

En los enfermos de cáncer vertebral no debe dudarse en acudir á las inyecciones de morfina para calmar los extraordinarios tormentos de la paraplegia dolorosa, cuando el descanso en la cama y los aparatos convenientes no bastaran.

En los otros casos, precisa sobre todo paliar los síntomas producidos directamente por la compresión, con especialidad los dolores, merced al opio, anti-pirina, fenacetina, etc. Los bromuros á dosis de tres gramos al día, por lo menos en el adulto, pueden ser útiles, cuando la paraplegia espasmódica alcanza cierto grado de intensidad. La electricidad no debe emplearse más que en los enfermos con paraplegia flácida, ó en el período de alivio, cuando haya desaparecido el elemento espasmódico.

Debe vigilarse cuidadosamente, para prevenirlos, por una antisepsia rigurosa, los accidentes que pueden resultar de la parálisis de los esfínteres, y en particular, de las alteraciones funcionales de la vejiga. También se procurará evitar la infección urinaria ó fecal, la formación de escaras y la septicemia consecutiva, que muy frecuentemente son causas de muerte en los enfermos que padecen compresión lenta de la médula.

CAPITULO II

COMPRESIÓN BRUSCA DE LA MÉDULA

CAUSAS.— La compresión brusca de la médula puede ser de origen espontáneo. Siendo así, resulta por lo común de la llegada brusca al canal raquidiano del líquido de un *absceso*, de un *quiste hidatídico* ó de un *aneurisma vecino*, y puede ser también ocasionada por una *hemorragia de las meninges raquidianas*.

Pero lo más frecuente es que la causa sea traumática y debida á la *fractura* ó á la *luxación de las vértebras sanas ó enfermas*, como en el mal de Pott, por ejemplo. En este último caso, puede ocurrir que la deformación brusca sea espontánea, pero esto es muy raro. Lo más frecuente es que á consecuencia de una caída ó de un choque se produzca el aplastamiento brusco de los cuerpos vertebrales.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.— Fácil es comprender que estos dos órdenes de causas ejercen su acción sobre la médula de una manera bien diferente. Los unos, aunque producen síntomas todavía de desenvolvimiento rápido, no se acompañan en el comienzo de lesiones medulares profundas. Si más adelante persiste la causa de la compresión, se hallan lesiones de compresión lenta, y por lo demás, éstas alcanzan generalmente una extensa porción de la médula.

En la compresión brusca de origen traumático, debida á una lesión de las vértebras, si no va acompañada de herida ó desgarradura de la médula, no existe lesión alguna en este órgano, ó la que hubiere es perfectamente susceptible de reparación, según demuestra la clínica. Rubicundez y pequeñas hemorragias intersticiales son las únicas alteraciones apreciables en estos casos, que

algunas veces, siendo graves, consiste la gravedad, no en lo profundo de las lesiones, sino en su sitio, y la muerte puede acaecer por la suspensión de funciones de ciertas regiones, por decirlo así, vitales de la médula. Por lo tanto, la compresión brusca realiza esta interrupción de funciones independientemente de toda alteración profunda del tejido mismo del órgano.

En los Tratados de cirugía se encontrará la descripción de la anatomía patológica de las lesiones óseas traumáticas de la columna vertebral. Ahora sería impertinente detenerse en ellas.

SINTOMATOLOGÍA.— Los síntomas de la compresión brusca varían. Según la región comprimida, son absolutamente los mismos de las perturbaciones objetivas de motilidad, sensibilidad, que se refirieron á propósito de la compresión lenta, con la sola diferencia de que se producen bruscamente.

Por esto, la lesión de la región dorsal da origen á una paraplegia repentina más ó menos completa, según que la compresión es más ó menos intensa. Pero aun en los casos en que ésta sea relativamente ligera, puede hallarse en los primeros momentos parálisis absoluta, con desaparición completa de los movimientos reflejos, debida á la *conmoción medular* (Vulpian). Siempre va acompañada la paraplegia de trastornos de la sensibilidad, relacionadas con el sitio preciso de la lesión (véase lo ya dicho), y que consisten en la abolición ó disminución de la sensibilidad; también existe al mismo tiempo parálisis de la vejiga y del recto.

Estos accidentes pueden persistir consecutivamente si no se suprime su causa, y entonces se presencia el desarrollo más ó menos regular de los fenómenos de la compresión lenta: exageración de los reflejos rotulianos, paraplegia espasmódica, atrofia muscular, etc.

Pero si se llega á eliminar la causa del mal, se ve disminuir los síntomas rápidamente muchas veces y conseguirse la curación completa. En veinticuatro horas, se les ha visto desaparecer en sujetos que padecían paraplegia á consecuencia de una enfermedad vertebral y que fueron sometidos á la aplicación de aparatos apropiados (Parmentier).

