros tenemos ya experiencia personal suficiente para que nuestro ánimo se sienta entusiasmado de este tratamiento. La inyección a través de los agujeros sacros posteriores alcanza los nervios sacros en su salida del canal sacro y antes de su entrada en la pelvis. Si marcamos la cresta sacra no será muy difícil encontrar los agujeros sacros posteriores. A 1-2 centímetros de una línea paralela a la cresta pasan los agujeros sacros; naturalmente, varía algo el tamaño y situación de los mismos, por lo que hay que tener alguna experiencia para encontrarlos, pero no se necesita ser un lince. También, recurriendo a una palpación cuidadosa, pueden encontrarse los dos o tres últimos agujeros, pero esto muy raramente lo hemos conseguido. En los puntos en que suponemos se encuentran los señalados agujeros clavamos la aguja verticalmente, siempre inyectando al mismo tiempo la solución anestésica, y penetrando en la profundidad. Encontramos una resistencia ósea, pues entonces sacamos un poco la aguja, desviamos otro poco, y caeremos en pleno agujero. Si se produce un dolor a lo largo del nervio, hacemos retroceder un poco la aguja y practicamos la inyección. Nosotros no hacemos nunca la inyección presacra a través de los agujeros posteriores porque pudiera naturalmente ser peligrosa y por creer que la abundante imbibición paraneurial infiltrará por impregnación el plexo presacro. En algunos casos no hay manera de encontrar todos los agujeros sacros y entonces ponemos en los que alcanzamos una mayor cantidad de solución anestésica. Realmente, repito, cuando la parte más afectada es el plexo, la inyección en el agujero sacro se muestra de una eficacia verdaderamente brillante. Naturalmente, en tales circunstancias, pudiera también parecer indicada la anestesia presacra a lo Wigand-Pende, pero aunque la hemos visto bien lograda, sin complicaciones, nosotros no la hemos practicado nunca, ni nunca tendremos experiencia de ella, pues practicada por manos no auténticamente idóneas ha producido perforaciones de recto con la muerte del enfermo. Con la inyección a través de los agujeros sacros posteriores, sin penetrar para nada en la pelvis, se consigue igualmente la infiltración del plexo presacro y los resultados son exactamente iguales sin ningún peligro. Además, para la parte más inferior del plexo sacro, adonde quizás no lleguemos con la inyección a través de los agujeros sacros posteriores, ponemos la parasacra de Vaubel, también poquísimamente divulgada y de positivos resultados. Con el enfermo en posición vertical y ligeramente inclinado hacia adelante, como en el movimiento del saludo, o mejor, acostado lateralmente sobre el lado sano, marcamos con yodo un punto en el centro de una línea imaginaria entre la espina ilíaca posterolateral y la punta del sacro, clavamos la aguja verticalmente y, siempre infiltrando, penetrando profundamente hasta tropezar con el borde lateral del sacro, desviamos un poco la punta de la aguja

hacia afuera y profundizamos 2-3 centímetros, siguiendo la dirección del anillo inguinal, con lo que pasando rozando el borde del sacro llegamos al músculo piriforme y a la parte inferior del plexo presacro. Esta inyección es sumamente fácil y nunca hemos tenido el menor contratiempo en los ya numerosos casos en que la hemos empleado. Aunque con gran frecuencia inyectamos las raíces lumbares y el plexo sacro, no por ello hemos renunciado a la inyección en el ciático en su trayecto periférico, ya que, muy frecuentemente, la inyección en el plexo no es suficiente para hacer desaparecer el dolor en las partes periféricas del nervio muy afectadas ya de largo tiempo. Una de las zonas más lesionadas es la parte correspondiente a la inervación del ciático poplítico externo, que no solamente suele acompañarse de dolor rebelde y persistente, aunque nunca muy intenso, sino también de prurito y calambres que molestan en sumo grado al paciente, por lo que nosotros en todos los casos, después de una cuidadosa exploración de la zona de este nervio, ponemos unos 10 c. c. en la parte posterior de la cabeza del peroné, tomando como referencia la inserción ligamentosa de la cabeza del peroné, con lo que al bloquear el nervio producimos un efecto dinámico inhibidor que es, al fin y al cabo, lo que conseguimos con estas inyecciones en el plexo lumbosacro. Cuando hacemos tratamiento ambulatorio ponemos de 20-50 c. c. de la solución al 0,25 por 100 de novocaina en suero fisiológico, diariamente, y cuando hacemos tratamiento sanatorial de 50-150 c. c. de la misma solución, aunque muy eventualmente la ponemos al 0,50 por ciento. Entre las ya numerosas hojas clínicas que disponemos de enfermos de ciáticas consideradas después de un sistemático estudio clínico como traumáticas o genuinas, transcribiré tres de los casos más demostrativos de los beneficios logrados con las inyecciones de novocaina y suero fisiológico.

