

Tuberculosis raquídea.

Este proceso puede ofrecer diversas localizaciones; pero como su naturaleza es idéntica, las reuno bajo este epígrafe, porque así doy más unidad al estudio y hago resaltar las síntesis nosológicas, que facilitan mucho los juicios clínicos; cuando asienta en la primera y segunda vértebras cervicales, se le denomina *mal suboccipital* ó tuberculosis occipito-atlo-axoidea; y cuando radica en cualquiera otro punto de la columna vertebral, se le llama de ordinario *mal vertebral de Pott*.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — Esta enfermedad se observa muy á menudo en la infancia, siendo su razón lo frecuente de los traumatismos en esta edad y la predisposición que por su natural debilidad ofrecen los niños á la tuberculosis; con esto dejo ya manifestado cuáles son los dos factores etiológicos fundamentales de la tuberculosis raquídea, es decir: todas las violencias que alteren la integridad de los tejidos y todas las causas susceptibles de ocasionar la tuberculosis en general.

¿Pero qué importancia proporcional ofrecen los agentes de uno y otro orden? Es el mismo problema que surge cuando se estudia la patogenia de las diferentes tuberculosis externas; mas como no me gusta generalizar en Medicina, porque lo creo muy propenso á error, ni sería pertinente hablar aquí de otras enfermedades que las comprendidas en el epígrafe de esta lección, limitaré mis reflexiones á la tuberculosis vertebral.

En tesis general, los traumatismos representan la causa, que no llamo predisponente ni ocasional, pues reúne ambos caracteres, sino *iniciadora del proceso*, que en un principio es de índole común; y el bacilo de Koch es la causa que *especializa el proceso*, dándole el carácter tuberculoso. Pero la modalidad clínica, llamada *mal de Pott*, tal vez no ofrezca constantemente esta naturaleza, sino que sea debida en algunos ó en muchos casos á agentes morbígenos diversos, como los productores de las tuberculosis atípicas, ó ya sea de índole osteomielítica, actinomicósica, ó bien intervenga en su desarrollo la sífilis, etc.

El eximio clínico D. Federico Rubio dice que el mayor número de torceduras de la espina origina de traumatismos; de ellas el número mayor es debido á roturas del ligamento vertebral común anterior y se hallan caracterizadas por jorobas de gran curva y falta de parálisis; y que á éstas siguen en frecuencia las ocasionadas por la rotura del ligamento vertebral común posterior, en las cuales la jiba es de pequeña curva, ó más bien se halla constituida por una pequeña prominencia aguda, y se acompaña generalmente, más ó menos tarde, de parálisis ó de paresia de los miembros abdominales; opinión que conceptúo muy aceptable, pues la lesión que esta ruptura implica y la movilidad anormal que las vértebras adquieren explican satisfactoriamente la iniciación del estado morboso. Es verdad que semejante factor no interviene en todos los casos, pues no repugna á la razón el admitir el desarrollo del proceso, aun cuando no haya

tenido lugar más que un micro-trauma constituido por un ligero magullamiento, ó un pequeño desgarro de cualquiera de los tejidos que integran la columna vertebral, producido por un golpe, una caída ó por uno de esos movimientos bruscos y violentos hacia atrás que con tanta frecuencia efectúan los niños, abusando irreflexivamente de la flexibilidad de sus articulaciones; así como también conceptúo posible la aparición de la enfermedad por el solo impulso de los agentes microbianos, especialmente por el bacilo de Koch, ya que, en mi opinión, tiene poder bastante para establecer *por sí solo* la tuberculosis en cualquiera de sus localizaciones externas ó internas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — El conjunto de lesiones de esta enfermedad es muy complejo; pero no todas ellas se presentan desde luego, sino que unas ofrecen el carácter de primitivas, mientras que otras son la consecuencia natural de la evolución morbosa.

El cuerpo de las vértebras es el punto en que se inicia la tuberculosis, la cual ofrece dos formas distintas: ó gana más bien en profundidad destruyendo uno ó varios cuerpos, ó sigue una marcha más superficial y difusa, interesando, aunque no tan profundamente como en la modalidad anterior, un gran número de vértebras; pero rara vez aparecen aisladamente una ú otra de estas formas, pues lo general es que se presenten más ó menos combinadas.

La destrucción del cuerpo de las vértebras, y más tarde de los discos intervertebrales, ocasiona la torcedura del raquis, angular ó redondeada, según las circunstancias, hallándose representada la patogenia de esta torcedura por los siguientes factores: 1.º, falta de solidez en un punto de la columna vertebral; 2.º, gravitación de la cabeza y de la porción de tronco situada por encima de la lesión, no sólo de arriba abajo, sino también hacia adelante por la disposición de la parte anterior de la cabeza; 3.º, movimientos de flexión antero-posterior del tronco.

