

ción de las vértebras, los abscesos oxifluentes, la incurvación del raquis, la compresión de la médula y todos los accidentes que dependen de ella; 3.º período de reparación ó descenso de la caries vertebral y mejorías mas ó menos marcadas en las lesiones de motilidad y sensibilidad. Pero este tercer período, que es una terminación feliz, no existe siempre. Los progresos de la caries, el empobrecimiento de la economía, los desórdenes de los abscesos por congestión y la compresión medular, y por último, la generalización de la lesión tuberculosa, cuando esta causa existe, determinan con frecuencia la muerte.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La alteración característica del mal de Pott es la caries del cuerpo de las vértebras, y de aquí deformaciones del raquis y del tórax, los abscesos por congestión, la compresión y lesiones de la médula. La caries vertebral puede ser simple, es decir, resultado de una osteíte provocada por una causa ordinaria, ó bien la consecuencia del desarrollo de tubérculos en el tejido esponjoso de los huesos. Los discos intervertebrales se alteran consecutivamente, y su destrucción, unida á la fragilidad del cuerpo de las vértebras corroidos por la caries, determina la incurvación del raquis y su flexión angulosa en el punto enfermo. De aquí una gibosidad. Es digno de observarse, dice Nélaton, que á pesar de la existencia de una corvadura de las mas pronunciadas, el conducto vertebral conserva generalmente sus dimensiones normales y aun algunas veces está ensanchado al nivel de la gibosidad.

Las partes contenidas en el estuche raquidiano está á veces exentas de toda lesión, pero suele suceder que las meninges presenten indicios de inflamación, y la misma médula se reblandece como ha demostrado Louis (1).

En el mal de Pott se producen con frecuencia abscesos por congestión. Broca (2) cree que faltan siempre cuando la afección tiene su origen en un depósito tuberculoso. El trayecto de los abscesos influentes varía necesariamente según el asiento de la alteración vertebral. Si el absceso tiene su punto de partida en la región cervical, hace prominencia adelante bajo los músculos largos del cuello, y el tumor puede fraguarse poco, bien por las fosas nasales, bien por la laringe, cuya compresión puede determinar la asfixia. Si la supuración se efectúa en las porciones inferiores de la región cervical, el pus puede seguir el plexo braquial y hacer salida por la axila. Cuando son las vértebras dorsales las que producen el pus, este pasa por los lados de la aorta entre los pilares del diafragma, llega á la región iliaca, y siguiendo á la arteria iliaca primitiva, pasa por el anillo

(1) Louis, *Recherches anatomopathologiques sur diverses maladies*. 1826, p. 410.

(2) Broca, *loc. cit.*

crural, y mas rara vez por el anillo inguinal. En lugar de seguir los vasos, puede el pus penetrar en la vaina del psoas y caminar hácia el trocánter menor, apareciendo en la parte superior y posterior del muslo, entre el trocánter y el izquion. Cuando el pus tiene su origen en la región lumbar, sigue el camino del psoas de la arteria iliaca, y sigue la ruta expuesta anteriormente. En fin, el pus que penetra en el conducto vertebral, despues de seguir un trayecto mas ó menos largo, sale por los agujeros de conjunción.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico del mal de Pott es fácil de establecer en el segundo período, cuando las deformaciones de la columna vertebral se reconocen con el dedo, siendo visible la alteración, por decirlo así. Pero al principio del mal puede tomarse el dolor por una *neuralgia dorso-intercostal*. Se evitará el error recordando que en esta última afección hay puntos dolorosos limitados y definidos; además, haciendo presión sobre la parte anterior de un lado correspondiente á las vértebras cariadas, se producirá, en el mal de Pott, un dolor hácia el raquis, lo que no se verifica en la neuralgia dorso-intercostal. Además, en la caries vertebral una presión un poco fuerte, y sobre todo la percusión ejercida sobre el vértice de las apofisis espinosas, provocan un dolor generalmente bastante intenso en el punto correspondiente. (Véase el cuadro del diagnóstico diferencial en el artículo NEURALGIA DORSO-INTERCOSTAL, tomo I.)

