

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

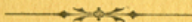
CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

Museo Nacional de Medicina
DE LA
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MERALGIA PARESTÉSICA

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Memoria de prueba
para optar al grado de Licenciado en la facultad de medicina y farmacia
de la Universidad de Chile

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR

César Morelli C. Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Ayudante de la clase de Higiene del Profesor Alejandro del Río



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN CHILE

Calle San Francisco, número 75

1904



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

MERALGIA PARESTÉSICA



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Memoria de prueba

para optar al grado de Licenciado en la facultad de medicina y farmacia
de la Universidad de Chile

POR



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

César Morelli C.

Ayudante de la clase de Higiene del Profesor Alejandro del Río



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN CHILE

Calle San Francisco, número 75

1904



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

TUCH
MED
1904
M842c
c. 1



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

A la memoria de mi padre

Vicente Morelli

A Dn.

Augusto Orrego Luco



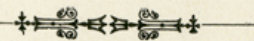
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Gratitud

César Morelli C.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En el servicio de la Clínica de Enfermedades nerviosas y mentales del profesor Augusto Orrego Luco, hemos tenido ocasión de ver algunos casos de una afección nueva, y que ofrece un interés clínico particular, no tanto por el diagnóstico siempre fácil, como por los caracteres especiales que hacen distinguirla de otras perturbaciones de distinto origen y consiguientemente de pronóstico y tratamiento completamente diferentes.

Es por esto que hemos juzgado de oportunidad reunir todo lo que nos permita, la escasez de espacio, lo conocido hasta hoy día sobre el síndrome clínico conocido con los nombres de Parrestesia de Bernhardt ó Meralgia de Roth. Contribuyendo por nuestra parte con cuatro observaciones que tendremos ocasión de analizarlas en el curso de nuestro trabajo.

Para el efecto, siguiendo una metódica distribución, trataremos de coleccionar todo lo publicado sobre la materia, para en seguida estudiar su etiología, síntomas, diagnóstico, anatomía, patología, pronóstico y tratamiento.

Con lo cual creemos haber llenado el requisito necesario para optar al grado de licenciado en la facultad de medicina y farmacia.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

HISTORIA



En el *Neurologisches Centralblatt*, del 15 de Marzo de 1895 el profesor Bernhardt, de Berlín, publica con el título «Sobre parestesias que sobrevienen aisladamente en el dominio del fémoro cutáneo externo», un estudio sobre 7 observaciones que presentan sensaciones anormales de adormecimiento en la parte anterior y más bien externa del muslo, con dolores después de prolongados esfuerzos ó provocados á la presión y perturbaciones sensitivas poco apreciables, pero sin ningún cambio á la motilidad.»

El profesor V. K. Roth presenta á la Sociedad médico-física de Moscow, el 1.º de Abril del mismo año, bajo el nombre de «Meralgia» (mero-muslo) 14 observaciones de una afección nerviosa periférica de localización constante en el fémoro cutáneo externo, consistente en perturbaciones sensitivas, dolorosas y de parestesia, las que sobrevienen especialmente con ocasión de la marcha ó de la estación de pie prolongadas.

Casi al mismo tiempo aparece en el N.º 26 de la *Province Médicale* un trabajo del Dr. Devic sobre un caso de perturbaciones en la sensibilidad, acompañada de dolores variados y limitados estrictamente á la zona de distribución del nervio fémoro cutáneo externo.

En el *Neurologisches Centralblatt*, correspondiente al 15 de



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Abril del mismo año, Noecke de Hubersbourg, con el título «Contribución al estudio de las parestesias separadas en el dominio del fémoro cutáneo externo», publica su auto-observación de gran interés clínico por los datos precisos que la observación ilustrada ha podido aportar a la ciencia.

En la *Semana médica* de Mayo del 95, aparece un artículo intitulado sobre un síndrome nervioso particular: «La Meralgia parestésica», que resume el trabajo de Roth.

En Junio del 95, Freud, con el título de las perturbaciones sensitivas en el muslo, relata su auto-observación y 2 casos más. Recuerda un caso de Rosenberg en una mujer de 58 años y otro de Wandsbeck el que practica la neurectomía con feliz éxito.