Entre los diversos tipos que pueden ofrecer en conjunto las lesiones de la columna vertebral, se hallan los denominados *espondilolistesis* y *espondilicema*; el primero consiste en el avance de la quinta vértebra lumbar, que llega así á constituir relieve en el estrecho superior, á consecuencia de las lesiones que sufren los apófisis articulares y el disco lumbo-sacros; y el segundo es la inclinación de toda la columna vertebral hacia adelante, producida por la destrucción de la quinta vértebra lumbar.

Aparte de las desviaciones que experimenta el raquis en la parte afecta, se desarrollan, debajo y encima de éstas, corvaduras, cuyo papel es restablecer el equilibrio del centro de gravedad del cuerpo; sufriendo también las partes blandas alteraciones mecánicas consecutivas á la flexión anormal de la columna vertebral, tales como las deformaciones y desviaciones de la aorta y de los pulmones. En la jaula torácica se presentan también deformaciones variables cuando la cifosis ocupa la región dorsal; pero no en todos los casos, pues hace años estuvo en esta Clínica de niños uno de ocho años de edad, cuya corvadura raquídea se extendía desde la tercera vértebra dorsal hasta la última lumbar, y en cambio la mitad anterior del tórax y vientre ofrecían una conformación normal, aunque de menores dimensiones que las que correspondían á la edad del niño; lo que formaba tal contraste que, mirando alternativamente al enfermito

por delante y por detrás, parecía formado por la unión de dos individuos diferentes; siendo debida, á mi juicio, semejante conformación á la temprana edad —año y medio— en que se había iniciado el padecimiento, pues la excurvación que había sufrido la columna vertebral, que fué aumentando con el transcurso del tiempo, implicaba necesariamente acortamiento, y como consecuencia el desarrollo de los tejidos de la parte anterior del tronco se había realizado con sujeción al plan anómalo impuesto por la desviación raquídea.

Las alteraciones hasta aquí indicadas constituyen un conjunto armónico, hallándose representada la fundamental por la torcedura del raquis y siendo las otras efectos mecánicos de ésta. Pero además tienen lugar propagaciones de la tuberculosis á las partes circunyacentes, y de éstas á las inmediatas, tanto extrarraquídeas como á las situadas en el conducto vertebral, ya por verdadero agrandamiento del proceso tuberculoso en sí, que invade á los tejidos ambientes, ó tan sólo por el avance del exudado puriforme, el cual da lugar á los abscesos osifuentes, que pueden presentarse en puntos muy variados, y cuyo exudado realiza á veces migraciones á muy larga distancia — este último curso ha estado en la Clínica una niña de doce años con un mal de Pott cérvico-dorsal, cuyos exudados salían por un orificio fistuloso que se había fraguado espontáneamente en la fosa ilíaca izquierda —, si bien en uno y otro caso la propagación se realiza por continuidad de tejidos. Mas otras veces los brotes tuberculosos secundarios se desarrollan á distancia del foco vertebral, es decir, por transmisión discontinua, probablemente por la vía linfática, apareciendo las nuevas localizaciones tuberculosas en los ganglios, en las serosas ó en otros órganos; lo cual no es privativo del mal de Pott ni del suboccipital, sino que constituye simplemente un hecho de autoinfección, de difusión tuberculosa, que se observa de igual manera cuando la tuberculosis asienta primitivamente en cualquier otro órgano.

Las lesiones intrarraquídeas — las cuales ofrecen un grande interés patogénico respecto de los desórdenes nerviosos que en la patografía veremos se presentan en ocasiones en esta enfermedad — consisten en la propagación del proceso al tejido adiposo extrameningeo; la paquimeningitis, primero externa, pudiendo después extenderse el proceso á las demás meninges; las lesiones de la médula y las radicales; estas últimas pueden hallarse constituidas por la flegmasía ó por la atrofia de las raíces nerviosas.

