

la picadura del nervio safeno interno (Sabatier), en una palabra, las afecciones nerviosas periféricas más diversas, pueden provocar una ciática; pero más á menudo, la afección inicial se halla en una víscera. En efecto, de ordinario, son los órganos de la pequeña pelvis ó, de un modo más general, los órganos inervados por las ramas del plexo sacro y del plexo hipogástrico, los que constituyen el foco original (recto, vejiga, útero, testículo). Es verdad que algunas veces nos es permitido preguntar con Hallopeau, si las inflamaciones de estos órganos no producen simplemente un infarto ganglionar capaz de comprimir el nervio ciático en la pelvis. Pero Lisfranc ha visto curar una ciática rebelde, después de la ablación de un pequeño pólipa de la vagina, y tales hechos no se prestan á la interpretación propuesta (1).

Causas locales. — La influencia del *frío* y de la *humedad* en la producción de la ciática, es de las mejor demostradas. El enfriamiento obra sin duda de dos modos: ejerce á la vez un efecto general sobre el organismo y un efecto local sobre el nervio. Este último puede ser exclusivo; se ha observado la aparición rápida de la ciática en individuos que han estado durante largo tiempo sentados en el suelo húmedo ó en un banco de piedra. Más á menudo se trata de enfriamientos repetidos, que progresivamente acumulan sus acciones hasta que aparece la enfermedad.

A la acción del frío húmedo se une, probablemente, la influencia de las *estaciones*, puesto que la ciática es sobre todo frecuente en invierno; la influencia de los *climas*, los países fríos, nebulosos y de inconstante temperatura le rinden un buen tributo; en fin, la influencia de las profesiones parece indudable, puesto que los albañiles, los militares, los que trabajan en terraplenes, etcétera, expuestos á menudo á la intemperie, dan, aunque de un modo relativo, mayor contingente.

Las causas *traumáticas* capaces de determinar la ciática, son diversas. Citemos las heridas que en más ó menos interesan el nervio; las contusiones y las compresiones prolongadas, algunas veces debidas á una actitud viciosa largo tiempo sostenida.

Los traumatismos exteriores afectan generalmente una rama ó un ramo del ciático y no el tronco principal y provoca también una neuralgia extendida por todo el territorio del nervio. Es posible que entonces se trate de una neuralgia refleja. Un gran número de afecciones de la pelvis menor: infartos ganglionares, abscesos circunscritos intra ó extra-peritoneales, hematocele retro-uterino, diversos tumores, estreñimiento con estancación de escíbalos en el recto, engendran á veces la ciática por la compresión ejercida en el nervio ó en el plexo sacro. Semejante compresión con una astricción más ó menos marcada, puede tener origen en los partos laboriosos (cabeza fetal voluminosa, forceps).

En fin, pueden estar alteradas las raíces constitutivas del plexo sacro en el canal raquídeo ó en los agujeros de conjugación por afecciones como el mal de Pott y el cáncer vertebral. La meningitis espinal y la meningo-mielitis también alteran estas raíces por compresión ó por propagación del proceso inflamatorio.

(1) V. Fourquet, *Sciat. réflexe dans les affect. des org. génit. chez l'homme et chez la femme*. Thèse de Bordeaux, 1890.

Las *fatigas* exageradas de los miembros inferiores, especialmente en ciertos oficios, como el de descargar leña, en los herreros y en las costureras que manipulan mañana y tarde la máquina de coser (Seeligmüller, J.-B. Charcot y H. Meige) (1) figuran del mismo modo entre las causas de la ciática. Señalaremos por último la ciática de los *varicosos* (Quénu).

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — En la proximidad de un absceso, el nervio puede sufrir una infiltración purulenta, así como una infiltración neoplásica en la proximidad de un cáncer, pero los hechos verdaderamente interesantes, son los que no dependen de un proceso de propagación.