En el *Journal de Medicine y de Chirurgie pratiques*, de 25 de Julio de 1895, Lucas Championnière se refiere a los trabajos de los autores ya mencionados y presenta la observación de un caso desarrollado en un tonelero. Propone para abreviar el título de la afección llamarla «Parestesia de Bernhardt.»

Después Bellot en el mismo periódico cita la observación de una mujer.

En la *Rev. de Neurol.*, de Octubre del 95, Escat, con el título de «Meralgia parestésica del Dr. Roth», publica su auto-observación de la que padece desde hace 13 años.

Al año siguiente comunica un caso semejante observado en una mujer.

Bernhardt, fundándose en el hecho de haber publicado con anterioridad a Roth en la *Neurologisches Centralblatt* el artículo ya citado más arriba, reclama la primacía de observación sobre Roth.

Igual honor reclama para sí Bernhardt en el tratado de Patología y terapéutica de Nothnagel (1).

En la *Rev. de Neurol.*, de 30-XI-95 Bernhardt presenta dos observaciones más, una desarrollada en una embarazada y otra en un sífilítico que presenta signos manifiestos de Tabes.

Destot en la *Province Médicale* del 95 cita un caso de meralgia en el cual las corrientes galvánicas y farádicas son

(1) Enfermedades de los nervios periféricos, pág. 405.

bien soportadas, no así la electricidad estática que provoca intensas picaduras.

El 28 de noviembre de 1895, Stembo comunica a la Sociedad de Medicina de Wilna su auto-observación y otras 4, de las cuales una en un médico presentaba un punto doloroso al nivel de la espina ilíaca anterior y superior, otra de un joven en que la afección se inicia a los 14 años y las dos restantes que se refieren a mujeres.

En enero del 95 en el *Journal de Medicine et de Chirurgie Pratiques*, el Dr. Rapin publica su propia observación, la que presenta la particularidad de ser una anestesia visible, pues, la impresión del frío no produce en el sitio afectado la formación de piel de gallina como en el resto del cuerpo.

En el *Centralblatt* de julio y agosto del 96 Lowenfeld cita el caso de Escat anotando la particularidad de la aparición transitoria de dos pequeñas placas de parestesia de forma ovalar, simétricas en el lado interno de ambos muslos. Recuerda además el trabajo de Bernhardt.

En el N.º 31 de la «*Settimana de lo Sperimentale*» Pieraccini cita 3 casos, dos de ellos en mujeres y lo titula: «La meralgia parestésica ó claudicazione intermitenti di Roth, de Lyon.»

En 1896 Dopter, de Lyon, cita 3 nuevas observaciones, una en un individuo de 22 años en quien la afección se inicia a los 10 años y que presenta varices en los miembros inferiores. Otro en un hombre de 40 años también con varices de las extremidades inferiores y la última de un enfermo que padece de un mal de Pott: al nivel de la IIª lumbar, (en el punto de emergencia del fémoro cutáneo) y debida según él, a la paquimeninjitis concomitante. Se encontraban comprometidas las dos ramas.

Compromiso de las mismas ramas encuentra Poncet en un tumor maligno desarrollado en el testículo izquierdo en ectopia y que hace la compresión del nervio.

Estos son los dos únicos casos en que se han comprometido ambas ramas del fémoro cutáneo.

En «*The Medical Week*» del 96, Hirsch publica la observación en un sífilítico y alcohólico.

Knauer en el *Centralblatt* del mes de junio del 96, cita 4 observaciones, de las cuales una en un alcohólico que nota su



afección después de largas marchas á pie; otra de una mujer en quien la afección era bilateral.

En el *Centrálblatt* del 96, Luzenberg dice que padece de meralgia después de un violento traumatismo del muslo izquierdo.

Köster en el *Centrálblatt* del 97 (marzo) trae la observación de un hombre que ha padecido de tres ataques de meralgia, siendo el último bilateral y presentando dolores á la presión en el trayecto de ambos nervios.

Benda, en igual fecha y en el mismo periódico, comunica la observación de un carpintero que sufre de la afección desde hace veinte años.