Las medulares constituyen todavía en la actualidad un tema de viva controversia, pues no existe acuerdo entre los diferentes investigadores relativamente á si la médula es comprimida por la torcedura de la columna vertebral (Louis, Nogens), por las fungosidades (Charcot) ó por los exudados perimeningeos, desarrollándose con tal motivo una mielitis esclerosa transversal; á si se produce anemia ó edema medulares, según tenga lugar la compresión en las arterias (Ziegler) ó en las venas y en los linfáticos (Kalher), ó bien si el edema no es debido á éxtasis, sino á ptomainas (Schmaus); á si el edema ocasiona disociación de los elementos medulares (Brissaud); ó si, por último, se trata de una inflamación de las arterias y de los vasos linfáticos. A todas estas interpretaciones las considero verosímiles; pues el desquiciamiento de la columna vertebral, cuando forma un ángulo agudo, ó la presencia de algún secuestro, así como

el proceso flogístico-tuberculoso intrarraquídeo, pueden comprimir más ó menos á la médula; explicándose también perfectamente el desarrollo de arteritis, linfagitis y edemas medulares, y verdaderas mielitis, porque es sobradamente capaz de ocasionar semejantes procesos la tuberculosis vertebral, sobre todo cuando sigue una evolución destructiva.

Las lesiones del mal suboccipital son de índole análoga á las que acabo de exponer, por cuya razón no descendo á detalles; pero sí diré que puede tener lugar la muerte instantánea por luxación vertebral, á consecuencia de la destrucción de los ligamentos correspondientes á las articulaciones atlóido-occipital y atlóido-axoidea.

PATOGRAFÍA. — Los primeros síntomas consisten en dolores de intensidad variable, que unas veces asientan en el punto afecto de la columna vertebral, desde donde se propagan al abdomen, á la pelvis, á los muslos ó á las paredes torácicas, y otras veces en la cintura ó en el vientre, sin que los niños se quejen del dorso, ya porque no sepan dar cuenta exacta de sus sensaciones ó porque realmente no sufran dolor alguno en la espalda, lo cual es muy verosímil. Los dolores raquídeos son espontáneos ú ocasionados por los movimientos del tronco, pudiendo también ser provocados por la presión ejercida con un dedo sobre cada una de las apófisis espinosas sucesivamente, con lo cual comprobaremos que surgen aquéllos cuando lleguemos á la parte afecta, así como cuando comprimamos sobre las apófisis transversas correspondientes.

Aun cuando es distinta enfermedad, debo citar, por ser de análoga naturaleza, algunos niños que padecían coxartroce ya muy avanzado y en la Clínica no se quejaron nunca sino de la rodilla, y lo mismo me dijeron sus madres que sucedía cuando estaban en su casa, si bien esto era sólo respecto de los dolores espontáneos, algunos por cierto de gran intensidad, pues cuando imprimía el más ligero movimiento al muslo ya se quejaban los niños de la articulación afecta — aunque en algunos casos seguían refiriendo el dolor á la rodilla —, y en cambio no acusaban dolor alguno cuando les doblaba la pierna sobre el muslo, pero cuidando de no mover nada este último; lo que demuestra que á veces el dolor espontáneo se irradia á las partes próximas con tal intensidad, que obscurece al que asienta en el punto lesionado, ó que falta realmente en éste.

El otro síntoma inicial es cierta rigidez en que el niño mantiene su tronco ó su cuello, según donde radique la lesión, para evitar los movimientos, porque le ocasionan dolor; así se ve que si la cifosis es, por ejemplo, dorsal, cuando tiene el niño que coger un objeto del suelo, en

vez de doblar el tronco dobla las rodillas y las articulaciones coxo-femorales hasta llegar con la mano al suelo; y si padece mal suboccipital, ni extiende la cabeza hacia atrás para mirar al techo, ni la mueve lateralmente, sino que se limita á mover los ojos cuanto le es posible para ver lo que desea, ó el tronco para arrastrar con él la cabeza, manteniendo ésta inmóvil como si el cuello fuera de una sola pieza. Además, el niño muestra poca aptitud para el ejercicio y se fatiga muy pronto; y durante el sueño, que es algo inquieto, se queja de cuando en cuando por los dolores que experimenta.

A veces se presentan accesos febriles irregulares, elevándose la temperatura dos y tres grados, para descender después á la cifra normal ó por bajo de ella, dentro de las veinticuatro horas.

Los síntomas precedentes constituyen lo que se puede considerar como la fase primera de la enfermedad, es decir, aquella en que la tuberculosis evoluciona de un modo latente, desde el punto de vista objetivo, destruyendo cuerpos de vértebras y discos intervertebrales, cuyas lesiones dan lugar á las alteraciones estáticas del raquis y á los demás fenómenos que caracterizan el segundo período.

La giba que se produce varía extraordinariamente de condiciones en cada uno de los casos, incluso en la manera de desarrollarse, que unas veces es con rapidez, mientras que otras es con lentitud. Esta prominencia anormal en cualquier punto del raquis constituye el síntoma de más valor, y no le califico de patognomónico—como hace algún autor—, entre otras razones porque puede darse el caso de que exista una tumefacción raquílica ó de otra naturaleza en alguna de las apófisis espinosas, que ofrezca todas las apariencias de una desviación de la vértebra en masa hacia atrás, sin que en realidad haya cambiado en lo más mínimo su situación.