Es fácil el evitar el considerar el dolor del mal de Pott por un *lumbago*, ó recíprocamente, por medio de una detenida exploración. El dolor provocado por la presión sobre las masas musculares, y sobre todo la producción del dolor por todos los movimientos que ponen en contracción las masas carnosas de la región lumbar, no permiten la confusión.

Cuando los progresos de la caries vertebral producen la deformación del raquis, el mal de Pott se diferencia claramente de las afecciones que hemos indicado, pero hay entonces el peligro de considerar una *gibosidad raquitica* por una desviación dependiente del mal de Pott. La ausencia de dolores en el raquitismo, la presencia de otras deformaciones óseas simultáneas, y los antecedentes del enfermo bastan para hacer cesar toda incertidumbre.

Pronóstico.—La caries vertebral es siempre una afección grave. Mucho tiempo hace que los cirujanos habian observado que la enfermedad de Pott con incurvación raquidiana es de un pronóstico menos desventajoso que aquel en que el raquis conserva su dirección normal. Esta circunstancia se ha interpretado de diversos modos. Nélaton (1) considera el mal de Pott con gibosidad como producto de la

(1) Nélaton, *loc. cit.* t. II.

tuberculosis enquistada que tiene tendencia á la curacion; mientras que él no la presente, el producto de la infiltracion tuberculosa que ataca la columna vertebral en gran extension, dando lugar á secuestros cuya frecuencia sostiene la supuracion profunda é interminable. Broca (1) ha reproducido casi esta opinion, solo que considera como osteitis simple lo que para Nélaton es tuberculosis infiltrada.

§ VII.—Tratamiento.

El tratamiento del mal de Pott debe responder á tres indicaciones capitales: 1.^a, la indicacion causal, que pertenece al terreno médico, y se dirige á las condiciones morbosas de la economía que se han considerado favoreciendo el desarrollo del mal; 2.^a, la indicacion local, que consiste en combatir la misma osteitis vertebral; 3.^a, otra indicacion es oponerse á los desórdenes causados por los movimientos y dislocaciones de las partes afectas. Para llenar la primera de las indicaciones se han empleado toda la série de agentes terapéuticos recomendados contra la exageracion del temperamento linfático y la complexion escrofulosa. En primera línea figura la mejoría de los medios higiénicos, si falta su bondad en algun punto. No recordaremos los medios empleados como antiescrofulosos, refiriéndonos al tomo I, página 480.

Contra la inflamacion osea se han aconsejado los revulsivos cutáneos, las fricciones irritantes, los vejigatorios, los cauterios, los sedales, la moxa, etc. Los cauterios preconizados por Pott obtienen generalmente la preferencia, y Boyer los alaba mucho.

En fin, para impedir que la columna vertebral se doble, y con el objeto de inmovilizar el raquis cuyos segmentos han perdido sus medios de union, previniendo la compresion de las partes contenidas en el conducto vertebral, se han ideado aparatos de contencion cuya descripcion no es de este lugar. En los Tratados de patologia externa y en las obras especiales, entre ellas las de Bonnet (2), y el importante informe de Gosselin sobre la inmovilidad prolongada y el endurecimiento en el mal de Pott (3).

ARTÍCULO V.

DE ALGUNOS DOLORES PARTICULARES DE LOS MÚSCULOS.

Hay algunos dolores particulares que no se pueden considerar ab-

(1) Broca, *loc. cit.*

(2) Bonnet, *Maladies des articulations*. Paris 1845, t. II, p. 527.

(3) Gosselin, Informe á la Sociedad de cirugía sobre un trabajo de Gillebert de Hercourt, de la inmovilidad prolongada y el enderezamiento lento y graduado de la inervacion vertebral en el tratamiento de mal de Pott (*Gazette medicale des hôpitaux*, año 1858, p. 72).

solamente como reumáticos, pero que dependen del reumatismo, puesto que segun la observacion que hemos hecho en bastantes casos sometidos á nuestra observacion, se manifiestan principalmente en sujetos que padecen esta enfermedad. El primero de estos dolores ha recibido el nombre de *derrengadura*, y como se han emitido al tratar de esta afeccion diversas opiniones, sobre ella insistiré principalmente.