Verhoogen en el *Journal Medical* de Bruxelles, abril del 97, relata la observación de un farmacéutico atacado de meralgia desde hace cuatro años y que no experimenta ninguna molestia mientras no tenga que efectuar ascensiones ó marchar por terreno pendiente. Igual sensación experimenta en la bicicleta cuando el terreno asciende. La zona de parestesia es ovalar, en el centro existe otra en que la presión digital provoca dolores intensos, cesando cuando ella no se efectúa.

En el *Wiener Medic Wochers*, núm. 25, del 97, Jules Donath presenta la observación desarrollada en un hombre por un fuerte pinchazo recibido en la parte superior y externa del muslo derecho.

Bacelli comunica á la Academia de Medicina de Génova, el año 97, tres observaciones del síndrome, dos en tabéticos.

El profesor Pitres ha observado varios casos, uno de ellos desarrollado en un diabético.

En la *Revue de Medicine* de 1897, publican una observación muy completa de la afección en un obeso los doctores Sabrazès y Cabannes.

En la Sección de Neurología del Congreso Internacional de Moscow, el Dr. G. Abastante ha presentado cinco observaciones.

En agosto del 98, la *Revista de Medicina y de Cirugía Prácticos* resume el trabajo de Sabrazès y Cabannes de la *Rev. de Medic.*

La Semana Médica del 98 (diciembre), trae tres observacio-

nes del doctor Claisse comunicadas á la Sociedad Médica de los Hospitales de París, las considera como neuritis periférica de causas múltiples.

Sabrazès y Cabannes, en la *Semana Médica* de julio del 900, comunican un caso curado por el tratamiento médico.

En julio del 900, nuevamente el *Journal de Medicine et Chirurgie Pratique* publica dos tesis de Lenoir y Brissard.

En la *Semana Médica* de abril del 901, J. Pal (de Viena) publica un artículo «La meralgia parestésica y el pie plano» en que dice haber observado la afección en siete casos de esta naturaleza.

El Dr. Max Reiner (Viena) comunica dos nuevos casos desarrollados consecutivamente á un vicio de conformación del esqueleto del pie, constatados en individuos que aumentaron considerablemente de peso. En el *Monastet für Unfaheil und Invalid* del 15 de Noviembre de 1901, Sievert trae el caso producido por la salida de una hernia por el triángulo de Hesselbach.

El 5 de enero de 1902 en el «*Wisner Klinische*» Pal publica «Ciática, meralgia y pie plano» y llega á la conclusión de que en todo individuo que se queje de marcha dolorosa, aún cuando el sitio esté alejado de la extremidad se deberá examinarlo de pie.

Kabane en *Klinische Therapeutische Wocheuchrift*, reúne los síntomas cardinales de la afección.

La Revue de Neur, de 1902, hace un recuerdo de los tres últimos trabajos en un artículo debido á Fearless.

En el *Monde Medical* de 1902 Dopfer, hace un resumen, refiriéndose á varios de los trabajos ya indicados, señala la etiología, síntomas y diagnóstico insistiendo en el de la pseudo-meralgia. En el tratamiento participa con Chipault de la idea de hacer la resección del femoro cutáneo en casos arraigados de la afección.

Foggie, en *The Lancet* del 902 (Nov.) la observa en una mujer y participa igualmente del tratamiento operatorio.

En el *Journal de Praticiens*, el profesor Raymond, (Mayo de 1903) publica la observación de un zapatero que lo habían

tratado por una afección medular por las señales de las puntas de fuego que presentaba en el dorso. Participa de la idea quirúrgica como tratamiento.

La *Revue de Neurologie* del 903 (15 de Octubre) resume el trabajo de Bramwell bajo el título Meralgia Parestésica en un hombre, el que presentaba un punto doloroso en la emergencia del fémoro cutáneo externo. Practicada la neurectomía fué seguida de la desaparición de los dolores.

La *Semana Médica* del 18 de Noviembre de 1903, trae la comunicación del Dr. Bordier en que anuncia la curación rápida y completa de tres enfermos de meralgia sometidos á las corrientes eléctricas de alta frecuencia.