La forma de la desviación vertebral unas veces es angular y otras redondeada, así como el volumen, que en unos casos se halla constituido por una ligera prominencia de una ó varias apófisis espinosas, mientras que en otros es de dimensiones considerables. En algunas ocasiones se lateraliza un poco la gibosidad; pero casi siempre es central. Cuando la torcedura está formada por varias vértebras, la que ocupa ó las dos que ocupan la parte media corresponden al máximo de la tumefacción, en tanto que la prominencia de las contiguas, lo mismo hacia arriba que hacia abajo, va disminuyendo gradualmente hasta llegar al nivel normal.

La actitud del niño cambia según cuál sea la localización de las le-

siones vertebrales. Si se trata del mal suboccipital, la cabeza aparece recta ó un poco ladeada, ligeramente inclinada hacia adelante y completamente rígida é inmóvil, pronunciándose más la anómala actitud de la cabeza á medida que se acentúa la destrucción vertebral. En la región cérvico-dorsal la cabeza está en flexión y además se hunde entre los hombros, á consecuencia del acortamiento que sufre la columna vertebral, si bien á veces dirige el niño la cabeza algo hacia atrás para desviar la línea que sigue la gravitación; lo cual depende del grado y disposición del desquiciamiento raquídeo y de la modalidad que instintivamente imprime el enfermito á la contracción muscular para librar en lo posible á la parte afecta del peso de la cabeza. En la dorsal media se encuentran los hombros elevados y la cabeza dirigida hacia atrás, efecto de la corvadura compensadora de la región cervical, de convexidad anterior, para conservar el centro de gravedad. Y, por último, en la lumbar yo creo que la actitud que preferentemente adopta el niño es inclinar hacia adelante toda la porción del tronco situada por encima de las partes lesionadas, para descargar á éstas en lo posible de los efectos de la gravitación directa.

El estado de los tejidos circunyacentes, desde el punto de vista del examen hecho por el dorso, varía; en el mal suboccipital aparece en unos casos la región posterior del cuello tumefacta y engrosada, mientras que en otros no presentan sus tejidos hinchazón alguna, lo cual depende de la dirección que siguen la infiltración tuberculosa y los exudados; en el resto de la columna vertebral pueden también hallarse alterados ó íntegros los tejidos blandos, según hayan sido ó no interesados por el proceso; alguna vez he encontrado en la región lumbar una especie de contractura local alrededor del foco tuberculoso, apreciable, no sólo por la palpación, sino á simple vista por la depresión bilateral que á cierta distancia había.

Los abscesos osifuentes constituyen un síntoma importantísimo. En la tuberculosis occípito-atlo-axoidea pueden presentarse detrás de la faringe y aun extenderse al mediastino; ora dirigirse á uno de los lados del cuello, ó ya hacia atrás. Los dependientes de mal de Pott dorsal siguen direcciones distintas: pueden abrirse en la pleura ó en los bronquios; extenderse por el tejido conectivo que rodea á la aorta; atravesar con esta arteria el diafragma y llegar al vientre; correrse por la pared torácica, etc. Los procedentes de la región lumbar, unas veces siguen al psoas y se abren cerca del trocánter menor; otras se deslizan los exudados hasta la parte anterior del sacro, ó bien siguen

otras direcciones. Recuerde el lector la niña que he citado, en la que el absceso llegó á abrirse en la fosa iliaca izquierda, y eso que la tuberculosis radicaba en las últimas vértebras cervicales y primeras dorsales; en otro niño se abrieron también camino los exudados en la fosa iliaca izquierda, y el mal de Pott comprendía desde la undécima vértebra dorsal hasta la quinta lumbar; en este último caso era verdaderamente extraño que, en vez de haber seguido el pus la dirección del psoas é iliaco y ser eliminado por debajo de la ingle, se hubiera deslizado por el tejido conectivo extraperitoneal, recorriendo la pared lateral del abdomen hasta abrirse en la fosa iliaca.

Los fenómenos médulo-radiculares son muy diferentes en cada caso, pudiendo consistir en aquinesia, con frecuencia espasmódica, cuyo asiento se halla en relación con el que la lesión vertebral ofrece, y siendo la paraplegia la que más á menudo se observa; perturbaciones anestésicas, hiperestésicas ó disestésicas; y alteraciones tróficas, como por ejemplo, lesiones de la piel.