§ I.^o DERRENGADURA.

La mayor parte de los autores, antes de estos últimos tiempos, consideraban á la derrengadura como una variedad del *lumbago*. Algunos autores modernos han atribuido el dolor vivo que experimentan los sujetos que son acometidos de esta enfermedad á una rotura de algunas fibrillas de los músculos sacro-lumbares. No creo que se deba adoptar ninguna de estas opiniones, aunque la primera se acerca mas á la verdad. Hemos observado muchas veces la derrengadura, y jamás se ha visto nada que se asemeje á la rotura de las fibras musculares aponeuróticas; por otra parte, como se verá mas adelante, pueden presentarse dolores parecidos en los miembros y en otras partes del tronco, diferentes de los lomos, sin que haya habido un esfuerzo bastante considerable para que se pueda suponer que se han roto fibras musculares; estas razones me parecen suficientes para desechar la opinion que atribuye la derrengadura á la rotura de las fibras musculares ó aponeuróticas.

¿Pero es un reumatismo un lumbago? Esto es lo que no se puede admitir en el sentido absoluto de la palabra, porque la contraccion violenta del músculo basta para producir el dolor, y porque el nombre de reumatismo implica la idea de otra causa diferente que una simple violencia externa. Sin embargo, repito, hay de notable que este dolor se presenta casi siempre en sujetos que han padecido con mayor ó menor frecuencia ataques de reumatismo muscular. Cuando se considera, como lo hemos hecho, este reumatismo como una nevralgia que tiene su asiento en los músculos, desaparece desde luego todo lo que la afeccion tiene de singular. Efectivamente, sabemos que en cierto número de casos puede producirse la nevralgia repentinamente; ¿por qué no sucedia lo mismo con el reumatismo muscular, que es de la misma naturaleza?

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Resulta de lo que acabo de decir que la *derrengadura* no es otra cosa que el resultado de una contraccion violenta de la masa muscular de los lomos en sujetos ordinariamente predispuestos á esta enfermedad, resultado que consiste en un dolor muy vivo y que sobreviene repentinamente.

Se ha descrito esta afeccion con el nombre de *lumbago* y *lumbago*

agudo. Es bastante frecuente, y se la observa principalmente en los hospitales en que se encuentran los sujetos que hacen mas frecuentemente esfuerzos para levantar pesos, etc.

§ II.—Causas.

Los que están mas expuestos son los carreteros, los que tiran de los carretones, en una palabra, aquellos que ejercen oficios en los que es preciso bajarse para coger en tierra un objeto muy pesado y levantarle con esfuerzo. Precisamente en el momento mismo en que los músculos de la parte posterior del tronco entran en contraccion para levantar el peso del suelo, es cuando el dolor se declara y suspende el movimiento comenzado. Sin embargo, basta algunas veces enderezar rápidamente el tronco ó un movimiento vivo de torsion para producir el mismo efecto, y esto se concibe bien, puesto que la única condicion que es necesaria para la produccion de la enfermedad es una contraccion muy rápida, y generalmente muy poderosa del músculo afectado. Digo generalmente, porque todavia debemos hacer aquí una restriccion. En efecto, no es raro ver que algunos sujetos son acometidos repentinamente de un dolor lumbar de los mas vivos, en un movimiento poco violento. Este efecto se verifica principalmente en los sujetos muy predispuestos al reumatismo muscular.

§ III.—Síntomas.

Los *síntomas* son muy simples. El dolor es de los mas vivos, y casi no se manifiesta sino al moverse; pero entonces es tal, que el enfermo no puede absolutamente volverse en su cama, y que si quiere sentarse en la cama apenas ha empezado la contraccion necesaria para ello cuando se detiene y vuelve á caer. El decúbito supino es casi siempre forzado.

El dolor á la presion de ningun modo está en relacion con el que producen los menores movimientos.