Algunas autopsias, bastante raras, y sobre todo intervenciones operatorias, han permitido recoger algunos documentos. Estas demostraciones parecen justificar la distinción apoyada en una base clínica por Landouzy, entre la ciática neurálgica y la ciática neurítica. Unas veces el nervio estaba exento de alteración macro y microscópica (caso de Gubler y Robin), y otras, por el contrario, presentaba lesiones inflamatorias más ó menos marcadas. La congestión ha sido observada por muchos autores; Richat, Romberg y Chaussier han señalado dilataciones varicosas en el nervio ó en su proximidad. Las várices de las venillas, envolviendo la trama del nervio, producen, según Quénu, verdaderas neuralgias por compresión. Tripier ha comprobado la esclerosis intersticial. Varios autores han encontrado un edema más ó menos marcado (Cotugno, Bærensprung, Jasset). En varios casos el nervio estaba considerablemente hinchado (Leudet, Fernet). La integridad de las fibras nerviosas se ha observado en un cierto número de casos; parece, pues, que la neuritis cuando existe, es más bien intersticial que parenquimatosa.

SÍNTOMAS. — El nervio ciático no sólo es sensible; además es motor, vasomotor y trófico. Todas estas funciones pueden estar interesadas. En este párrafo nos limitaremos á indicar las alteraciones variadas que provoca, para presentar después los diversos modos como se agrupan para constituir variedades y casi especies nosográficas distintas.

El *dolor* es el síntoma fundamental común á todas las variedades de ciática. Se distinguen dos clases: uno continuo y otro paroxístico.

El *dolor continuo* ocupa el trayecto del nervio mismo en la parte superior del muslo, más bien que en las ramas de subdivisión. Preguntad al enfermo en dónde le duele y os señalará con el dedo un sitio preciso correspondiente al tronco nervioso. Este dolor es generalmente sordo y ligero, pero desagradable por su continuidad. Algunas veces es menos que un dolor, es un hormigueo, una simple sensación de inquietud y de malestar que no deja de ser muy penoso. Las variaciones atmosféricas, el frío y más aún la humedad, se anuncian al paciente por una recrudescencia del dolor. La marcha, como todo movimiento y toda vibración del cuerpo, lo exagera también, y la posición sentada es penosa por la presión y estiramiento que sufre el nervio en dicha posición; el enfermo sólo encuentra relativo alivio en la cama. De todos modos, hay sus excepciones. Cuando el dolor es relativamente poco intenso, sobre todo en la ciática crónica, no es raro que se exaspere por el calor de la cama; por otra parte, el enfermo encuentra que disminuye cuando ha caminado, du-

(1) *Progrès med.*, págs. 273-275, 1891.

rante algunos momentos, el tiempo necesario como él dice, para «estirar su pierna». Siempre se aumenta el dolor ó se despierta, si está acallado, por una tracción ó una presión ejercidas en el nervio; circunstancia que se utiliza en clínica para conseguir que aparezca uno de los signos característicos de la afección. El *signo de Laségue*, tal como se le llama, consiste, estando acostado el sujeto, en levantar el miembro enfermo manteniendo la rodilla en extensión; entonces se siente un vivo dolor en la nalga y en el muslo, debido al estiramiento del nervio lesionado. El dolor es nulo ó mucho menor, cuando se flexiona la rodilla al mismo tiempo que el muslo.

De otra parte, por medio de presiones metódicamente ejecutadas con el dedo en el trayecto del tronco y de las ramas del ciático (y de algunas ramas del plexo sacro) se demuestra la existencia de puntos extremadamente sensibles, la situación de los cuales ha determinado Valleix. Este autor tal vez ha exagerado la importancia de estos *puntos dolorosos*; no se debe esperar encontrarlos exclusivamente en los lugares precisos en donde él los coloca; todavía conviene creer menos que existan todos en un caso dado. De cualquier modo que sea, es útil conocerlos; enumerémoslos, pues, rápidamente.