El pronóstico es mucho menos favorable en las lesiones de la región cervical, lo más frecuente es que éstas acarreen la muerte y en ocasiones rápidamente. Sin embargo, este juicio no debe formularse como absolutamente fatal, pues se citan curaciones después de reducir una luxación de las vértebras cervicales; en todos casos, urge intervenir porque sólo los síntomas por sí mismos, pueden matar al enfermo. En efecto, en los casos de compresión brusca de la región cervical, vánse desarrollando con mucha rapidez, todos los fenómenos á que se ha pasado revista, cuando se trató de la compresión lenta de esta misma porción de la médula, y estas son perturbaciones de la motilidad, que interesan los cuatro miembros y síntomas de la respiración y de la circulación, especialmente graves, *quoad vitam*. Alguna vez, la muerte puede ocurrir con fiebre, que sería debida según Antona, á la septicemia consecutiva á una especie de neurosis rápida de los órganos, vejiga, riñones, etc. (1).

Cuando la lesión asienta por encima de la tercera vértebra cervical, la muerte puede ser poco menos que instantánea á consecuencia de la parálisis del dia-

(1) D'Antona, Sur un cas de fracture de la sixième vertèbre cervicale. X^e Congr. de la Soc. ital. de chir., Octubre 1893.

fragma (nervio frénico). Si aquella fuese una fractura ó una luxación del atlas y del axis ó una ruptura del ligamento transverso de la apófisis odontoides, hay compresión del nudo vital, de la médula oblongada y muerte inmediata.

La menos grave, es seguramente la lesión de la región lumbo-sacra, porque entonces solamente las fibras nerviosas de la cola de caballo son las interesadas; sin embargo, puede producir como consecuencia, accidentes reveladores, de la compresión lenta de esta región (véase lo dicho anteriormente).

Cuando la compresión brusca de la médula es espontánea y debida, sea á una hemorragia meníngea, sea á la irrupción en el canal raquidiano, del líquido de un quiste hidatídico, de un absceso ó de un aneurisma, se encuentran los signos del hematorraquis. Mézclanse á las alteraciones debidas á la compresión, los fenómenos irritativos: contracturas de los miembros inferiores, convulsiones tetánicas de los músculos de los miembros y del tronco, sacudimientos clónicos, exageración de reflejos.

DIAGNÓSTICO. — El principio rápido de una parálisis con perturbaciones de la sensibilidad, acaecida en un sujeto gozando anteriormente de salud y consecutiva á un gran traumatismo, á una caída de un lugar elevado, obliga á pensar desde luego en una fractura ó en una luxación de la columna vertebral, productora de la compresión brusca de la médula. Deberá tenerse en cuenta sin embargo, la posibilidad de que haya síntomas paralíticos, consecutivos á la *conmoción de la médula ó del cerebro* ó también al *shock nervioso*.

En los casos de conmoción de la médula, los trastornos son instantáneos y algunas veces muy intensos, pero lo frecuente es que desaparezcan al cabo de un tiempo más ó menos corto, sin dejar en pos de sí huella alguna.

Es muy raro que el *histerismo traumático* dé origen á parálisis, que se presenten inmediatamente después del traumatismo. Por lo general existe, entre aquéllas y éste, un período de incubación que dura algún tiempo. El diagnóstico se aclara siempre por la presencia, en los casos de lesión traumática vertebral, de una deformación de la columna ósea, que no existe en los demás estados morbosos, supuestos anteriormente. Debe existir, según esto, en relación con los síntomas de compresión, un punto, eminencia ó depresión, con dolor local, hinchazón y alguna vez equimosis.

Cuando esta deformación se presenta en un sujeto enfermo con anterioridad del mal de Pott, el diagnóstico completo es muy sencillo, pero es indispensable recordar que la enfermedad vertebral puede muy bien haber estado latente y ser su signo primitivo la luxación brusca de las vértebras, y este caso es poco frecuente, y entonces ocurre á menudo que hay cierta desproporción entre la importancia del traumatismo y la lesión producida por él.

Es posible que en un mal de Pott bien diagnosticado desde su principio, la invasión brusca de un absceso por congestión, por delante de la columna vertebral, comprimiendo los órganos del cuello y del mediastino, haga creer en la existencia de la compresión brusca de la médula cervical; pero la disnea por compresión de las vías respiratorias no es lo mismo que la de la lesión de la médula y basta indicar apenas este error para evitar el caer en él.

No existiendo ningún signo local, ni deformación alguna de la columna vertebral, como consecuencia del traumatismo sufrido, puede pensarse para explicar los síntomas nerviosos, además de la conmoción de la médula y del shock

nervioso, en una *hematomielia* ó un *hematorraquis*; la sintomatología de éste no se halla bien determinada; generalmente se encuentran, además de los síntomas de compresión, los irritativos que ya se han mencionado: convulsiones tetánicas de los miembros y tronco, contracturas y exageración de reflejos.

TRATAMIENTO. — El tratamiento es casi exclusivamente quirúrgico, y consiste en practicar, tan pronto como sea posible, la reducción de la fractura ó de la luxación, con ayuda de los procedimientos empleados en tales casos.

Cuando el tratamiento no haya podido ser aplicado tan pronto como fuera preciso, y persistieran los síntomas más ó menos lejanos de compresión, hay lugar todavía, en determinados casos, de intentar una intervención quirúrgica. Pero entonces ya no se trata de una reducción sencilla de una fractura ó de una luxación, sino de operar más frecuentemente (trepanación de la columna vertebral). Con este procedimiento se ha podido obtener resultados favorables (Tuffier y Hallion).