Por lo demás, no hay calentura ni pérdida del apetito, ni ningun síntoma general que se pueda referir á la afeccion de que tratamos.

§ IV.—Curso, duracion, terminacion.

La enfermedad sobreviene bruscamente, y adquiere inmediatamente su mayor grado de intensidad; despues, ya simplemente á beneficio de la quietud, ya al de un tratamiento apropiado, va disminuyendo. Su *duracion* es solo de cuatro ó cinco dias en los casos ordinarios, lo que está poco conforme con la opinion que atribuye la enfermedad á la rotura de algunas fibras musculares ó aponeuróticas; siempre se *termina* por la curacion.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Segun opinion que hemos adoptado, no hay mas *lesiones anatómicas* que pertenezcan á la enfermedad de que tratamos que las del reumatismo muscular. Segun la opinion opuesta que hemos mencionado muchas veces, se habrian roto algunas fibras musculares, de lo que resultaria cierto desórden en el tejido celular circundante. Repito que no está probada la existencia de esta lesion.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La causa ocasional que ha producido esta afeccion es tal, que basta conocerla para formar un *diagnóstico* seguro; y por otra parte el dolor es tan violento durante las contracciones musculares, que no se le puede comparar con ningun otro en esta region.

Pronóstico.—El pronóstico nada tiene de grave. Al cabo de pocos dias el dolor se disipa sin dejar vestigios.

§ VII.—Tratamiento.

El *tratamiento* de esta afeccion es de los mas sencillos. Los médicos que creen que la enfermedad resulta de la rotura de algunas fibras musculares ó aponeuróticas, aconsejan únicamente dejar á los enfermos en una *quietud absoluta*, y evitar los menores movimientos, y es seguro que de esta manera la enfermedad se disipa por sí misma al cabo de algunos dias. Pero de lo que ha sucedido en los casos sometidos á nuestra observacion, creemos que se puede deducir que la aplicacion de veinte ó veinticinco sanguijuelas ó de ocho ó diez ventosas escarificadas al punto dolorido, las *cataplasmas emolientes* á los lomos, una corta cantidad de *opio* en píldoras ó en pocion, calman mas pronto el dolor y abrevian la duracion de la enfermedad. No es raro ver algunos sujetos que la víspera apenas podian hacer un ligero movimiento, sentarse ellos mismos y quejarse solo de un leve dolor al dia siguiente de la aplicacion de las sanguijuelas ó de las ventosas. Louis ha obtenido por los mismos medios iguales resultados, como repetidas veces lo dice en sus *Lecciones clinicas*.

2.º DOLORES QUE RESULTAN DE LAS CONTRACCIONES BRUSCAS EN OTRAS PARTES DEL CUERPO.

Estudiando los dolores que se pueden confundir con las *neuralgias*, he visto casos notables, en los cuales una simple contraccion repentina, aun sin ser muy violenta, producía en los músculos un dolor vivo y persistente. Todo el mundo sabe que en la accion de lanzar una piedra, la contraccion brusca de los músculos del brazo puede causar un dolor hácia la parte media del miembro; pero gene-

ralmente este dolor es ligero, apenas perceptible, á no ser que el mismo movimiento se haya repetido un gran número de veces, al paso que en algunos sujetos es á veces sumamente vivo, y en ciertos casos tal, que en seguida se encuentran impedidos los movimientos del brazo. En un caso he visto que un simple movimiento para coger un objeto del suelo, causó en el hombro un dolor que forzó al brazo á permanecer en una inmovilidad absoluta durante muchos días.

En algunos sujetos también la acción de bajar muchos escalones puede producir el mismo efecto. Se siente un dolor muy vivo en medio y en la parte anterior del muslo, y algunas veces es tan fuerte que se ven obligados á sentarse, y no pueden en seguida continuar bajando sin cojear. El mismo dolor es algunas veces producido por la acción de saltar, de subir rápidamente, etc. Hemos tenido ocasión de observar un sujeto de más de cincuenta años de edad, que frecuentemente al andar, y sin hacer ningún esfuerzo, se veía bruscamente detenido por un dolor vivo de los músculos del muslo, dolor que persistía al siguiente día aunque en menor grado, y que le incomodaba al andar.