Punto lumbar, inmediatamente por encima del sacro (ramas superiores del plexo sacro). *Punto sacro-iliaco*, zona estrecha, vertical, en el lado del sacro. *Punto iliaco*, hacia la parte media de la cresta iliaca (terminaciones del nervio glúteo superior). *Punto glúteo*, en el vértice de la escotadura ciática. *Punto trocateriano*, entre el gran trocánter y el isquión. Valleix distingue de un modo bastante artificialmente tres *puntos femorales* escalonados en el trayecto del nervio, en la cara posterior del muslo. *Punto poplíteo* (nacimiento del ciático poplíteo externo). *Punto rotuliano* (un ramo articular de la rama cutánea del peroneo). *Punto peroneo-tibial* (en donde el ciático poplíteo externo rodea el cuello del peroné). En la pierna son particularmente dolorosas dos zonas verticales correspondientes, una á las partes blandas y otra á la parte media del peroneo. *Punto maleolar externo*, detrás del maleolo (nervio safeno externo). El *punto dorsal del pie* y los *puntos plantares*. Añadiremos, según Lagrelette, un *punto calcáneo*, y según Trousseau, el *punto apofisario*, en la cresta del sacro. Los más importantes son los puntos glúteos, trocateriano, peroneo y maleolar externo; los otros parecen ser menos constantes.

Nos falta tratar de los *paroxismos dolorosos* que constituyen los *accesos*. Tienen sus focos de predilección en los puntos de Valleix. Son pinchazos de una violencia extrema que estallan de repente, y muy á menudo se irradian como el rayo hasta cierta distancia de su foco de origen; la irradiación casi siempre se verifica en dirección centrífuga, y raras veces en dirección centripeta. Dichos pinchazos tan pronto se producen en un solo punto, como en varios á la vez, renovándose á intervalos variados. A menudo se suceden uno tras otro en forma de *accesos*, que á veces duran algunos minutos y otros varias horas. Unas veces los mismos accesos se reproducen sin gran regularidad bajo la influencia de una causa ocasional (frío, traumatismo, movimiento) ó de un modo espontáneo, y otras, por el contrario, se renuevan á horas determinadas. De ordinario se presentan por la noche. Sin embargo, aparte de los casos atenuados, los accesos son penosos en extremo, y los enfermos no dejan de caracterizarlos con verdaderas comparaciones que indican su violen-

cia: un puñal que se hunde en las carnes, un hierro rojo que quema, un rayo que le atraviesa. Excepcionalmente, en lugar de localizar la sensación dolorosa en las partes blandas, el paciente le asigna un sitio más profundo: le parece que tiene perforados ó molidos los huesos: este es el dolor terebrante.

Según una ley de difusión y de repercusión á distancia, común á todas las neuralgias, el dolor paroxístico de la ciática puede despertar dolores simultáneos en la esfera de los plexos sacro ó lumbar, ó hasta más lejos, en los miembros superiores, por ejemplo.

La *sensibilidad cutánea* está alterada á menudo. Se observa en el territorio del ciático, sobre todo en los focos dolorosos, islotes de anestesia más ó menos completa; la hiperestesia es más rara. Algunas veces la hiperestesia, que más bien es un fenómeno del principio, es sustituida en la misma región por la anestesia, fenómeno relativamente tardío. En las ciáticas graves, se ve aparecer á menudo, al cabo de cierto tiempo, una anestesia, no en placas, sino en ancha superficie. Tal vez estas dos clases de anestesia reconocen un mecanismo algo distinto. La primera sería debida, según la interpretación de Nothnagel, á un agotamiento momentáneo de los nervios sensitivos, influídos por los vivos dolores; notemos (lo cual apoya esta interpretación) que las placas de anestesia pueden presentarse en territorios nerviosos no dependientes del nervio afectado de neuralgia, en el del crural, por ejemplo. La anestesia en superficies más fija, más duradera, es debida á una alteración profunda del nervio: el hecho es que corresponde á las ciáticas graves.

