

placas diseminadas, de extensión y forma variables. Además, en la siringomielia no se presentan los trastornos oculares característicos de la tabes: signo de Argill Robertson, atrofia blanca del nervio óptico, ni las crisis dolorosas viscerales, ni los trastornos viscerales.

Minor (de Moscov) ha llamado la atención sobre las analogías y las diferencias entre la siringomielia y la *hematomielia central* de origen traumático (1). En esta última, el principio es repentino, lo cual la diferencia de aquella; pero pueden presentarse parálisis con amiotrofia y disociación siringomiélica de la sensibilidad. Al cabo de algún tiempo pudieran confundirse ambas enfermedades, no teniendo en cuenta que el principio repentino de los accidentes, que rara vez afecta los miembros superiores, es característico solo de la hematomielia. A pesar de todo, este autor cree que debe haber numerosos casos diagnosticados de siringomielia, que en realidad son de hematomielia. El error no sería, sin embargo, siempre absurdo, si se admite la hipótesis de que á consecuencia de la hematomielia central, se desarrolla una mielitis que lleve á producir la formación de cavidades intramedulares.

El diagnóstico entre la siringomielia y las *neuritis* periféricas, será, en general, bastante fácil, por la localización de las amiotrofias y de las alteraciones de la sensibilidad, que no consisten habitualmente en la disociación siringomiélica; porque unas y otras están siempre localizadas en la zona de distribución de un nervio motor, sensitivo ó mixto. Además, la etiología tendrá en determinados casos gran importancia, por ejemplo, cuando se trate de neuritis alcohólicas, saturninas, diftéricas, etc. Por último, cada una de estas causas ó por lo menos algunas de ellas (saturnismo, alcoholismo), producen una forma particular de neuritis. Casi siempre el elemento dolor presentará en las neuritis una intensidad que no se observa en la siringomielia.

Pero se han descrito casos de neuritis en los que las alteraciones de la sensibilidad presentaban los caracteres de la disociación siringomiélica. Charcot refiere la historia de un enfermo que presentó esta disociación, pero localizada en el dominio del cubital, consecutivamente á un traumatismo de la región cervical, que había interesado á la vez que las raíces, la mitad de la médula, de manera que el enfermo, tenía, además de la anestesia siringomiélica del brazo, fenómenos medulares muy manifiestos con los caracteres del síndrome de Brown-Séguard. Se comprende cuán difícil debe ser el diagnóstico en casos análogos. Afortunadamente son muy excepcionales.

No se confundirá la quiromegalia siringomiélica de Charcot y Brissaud con la *acromegalia* típica. En la enfermedad de P. Marie, las lesiones no quedan limitadas á las manos, sino que invaden la cabeza y los pies; la desviación de la columna vertebral consiste en una cifosis cervico-dorsal; no existen los trastornos sensitivos ni tróficos.

La *esclerodermia* debería ser muy fácil de distinguir de la siringomielia, y recíprocamente, puesto que en aquella no se observan trastornos de la sensibilidad. Sin embargo, las lesiones esclerodérmicas en algunas ocasiones pueden presentar tal analogía, en particular, en los dedos, en los trastornos tróficos si-

(1) Minor, Contribution à l'étude de l'hématomyélie et de la syringomyélie. Congrès de Berlin, Agosto 1890; *Sem. méd.*, 6 Agosto 1890.

ringomiélicos, que se ha cometido este error (1). Será, por lo tanto, conveniente tenerlo así en cuenta, haciendo el examen de los enfermos tan detalladamente como sea posible, para evitar toda causa de error.