Por último, se sabe que el dolor que sigue á los *calambres* algo intensos puede persistir con bastante fuerza durante muchos días.

Estos hechos son evidentemente de la misma naturaleza que los que se han descrito con el nombre de *derrengadura*; pero en semejante caso las contracciones son algunas veces tan leves que no se puede creer que haya rotura de las fibras, y que por consiguiente estos hechos vienen en apoyo de la opinión que hemos emitido anteriormente.

3.º HIPERESTESIA MUSCULAR.

La *hiperestesia muscular*, fuera del reumatismo, del lumbago y de las afecciones dolorosas que hemos mencionado, existe aun como uno de los síntomas más frecuentes del *histerismo*. Reside generalmente en los músculos de los canales vertebrales, sobre todo en el lado izquierdo, en el epigástrico y en las paredes abdominales. Es continuo, aumenta á la presión ó por los movimientos, y va á veces acompañada de hiperestesia cutánea, pero con más frecuencia de anestesia. Duchenne, de Boulogne (1), preconiza contra este accidente doloroso de los músculos, la enérgica excitación de la feradización electro-cutánea. Generalmente, dice, los enfermos experimentan un alivio después de la primera excitación electro-cutánea, cuya acción perturbadora se continúa hasta que la hiperestesia muscular disminuya gradualmente y se disipe por completo.

A veces este modo de tratamiento perturbador elimina solo temporalmente el valor que reaparece una, dos ó tres horas después de la operación.

(1) Duchenne, *De l'électrisation localisée*, p. 197.

LIBRO DUODÉCIMO.

AFECCIONES Y ENFERMEDADES DE LA PIEL.

En esta parte de la obra debemos tener presentes las indicaciones prácticas que pueden favorecer el difícil estudio de la patología cutánea. Así, á pesar del interés que presentan al estudio las diversas clasificaciones presentadas hasta el día, debemos contentarnos con indicarlas sumariamente y hacer conocer el pensamiento que dirigió al autor de cada una de ellas. Nos limitaremos á citar los conocidos nombres de Lorry, Plenck, Alibert, Willan, Bateman, Bielt, Rayer y Schedel, para solo ocuparnos de los autores modernos, de los que unos que pueden referirse á la escuela de Willan, han modificado y perfeccionado el estudio de las alteraciones locales del tegumento externo (A. Cazenave (1), Gibert, Devergie, etc.), mientras que otros, á cuya cabeza debe colocarse A. Hardy, han seguido la vía trazada por Alibert. En fin, debemos dar á la clasificación de Bazin gran preferencia; en efecto, mientras que Gibert se limita á la forma clínica; Devergie al modo de ser patogénico; Cazenave al sitio anatómico; Hardy á las causas y naturaleza de las lesiones: para Bazin toda la atención debe fijarse en el estudio de la enfermedad productora, como dominando toda la escena.

Reproduciremos aquí, según el cuadro presentado por Chaussit (2), la última clasificación presentada por Cazenave:

I grupo.—Inflamaciones.—1.º género.—*Erupciones no específicas que pueden presentarse en el estado agudo y en el crónico*: Eritema, erisipela, urticaria, herpes, eczema, pénfigo, impétigo, ectima, sicosis.—2.º género.—*Erupciones no específicas que se presentan siempre en estado crónico*: Rupia, lepra, psoriasis, pitiriasis.—3.º género.—*Erupciones específicas agudas*: Sarampion, alfombrilla, escarlatina, viruela, vacuna, varicela, miliar.—4.º género.—*Erupciones específicas crónicas*: Sífilides.

II grupo.—Lesión de secreciones.—1.º género.—*Lesiones de la secreción foliculosa*: Acné, favus.—2.º género.—*Lesiones de la secreción de la materia epidérmica*: Ictiosis, producciones córneas, pe-

(1) Cazenave ha modificado después la clasificación que se encuentra en su Compendio.

(2) Chaussit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*. Paris, 1853, p. 22.