Diversas *sensaciones parestésicas*: sensaciones de frío, muy frecuentes, en relación ó no con un enfriamiento real del miembro lesionado, sensaciones de calor, más raras: picazones, embotamiento, etc., se observan en el dominio del ciático.

Las *alteraciones de la motilidad* son variables. Algunas veces coinciden con los pinchazos dolorosos, bruscas sacudidas del miembro. También se notan calambres y temblores fibrilares. El reflejo rotuliano puede estar debilitado, pero algunas veces es exagerado (Valleix) (1). Volveremos á tratar de estos fenómenos á propósito de las formas de ciática, indicando la ciática espasmódica.

En los casos graves, se desarrolla tardíamente (algunas veces, no obstante, desde el final del primer mes) una paresia más ó menos marcada que, con el dolor, aumenta la impotencia. Este fenómeno indica una neuritis. Como lo ha demostrado Landouzy, lo propio ocurre con la atrofia muscular, que en otro tiempo se atribuía á la inmovilidad prolongada. Sin embargo, algunas veces la atrofia muscular es precoz y rápida; parece que sería legítimo en semejante caso atribuirla á un proceso reflejo, según la interpretación adoptada para explicar la atrofia muscular de las artritis.

Guinon y Parmentier (2) han demostrado que la atrofia muscular se localiza á menudo á una sola rama del ciático poplíteo externo; lo mismo es para la anestesia. Esta particularidad es independiente de la naturaleza y del sitio de la causa vulnerante, y para interpretarla debemos contentarnos con la opinión antigua: predominio de las neuritis en los extensores.

(1) V. Raven, The knee-jerk in sciatica. *Brit. med. Journ.*, 1, p. 600, 1892.

(2) *Archives de neurol.*, núm. 59, et Cousot, Acad. de méd. de Belgique, Febrero, 1893.

Los trastornos *vaso-motores*, *secretorios* y *tróficos* son variados. La piel del miembro enfermo está muchas veces lívida y violácea, sobre todo cuando el enfermo se halla en pie. Está ordinariamente seca, porque la secreción del sudor está á menudo disminuía y rara vez aumentada. Es gruesa, como se demuestra pinchándola después de haberla arrugado; este fenómeno, que puede enmascarar la atrofia muscular, es debido al desarrollo exagerado del pániculo adiposo, á la «adiposis subcutánea» estudiada por Landouzy. Excepcionalmente, la piel se encuentra pálida, adelgazada y flácida.

A menudo la temperatura del miembro enfermo es inferior de 2 grados, y aun más, relativamente á la del miembro sano.

Mencionemos entre las alteraciones tróficas observadas, el desarrollo exagerado de los pelos y las diversas erupciones que, como se sabe, pueden acompañar á toda neuritis: herpes, zona, eritema, acné, etc. También añadiremos el mal perforante (caso de Duplay).

Se observa, con la exploración eléctrica de los músculos, la reacción de degeneración, indicio cierto de neuritis.

También se aprecia por el tacto, en los ciáticos graves, un aumento de volumen del nervio (Fernet).