Debemos ocuparnos, aunque sea brevemente, de las relaciones entre la *siringomielia* y la *lepra*, cuestión promovida en estos últimos tiempos. Zambaco-Pachá, fundándose en argumentos puramente clínicos, y haciendo caso omiso del elemento anatomo-patológico y bacteriológico, sostiene que la enfermedad de Morvan, cuya frecuencia en Bretaña es notoria, no es más que una forma de la lepra, que además existe en esa comarca, con otras modalidades. Como ya está casi universalmente admitido que la enfermedad de Morvan es una forma de la siringomielia, es, por lo tanto, esta última la que debe ser identificada con la lepra. Pero la demostración no se ha hecho aún. Desde luego, la anatomía patológica de la médula es bien distinta en la lepra de la de la siringomielia, y además en esta última no se ha encontrado nunca el bacilo de Hansen. A decir verdad, los signos clínicos son bastante análogos en algunos casos. Se ha observado la lepra simulando la siringomielia, hasta el punto de confundir su diagnóstico (Chauffard (2), Pitres y Sabrazés), etc. (3). Pero se encuentran en la clínica algunas diferencias, que resultarán evidentemente secundarias, si la demostración de su identidad se hiciese en el porvenir; pero que permitan, sin embargo, distinguirlas (placas leprosas, distribución de la anestesia leprosa en islotes y rareza en la lepra de la disociación siringomiélica). Por lo tanto, es este un extremo aún por discutir, que dista mucho de estar completamente dilucidado (4).

El *histerismo* puede simular casi por completo la siringomielia (Charcot, Souques), cuando á un trastorno trófico histérico, la atrofia muscular, por ejemplo, se añaden alteraciones de la sensibilidad, presentándose con el aspecto de la disociación siringomiélica y ocupando segmentos de miembro, lo cual es característico de una y otra enfermedad. Sería imposible la distinción entre ambas enfermedades si no se tuviese por guía la existencia de todos los restantes fenómenos del histerismo, que no existen en absoluto en la siringomielia; los trastornos sensoriales, y en especial la estrechez concéntrica del campo visual, los ataques convulsivos, la influencia de la sugestión y de los agentes estesiógenos sobre la anestesia, su principio muchas veces repentino y la curabilidad de los accidentes.

Es conveniente no olvidar, que esta enfermedad es la que más á menudo se encuentra asociada con la siringomielia.

ETIOLOGÍA.—Desde que se ha aprendido á conocer la siringomielia, es considerada como una enfermedad relativamente frecuente. Según casi todos los autores, el sexo masculino parece mucho más expuesto á padecerla que el femenino. La profesión parece que no tiene una importancia considerable en la etiología de esta enfermedad. Sin embargo, se ha observado que los que des-

(1) Jacquet et de Saint-Germain, Lésions cavitaires de la moelle dans un cas de sclérodémie. *Soc. franç. de dermat. et de syphiligr.*, 22 Abril 1892.

(2) Chauffard, *Soc. méd. des hóp.*, 4 Noviembre 1892.

(3) Pitres et Sabrazés, Lèpre systématisée nerveuse à forme syringomyélique. *Nouvelle Iconographie de la Selpétrière*, 1893.

(4) Acerca de las relaciones de la lepra con la enfermedad de Morvan y la siringomielia, véase el notable artículo de Gombault. *Rev. neurolog.*, 1893, n° 14.

empeñan oficios manuales (panaderos, sastres, zapateros) están más propensos á padecerla.

La investigación de sus *causas predisponentes* no da resultados satisfactorios. En lo que concierne en particular á la *herencia neuropática*, por decirlo así, no se encuentra ésta en los individuos afectados de siringomielia. Claro es que deben exceptuarse los casos de asociación de esta enfermedad con otra distinta afección nerviosa, por ejemplo, con el histerismo, en cuya etiología la herencia nerviosa desempeña tan importante papel. Sin embargo, Verhoogen (1) ha visto la siringomielia en varios miembros de una misma familia, dos hermanas y un hermano (*siringomielia hereditaria*). Pero en este orden de ideas, á excepción de estos casos de Verhoogen, no se ha observado nada semejante.

En cuanto á las *causas ocasionales* invocadas habitualmente, no presentan un interés especial y no tienen importancia. Son: el frío, la humedad, los traumatismos, el exceso de trabajo; algunas veces las infecciones, en particular agudas: fiebre tifoidea, pneumonía, reumatismo. Babinski y Desnos han descrito un caso en que pudo atribuirse á la sífilis.