I. Señora A. P., de 32 años. — Enferma el año 1938 de una intensa ciática del lado izquierdo. Después de fracasar los analgésicos y salicilatos por vía intravenosa la sometieron en Bilbao a una cura por inyecciones a lo largo del nervio ciático en su porción periférica y en vista del fracaso la proponen una cura radioterápica, la cual fué aceptada, pero igualmente fué coronada del fracaso. Desde este tiempo la enferma permanece clavada a la cama y con frecuencia tiene que recurrir a las inyecciones de morfina. El 7 de octubre de 1943 ingresa en el Sanatorio. Encontramos Laségue a los 50° de levantar la pierna izquierda. Bragard igualmente positivo. La mesuración del muslo y pierna acusan una diferencia a favor de la extremidad derecha en 2 cm. La respuesta del reflejo aquileo izquierdo mucho menos viva que la del derecho. El r. p. izquierdo y derecho, bastante vivos. Babinski negativo, sin trastornos de la sensibilidad. No hay pie plano, ni ningún otro indicio de neuralgia sintomática; la radiografía no acusa ninguna alteración; solamente dos piezas dentarias cubiertas de oro sospechosas de infección focal dentaria. Las radiografías bucales confirman la infección y son inmediatamente evisiadas. A continuación de la extracción la mejoría es tan teatral que creyéndose curada insiste en abandonar el tratamiento propuesto, pero a los tres días vuelven los dolores con igual intensidad que antes. Emprendemos el tratamiento con inyecciones: primeramente ponemos 50 c. c. paravertebral del LIII-LV con novocaina-acetilcolina-suero fisiológico; después, novocaina al 0,25 en el plexo sacro a través de los agujeros sacros posteriores y del borde lateral del sacro, durante diez días. También ponemos 30 c. c. de novocaina-acetilcolina epidural y novocaina-suero fisiológico en el ciático en su trayecto periférico y especialmente en el ciático poplítico externo. A los

diez días sale la enferma del Sanatorio por su pie, andando sola sin necesidad de apoyarse en las paredes o en un bastón y se encuentra "como nunca".

II. A. D., 29 años, panadero. — Desde hace unos 40 días intensos dolores a lo largo del ciático izquierdo. Ingresó en el Sanatorio sin encontrarse en la exploración sistemática de todas las causas objetivables clínicamente de neuralgia sintomática nádada que nos permita pensar otra cosa que en una reacción regional reumatoidea por infección focal dentaria. Durante cuatro días seguidos practicamos la imbibición del plexo sacro a través de los agujeros sacros posteriores y la parasacra; al día siguiente, epidural; los cuatro siguientes en el trayecto periférico del ciático. Desaparecen completamente los dolores. Cito este caso para demostrar que sin el saneamiento de la boca han desaparecido los dolores. Sin embargo, naturalmente, recomendamos al paciente que acuda al odontólogo.