El enfermo con ciática adopta, cuando el dolor no es bastante vivo para retenerlo en cama, una *actitud* bastante particular para permitir, casi ella sola, un diagnóstico á distancia. Estando el sujeto en pie, tiene su rodilla ligeramente flexionada, artificio que sirve para relajar el nervio ciático. Si la planta del pie descansa en el suelo en toda su extensión, lo que es la regla, la pelvis está inclinada forzosamente hacia el lado enfermo. Para restablecer la situación media del centro de gravedad del tronco, ó mejor dicho, para llevar este centro de gravedad hacia el lado sano y descansar por lo tanto, el miembro impotente, la columna lumbar se inerva y presenta una convexidad del lado enfermo. A menudo se establece una curva de compensación, en sentido inverso, en la región dorsal superior. En suma, esta es la *actitud de cadera*; la cadera del lado enfermo sobresale mucho. A la larga, esta *actitud* instintiva degenera en una deformación muy marcada y permanente de la columna vertebral: se llegará á la *escoliosis ciática* sobre la cual Charcot, y particularmente Babinski, han llamado la atención (1). Una variedad más rara de escoliosis ciática es aquella en que el tronco está inclinado del lado enfermo. Entonces se produce un relieve muy pronunciado de la cadera del lado sano, el cual lleva el peso del cuerpo hacia la pierna sana, á pesar de la inclinación del raquis lumbar y de la pelvis hacia la pierna enferma. Esta variedad ha sido estudiada por Brissaud (2), que le ha dado el nombre de *escoliosis homóloga* (inclinación del tronco hacia el mismo lado que la ciática), por oposición á la primera que la ha denominado *escoliosis cruzada*. Ya volveremos sobre la escoliosis homóloga á propósito de la ciática espasmódica, la cual suele ir asociada particularmente á este género de desviación. Estas diversas escoliosis, ordinariamente ligeras, y algunas veces muy marcadas, pueden persistir después de la ciática, pero muchos hechos prueban que tienen tendencia á desaparecer progresivamente, cuando esta última ha curado (Souques, Fran-

(1) V. Hallion, *Déviations vertébrales névropathiques*. Thèse de Paris, p. 47, 1892.

(2) Brissaud, *Arch. de neurol.*, Enero, 1890.

çon) (1). Pertenecen sobre todo á las ciáticas graves, á las neuritis ciáticas (2).

Tales son los síntomas de la ciática. Añadamos que, con el tiempo, pueden observarse alteraciones generales; continuamente atormentados por los dolores, los enfermos se hacen irritables, pierden el apetito y se debilitan. Se han señalado la glicosuria, la poliuria (3), como posibles complicaciones de la ciática. En estos casos, la ciática obra determinando el aumento de la presión sanguínea por un procedimiento reflejo ó provocando las manifestaciones de una neurosis latente (poliuria histérica).

FORMAS. — Desde el punto de vista clínico, se deben dividir con Lasègue en dos formas principales, unidas por una serie continua de intermediarios: tales son la forma benigna y la grave.

La *forma benigna* no implica una débil intensidad de los dolores; por el contrario, los dolores son desde el principio muy vivos; pero se presentan por accesos separados por intervalos de completa calma ó cuando menos el dolor continuo que une los accesos, es relativamente poco importante. Durante algunos días ó algunas semanas, se renuevan los accesos con ó sin regularidad; después, con la misma brusquedad con que se ha presentado, desaparecen.

En la *forma grave* el dolor fijo tiene más importancia que los paroxismos. Se establece sorda y lentamente; pero persiste largo tiempo, con mejorías pasajeras é incompletas; persiste meses y años y hasta deja rastros indelebiles. A esta forma corresponden los trastornos de la sensibilidad cutánea, de la motilidad, de la nutrición y de la vascularización locales: dicho de otro modo, todos los síntomas que hemos indicado, á parte del síntoma dolor.

En la primera de estas formas se ha reconocido el tipo característico de la neuralgia pura y, en el segundo, el cuadro de la neuritis crónica. También es legítimo denominar con Landouzy, á aquella *ciática neuralgia*, y á esta *ciática neuritis*. Es admisible que la una depende de un proceso central, medular, mientras que la otra tiene tal vez por substratum principal una alteración del mismo nervio; de todos modos, esto no es más que una hipótesis.

Hemos separado las dos formas por diferencias profundas; una distinción tan radical es demasiado esquemática para responder siempre á la realidad clínica. En realidad, existen una serie de variedades intermedias. En tal enfermo se presenta algo de paresia y de atrofia muscular, síntomas de neuritis; y sin embargo, este caso no puede colocarse entre los ciáticos graves, puesto que curará por completo después de una duración más ó menos larga. Si la ciática grave es siempre una ciática neurítica, ciertas ciáticas neuríticas pertenecen más bien á las formas benignas; la clasificación anatómica de Landouzy no corresponde con exactitud á la división clínica y pronóstica de Lasègue.