Como se ve, esta parte de la historia natural de la siringomielia resulta todavía completamente oscura.

TRATAMIENTO. — Después de lo que acabamos de decir respecto de los síntomas, de la evolución y del pronóstico, se puede prever que el tratamiento no será nunca más que paliativo.

El tratamiento general consistirá principalmente en la administración del ioduro de potasio, del nitrato de plata, del fosforo de zinc, de los bromuros y también en el uso de los tónicos (hierro, arsénico, etc.). Podrá emplearse con ventaja la hidroterapia en algunos casos.

Se hará localmente la revulsión á lo largo de la columna vertebral, pero con precaución á causa de la producción de los trastornos tróficos cutáneos. Para ello, se emplearán las cauterizaciones punteadas superficiales y se prescindirá de los vejigatorios y sobre todo de las cauterizaciones muy enérgicas, que pueden ocasionar ulceraciones rebeldes y destructoras. La atrofia muscular se combatirá con la electroterapia.

Algunos trastornos tróficos, panadizos, úlceras cutáneas, exigen fijar la atención y muy especiales cuidados á causa de las complicaciones septicémicas graves á que por ellos están expuestos los enfermos.

En los siringomiélicos, habrá que abstenerse todo lo posible de las intervenciones quirúrgicas. Estos enfermos son, en efecto, poco resistentes y se han observado varios casos de muerte á consecuencia de operaciones quirúrgicas. Esta misma falta de resistencia, esta susceptibilidad de los siringomiélicos, deberá tenerse siempre presente por el médico, en caso de enfermedades intercurrentes, infecciosas ó de otra naturaleza, que arrebatan á menudo á los enfermos.

(1) Verhoogen, La siringomiélie. *Journal de méd., de chir. et de pharm.*, 1893, n° 22.

ENFERMEDADES EXTRINSECAS DE LA MÉDULA ESPINAL

Por GEORGES GUINON

Dr. de la Facultad de Medicina de París

Trad. por M. ALONSO SAÑUDO

Catedrático de Patología y Clínica médica de la Facultad de Madrid

Reuniremos en un mismo artículo estos diversos capítulos de la patología espinal, pues que, en realidad, se confunden entre sí, siendo imposible describir los tumores de las meninges sin hablar de los signos que los caracterizan y que son precisamente los de la compresión de la médula.

Protegida como se halla por sus cubiertas óseas y membranosas, la médula no puede ser comprimida más que en condiciones del todo especiales. Los agentes exteriores ejercerán muy poca influencia sobre ella, á menos que no obren con gran violencia; pero en estos casos se tratará más bien de heridas que de compresión medular. Esta última, sin embargo, puede verificarse por el traumatismo, cuando produce una fractura ó una luxación de una ó varias vértebras, que ya en totalidad ó en forma de fragmentos sobresalen por el canal vertebral y comprimen más ó menos violentamente la médula.

Pero, se comprende que esta clase de compresión difiere totalmente de la que resulta, por ejemplo, del crecimiento gradual de un tumor en el interior del conducto raquídeo. Los síntomas de esta última son distintos de los otros. Por tanto, se describen dos formas de compresión en la médula: la lenta y la brusca.

CAPITULO PRIMERO

COMPRESIÓN LENTA DE LA MÉDULA (1)

CAUSAS. — Los agentes capaces de comprimir la médula son muy numerosos, pero se les puede clasificar en dos clases: los que proceden del interior del conducto óseo y los que tienen su origen fuera del canal raquídeo, y que se introducen en él por rotura (lesiones de la columna vertebral), ó por las vías naturales, los agujeros de conjunción. Los primeros son susceptibles de dividirse en varios grupos: los agentes desarrollados en la médula misma, los que

(1) Consúltese: Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II. — Oustaniol, Contribución al estudio de los tumores de las meninges raquídeas (anatomía patológica, sintomatología, tratamiento quirúrgico). Th. Paris, 1892. — Parmentier, artículo *Compression de la moelle* in *Manuel de Médecine* Debove-Achard, t. III, 1891.