PATOCRONIA.—El curso de esta enfermedad es crónico, y su duración indeterminada. El desenlace es en unos casos funesto, debido á circunstancias diversas, como el desarrollo de tubérculos en alguna víscera, el aniquilamiento orgánico producido por la supuración, por la tristeza y por los sufrimientos, ó por estados morbosos intercurrentes; pero en otros, en la mayoría, termina por la curación, si bien con gran lentitud y de un modo tan silencioso, que no se sabe cuándo ha tenido lugar, sobre todo con carácter definitivo; pues como su marcha llega á ser tan pasiva é indolente, sólo la falta durante mucho tiempo de supuración, de dolor y de todo fenómeno revelador de proceso morbozo, nos permite *suponer* que se ha verificado la curación, pero sin que abriguemos convencimiento de ello, pues en ocasiones, después de transcurridos algunos meses y aun varios años, se exacerba la enfermedad ó reaparece, porque realmente no es posible decir si es recaída ó recidiva. Semejante incertumbre respecto del momento en que es definitiva la curación de esta enfermedad es completamente inevitable, no ya sólo en cada caso particular, sino aun considerado el asunto en principio; pues aunque, según tengo entendido, en un Congreso internacional celebrado en Berlín se ha fijado en cinco años el tiempo que haya de contar de antigüedad la curación de la tuberculosis para que pueda considerarse como definitiva, no creo que sea dado adquirir seguridad, sea cualquiera el plazo que transcurra, pues tengo noticia de un caso de recidiva de tuberculosis articular á los ocho años. El procedimiento mediante el cual se efectúa la curación, yo le expresaría diciendo que es el antitético al que sigue el proceso en su evolución ascendente; pues este último es de aparición y aumento de fungosidades, de reblandecimiento y de destrucción de los tejidos del foco, y de infiltración tuberculosa y de depósito de exudados comunes en las partes contiguas, mientras que el curativo es de desaparición de fungosidades por reblandecimiento, des-

trucción y eliminación sucesivas cuando existen trayectos fistulosos, pero sin que vuelvan á formarse, ó de transformación fibrosa de las fungosidades, de cesación del reblandecimiento de los tejidos, los cuales se van descartando paulatinamente de los elementos tuberculosos que contienen; y al mismo tiempo de depósito de sales calcáreas, que pueden originar una nueva osificación. Excepto el depósito de sales calcáreas, que sólo se produce de ordinario en los huesos afectados, este procedimiento curativo es análogo al que tiene lugar en cualquiera otra región del organismo, por ejemplo, en la tuberculosis articular. En esta última, por ser más accesible á la observación, es en la que se puede apreciar con bastantes detalles el curso del proceso en evolución morbígena y en involución curativa; y por cierto que considero inadmisibles las dos denominaciones que se han propuesto para designarlas, ó sea la de *adiposis inflamatoria*, que es la tuberculosis en incremento, y la de *esclerosis inflamatoria*, que se refiere á la declinación del proceso; cuyos nombres reemplazaría yo por los de *tuberculosis inflamatoria* y *tuberculosis esclerósica* respectivamente, pues creo que expresan con bastante fidelidad el carácter predominante del proceso en uno y otro caso.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—Ofrece tres problemas: 1.º, el nosológico; 2.º, averiguar la existencia de la enfermedad cuando aún no se ha producido la torcedura; y 3.º, distinguir esta última de otras desviaciones raquídeas.

El primero es el más difícil, hasta el punto de que en muchos casos nuestro juicio no puede alcanzar otro carácter que el de simple presunción. En efecto, cuando no tiene lugar la eliminación de exudados al exterior, permanece lo íntimo de las lesiones inaccesible á nuestra observación directa, pues en la mayoría de casos el examen de la joroba no nos suministra sino resultados negativos, exceptuando el hecho en sí de la torcedura raquídea, porque las partes blandas que la rodean no presentan alteraciones morbosas; por consiguiente, cuando se trata de una lesión cerrada, tenemos que limitarnos al cálculo de probabilidades que arrojen la anamnesia del niño, su modalidad constitucional y las concomitancias morbosas, si es que existen, así como el curso que ha seguido la enfermedad, deduciendo del conjunto de circunstancias si es un proceso tuberculoso—que es el más frecuente—, sifilítico, etc.; ahora, cuando hay orificio fistuloso que dé salida á exudados, entonces el diagnóstico alcanzará un alto grado de seguridad, si podemos comprobar en el pus la presencia del bacilo de Koch ó de los granos amarillos actinomicósicos, según se trate de un proceso tuberculoso ó de actinomicosis respectivamente.

El diagnóstico de la enfermedad, cuando no existe desviación de la columna vertebral, será más ó menos probable según el número y la