Brissaud (4) ha dado el nombre de *ciática espasmódica*, á una forma particular caracterizada por fenómenos espasmódicos muy marcados. No sólo se ob-

(1) Debove et Rémond, *Bull. Soc. méd. des hôp.*, p. 472, 1891. — Huchard, *Tension artérielle et sécrét. urin. dans la sciat.*, *Ibid.*, p. 117, 1892.

(2) Sin embargo, no siempre es así. Chauffard ha señalado una escoliosis persistente después de una ciática que solo había durado quince días y había curado por completo (*Soc. méd. hop.*, 5 Mayo, 1893).

(3) Según Brühl y Soulpault, la escoliosis homóloga se observa cuando el dolor ocupa la parte superior del ciático; tiene por objeto relajar los músculos pelvianos (*Méd. mod.*, p. 826, 1892).

(4) *Loc. cit.*

serva una exageración del reflejo rotuliano, síntoma que pertenece á ciertas ciáticas comunes, sino que también el fenómeno del pie y una contractura de los músculos peri-articulares de la pierna que determina una pseudo-anquilosis coxo-femoral. Además, el estado espasmódico traspasa el dominio del ciático é invade el plexo lumbar. De ahí una contractura de los músculos flexores laterales del raquis del lado enfermo y una incurvación lumbar consecutiva con la concavidad dirigida á *este mismo lado*. Es pues, una *escoliosis homóloga*; el tronco está inclinado hacia el miembro lesionado; el equilibrio se restablece merced al relieve de la cadera que lleva el centro de gravedad hacia la pierna sana.

Las *variedades etiológicas* de la ciática no tienen caracteres clínicos bien distintos que permitan erigirlas en variedades sintomáticas. Sin embargo, la naturaleza de la causa no deja de influir en la evolución de la enfermedad. La ciática refleja es generalmente una neuralgia pura; la ciática traumática ó por compresión es, por el contrario, muchas veces una neuralgia grave, por lo menos cuando la causa vulnerante ha lesionado el tronco mismo del nervio.

La ciática *a frigore* y las ciáticas infecciosas, como las del reumatismo articular y de la blenorragia aguda, más bien pertenecen á las variedades agudas ó sub-agudas de la neuritis. Lo mismo puede decirse de la ciática sífilítica, excepto en el período terciario, porque entonces puede depender de lesiones esclero-gomosas. Las ciáticas diatésicas de los reumáticos crónicos y de los gotosos, revisten todas las formas.

La *ciática doble* es excepcional. Es relativamente común en la diabetes; pero á menudo depende de una lesión del raquis ó de las meninges raquídeas ó es consecutiva á una afección de los órganos de la pelvis menor.

Achard y Soupault han descrito una *ciática histérica*, la posibilidad de la cual ya había señalado Babinski. Esta afección, muy dolorosa, puede presentarse después de un ataque nervioso; cura á veces por sugestión; ocupa el lado anestesiado. Se trata de una ciática histérica y no de una ciática común, sobrevenida en un sujeto afectado de histerismo.

MARCHA. — PRONÓSTICO. — Ya hemos visto cuán variable es la marcha de la ciática según la forma. El pronóstico se desprende de lo que hemos dicho á este propósito.

DIAGNÓSTICO. — En general, la ciática es fácil de reconocer. En la *artritis sacro-iliaca* ó la *sacro-coxalgia*, las presiones ejercidas de fuera hacia adentro en todo el hueso iliaco provocan el dolor en la articulación interesada. El *higroma agudo de la bolsa isquiática* va acompañado de una tumefacción circunscrita apreciable al tacto. Explorando la articulación de la cadera se reconocerán las artritis *coxo-femorales*, y la *coxalgia*. Un *reumatismo muscular* localizado en los músculos de la región glútea, determinaría un dolor difuso y extendido, no fijo en puntos limitados y especiales.