III. M. D., 38 años. — Desde hace 13 meses, con motivo de una fuerte mojadura en un campo de deportes, padece una intensa ciática del lado derecho que ha sido tratada con analgésicos, inyecciones a lo largo del ciático en su trayecto periférico por un médico, y, en vista del fracaso, se entrega en manos de un naturista durante unos meses. Últimamente empieza a recurrir con frecuencia a la morfina. La exploración señala un intenso Laségue a los 60°, siendo igualmente positivo el Bragard. La mesuración de las piernas y muslos señalan una disminución de circunferencia de 1 cm. en la extremidad enferma, con un reflejo aquileo disminuido en el lado afecto. No encontramos infección focal dentaria ni las fibrilaciones musculares de Slauck, que este reumatólogo considera como patognomónicas de infección focal en la cabeza; pero, sin embargo, la velocidad es sospechosa por acusar 11 a la hora y 24 a las dos horas. Los dolores son tan intensos últimamente que permanece constantemente en la cama. Un tratamiento sanatorial con una serie de 5 inyecciones paravertebrales y de plexo sacro, seguidas de cuatro del nervio periférico, mejoran tan brillantemente su angustiosa situación que sale andando de la clínica, diciendo que se encuentra curado.

Podría citar más casos de mi experiencia personal con iguales brillantes resultados, tanto en casos recientes de ciática, como en formas inveteradas, pero nos parece preferible decir que tenemos la impresión, después de revisar y meditar sobre los casos vividos por nosotros, que el tratamiento por inyecciones fracasa cuando el diagnóstico etiológico a posteriori nos demuestra que se trataba de una ciática sintomática cuyo factor determinante escapó a una primera exploración; y que, incluso en ciertas ciáticas sintomáticas, también en una buena parte de los casos los resultados fueron coronados por agradables mejorías temporales o definitivas. Es una pena que la recóndita situación del plexo sacro, la coraza ósea y muscular que la protege, así como la vecindad con la pared del intestino en su porción terminal, haya sido, no cabe duda, el motivo de que no se intentase bloquear con las inyecciones, y que, en la casi totalidad de los casos, se limitase el clínico a las inyecciones en el trayecto periférico del nervio. En los casos que he citado no se siguió durante el tratamiento sanatorial otra medida terapéutica que la exclusivamente de las inyecciones paravertebrales, sacras, epidurales y periféricas, pero en otros muchos el tratamiento se reforzó con otros recursos terapéuticos de cuya eficacia la experiencia ya nos había convencido.

Desde hace dos años añadimos a la solución de novocaina la vitamina B₁. Desde los trabajos de MINZ y E. y R. ABDERHALDEN se sabe que la vitamina B₁ activa la acción de la acetilcolina. Esto fué primeramente demostrado en la musculatura lisa del intestino. Pero WACHHOLDER demostró que también es cierto para la musculatura estriada en

experiencias en animales, es decir, que la acetilcolina aumenta su capacidad de favorecer la circulación en presencia de la vitamina B₁. Si tenemos en cuenta que en toda neuritis hay una carencia por lo menos local de vitamina B₁, nada tiene de extraño que a nosotros se nos ocurriese administrarla loco-doliente, mezclándola a la infiltración de novocaína-suero. No tiene nada de extraño que con la novocaína + acetilcolina + vitamina B₁ se resuelvan los estados espásticos de los pequeños vasos que irrigan los troncos y plexos nerviosos y con ello se curen las ciatalgias: la novocaína, al anestesiar, suprime el dolor con lo que los espasmos vasculares que se presentan en todas las algias, acentuando éstas, desaparecen, por romperse el círculo vicioso: la acetilcolina favorece también la circulación; la vitamina B₁ refuerza la acción de la acetilcolina y equilibra el estado carencial local de esta vitamina B₁. La acetilcolina + novocaína la ponemos especialmente para-sacra y a través de los agujeros sacros posteriores para infiltrar el plexo presacro; en infiltración muscular en los lomos o laterovertebral cuando la ciática se acompaña de lumbago, a lo largo del ciático en su trayecto periférico cuando hay un gran componente miosítico. Partiendo de la suposición de que en todas las neuritis ciáticas conllevadas por pacientes diabéticos se acompañan de un déficit regional de vitamina B₁, asociamos sistemáticamente ésta en el tratamiento por infiltración, siendo la experiencia del autor, aunque la cantidad de casos tratados sea aún reducida, que los rendimientos son mucho más halagüenos. Al principio añadíamos 25 mg. de B₁, a la solución de novocaína, hoy 75 mg. y, en algún caso, hasta 300 mg. en tres sesiones de cada serie. No solamente las ciáticas de los diabéticos, sino también en las ciáticas de los alcohólicos, mejoran o curan totalmente con este tratamiento, cuando incluso se acompañan ya de paresias o parálisis.