Existen *neuralgias metatarsianas* localizadas, que conviene no confundir con diversas funciones dolorosas del pie (1). En fin, con el nombre de *aquilodinia*, E. Albert (2) ha descrito una afección dolorosa del tendón de Aquiles, que también se debe distinguir de un dolor neurálgico localizado.

(1) V. Bradford, Metatarsal Neuralgia, or Morton's affection of the foot. *Boston med. and surg. Journ.*, xvii, 294-304, 1891.

(2) E. Albert, *Wiener med. Presse*, núm. 2. p. 42, 1893, anal. in *Rev. Neurol.*, p. 168, 1893.

Las *meningo-mielitis* y los *tumores que comprimen la cola del caballo ó las raíces del sacro*, determinan verdaderas ciáticas por compresión. Con frecuencia son ciáticas dobles; de ordinario existe hiperestesia en la región sacro-lumbar; los esfínteres presentan frecuentemente alteraciones concomitantes. Este último hecho, aseguraría por completo el diagnóstico.

Ya hemos indicado los caracteres que distinguen la ciática benigna de la ciática grave, la ciática neurálgica de la ciática neuritis.

Es muy esencial investigar la causa de la ciática; ante todo, importa saber si existe en la pelvis menor una causa de compresión. Conviene pensar en la sífilis y en la malaria, que exigen una terapéutica particular. Sabido es que los enfermos invocan á menudo, con razón ó sin ella, la influencia del frío, pero no se dará crédito á sus palabras sin precederlas una amplia información.

Según parece, ciertos caracteres del dolor suministran algunas presunciones respecto al diagnóstico etiológico. Los dolores paroxísticos profundamente localizados y terebrantes, indican un origen intra-raquídeo (Jaccoud). Cuando la enfermedad depende de una compresión intrapelviana, los puntos dolorosos ocupan de preferencia las regiones superiores, por hallarse el plexo sacro lesionado; se encuentran entonces los puntos lumbares, sacro-ilíaco y glúteo. La ciática *a frigore* más bien repercute sobre el trayecto del nervio en el muslo y sobre la rama ciática poplítea externa. Pero, estos datos sólo tienen un valor muy relativo.

NATURALEZA. — Se debe admitir, como bien fundada, la división establecida por Landouzy entre la ciática neuralgia y la ciática neuritis; sin duda alguna es diferente la modificación morbosa en estas dos formas.

Es posible y hasta verosímil que algunas veces la causa no esté sólo en el nervio, sino que existan en la médula ciertas alteraciones, ó cuando menos ciertas modificaciones funcionales, que tomen parte en el proceso. Sin querer abordar una discusión, que en su totalidad pertenece á la patología general, haremos observar que la afección llamada ciática no limita siempre sus manifestaciones al nervio ciático, ni siquiera al plexo sacro, sino preferentemente, y en particular en la ciática espasmódica (Brissaud), tanto el dolor como otros síntomas invaden el territorio del plexo lumbar. Es lógico pensar que, en tal caso, sirve la médula de intermediario. Los síntomas espasmódicos y ciertas atrofas musculares rápidas, demuestran claramente la participación de los centros espinales motores.

TRATAMIENTO. — El reposo en cama es necesario en los casos agudos y sub-agudos (1); al contrario, un ejercicio moderado y ordenado, es recomendable en los casos crónicos.

El tratamiento médico, contrariamente á lo que se podría creer, no tiene grandes indicaciones que sacar de los datos etiológicos (Lasègue); así, por ejemplo, la medicación clásica de la gota sólo tendría mediana eficacia en la ciática de un gotoso. Entiéndase bien, que quedan exceptuados la ciática sífilítica y la ciática palúdica, contra las cuales la medicación causal es muy potente.

Todas las medicaciones preconizadas contra las neuralgias en general y con-

(1) G. M. Hammond (*Journ. of nerv. and mental diseases*, xv, 1890), recomienda la inmovilización del miembro con ayuda de una tablilla lateral que va desde el pie á la axila.