Hemos tenido la oportunidad de tratar dos casos de ciática con el Ynervos, preparado aún no registrado en España, pero muy difundido ya en Alemania entre los reumatólogos para el tratamiento de ciáticas y reumatismos. Se trata, como es sabido,

de un extracto obtenido de distintas plantas y preparado en ampollas. Nosotros nos decidimos a ponerlo en el plexo saro, media ampolla de 1 c. c. a través de un agujero sacro y la otra media por vía para-sacra, en días alternos, hasta poner en un caso cuatro ampollas y en otro siete. Desde luego, durante los días de tratamiento los dos enfermos presentaron una acentuación de los dolores, muy distinto al tratamiento con las infiltraciones de novocaína que mejoraron desde la primera sesión, pero después de pasada la reacción los dos han curado de su neuralgia. Todas las publicaciones serias juzgan al Ynervos como inofensivo y como tónico general, así como realmente eficaz en la ciática, pero nuestra experiencia con él es tan escasa que por el momento silenciamos nuestra opinión.

RESUMEN

1.º El autor considera la ciática reumática como una realidad clínica, en el sentido de una reacción regional reumatoidea determinada por una infección focal a distancia y desencadenada por un enfriamiento o traumatismo.

2.º Necesidad de explorar sistemáticamente en todos los casos de ciática los *Spannungsphänomen*, de KARPLUS, para evidenciar una aracnoiditis crónica adhesiva.

3.º Se propone una metódica exploratoria sistemática en todo caso de ciática.

4.º En el tratamiento por infiltración paraneuronal tiene la máxima importancia la inyección a través de los agujeros sacros posteriores y la para-sacra. Una combinación de novocaína + suero fisiológico + vitamina B₁ +, eventualmente, acetilcolina, es lo que se nos ha mostrado como más eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- KEMPF, W. — *Zeitschr. für Rheumaforschung*, 1, 19, 1944.
ERDEN, S. — *Wien. Klin. Wschr.*, 367, 1934.
KAROLUS. — *Wien. Klin. Wschr.*, 650, 1938.
SHOGER, A. — *Zeitschr. für Rheumaforschung*, 9, 409, 1943.
VAUVEL, E. — *Zeitschr. für Rheumaforschung*, 1, 34, 1941.
RATSCHOW, M. — *Zeitschr. für Rheumaforschung*, 4, 175, 1942.
STRASSER. — *Yschias*, Wien, 1938.

EDITORIALES

ACIDO NICOTINICO Y FACTOR ANTIANEMIA PERNICIOSA

Las relaciones entre pelagra y anemia perniciosa desde el punto de vista clínico han sido objeto de estudios muy numerosos por parte de diversos autores.

Desde el punto de vista experimental esta cuestión ha recibido una atención especial por parte de

PETRI y sus colaboradores en Dinamarca. Dichos autores han demostrado, en efecto, la posibilidad de producir pelagra experimental en el cerdo por extirpación de determinadas partes del estómago, y asimismo, en tiempos más recientes, han observado que la extirpación de ciertos segmentos de esta víscera altera el contenido en principio antianémico del hígado.

En un trabajo muy reciente los autores atacan de nuevo el problema tratando de localizar las zo-