ETIOLOGIA

Siguiendo la clasificación de Dopfer aceptaremos en la etiología de esta afección las causas predisponentes y las causas determinantes, y como él dividiremos á estas últimas según su origen en internas y esternas.

Causas predisponentes.— En primer lugar llama la atención el hecho de que la mayor parte de las observaciones recogidas hasta la fecha se refieren á individuos en la edad media de la vida, fuera de las observaciones de Bordier en un individuo de 19 años, de Dopfer en uno de 22, el que dice haber sufrido desde los 10 años de su afección y la de Stembo en un joven de 16 años en que la afección empezó 2 años antes, no encontramos ningún caso observado en una edad inferior de la vida. El límite superior correspondería á la observación de Rosenberg que la constató en una mujer de 58 años de edad.

En general, se ve que es el sexo masculino el más comunmente atacado, sin duda por estar más expuesto á la acción de los agentes provocadores del mal. En la Estadística de Sabrazès y Cabannes (*Revue de Médecine*, 1897) los hombres figuran en número de 43, las mujeres en número de 17, en 7 casos el sexo no había sido indicado.

Nosotros agregaremos á la estadística anterior 13 casos de distintos autores observados en el sexo masculino, más los 4 obser-



vados por nosotros; un caso de una mujer publicado en «The Lancet» y 7 sin determinación de sexo, lo que hace un resumen de 60 hombres, 13 mujeres y 14 sin sexo determinado.

La mayor parte de las profesiones le son tributarias, figurando en primera línea los médicos, los que han llevado el más grande contingente, quizás por ser más observadores de sí mismos. En seguida vienen por orden de frecuencia los militares, grabadores, fundidores, herreros, jueces de instrucción, abogados, toneleros, panaderos, cerrajeros, farmacéuticos, cigarreros y negociantes. Como se vé, el principal contingente lo suministran los individuos que por la clase de trabajo tienen necesidad de mantenerse constantemente de pie ó de hacer esfuerzos que repercutan sobre la región comprometida.

En muchas de las observaciones vemos que individuos atacados de la afección han estado expuestos á continuos cambios bruscos de temperatura; otros han incriminado las marchas forzadas y las fatigas como causa preparadora del terreno para la aparición del mal, como pasa en dos de nuestras observaciones en quienes se desarrolla á causa de largas marchas y en uno de ellos además encontramos las mojaduras.

Señálanse igualmente como causa predisponente los traumatismos, frotés ó compresiones repetidas en la zona de distribución del fémoro cutáneo externo en individuos cuya profesión los obliga á una acción constante de esta naturaleza; como pasa en dos de las observaciones de Bernhardt, militares en quienes el frote de la espada en el muslo izquierdo era tan penosa, que tuvieron que pedir autorización para no cargarla. En la observación de J. L. Championnière, en un tonelero, la afección era producida por los roces de los toneles en el muslo. En la de Rosenberg que la constató en una mujer, era debida á la compresión por las ropas. Devic la observa igualmente en un tonelero. Knauer cita el caso en un cirujano militar, quien, haciendo su servicio militar obligatorio, el roce del sable le ocasionaba dolores intensos. En otra de sus observaciones el enfermo acusa como causa probable de su afección la presión determinada en la extremidad superior del muslo derecho por fardos que llevaba bajo el brazo derecho.

Los antecedentes neuropáticos, la vida sedentaria figuran



también entre las causas predisponentes, como igualmente la obesidad, el artritis, la lues, las infecciones e intoxicaciones generales, el hábito alcohólico, los estados hemorroidarios y varicosos, la diabetis.

En varias de las observaciones hemos encontrado el desarrollo de la afección en individuos que no han presentado ningún antecedente imputable.

Causas determinantes. — Entre las causas determinantes, las *externas* serán principalmente el frío que parece ejercer una influencia activa bajo las diferentes formas de enfriamiento, corrientes de aire, duchas ó baños fríos.

Así Bernhardt cita un caso en que la afección sobreviene á continuación del empleo de duchas frías; Roth la observa en un médico en el que se desarrolla á continuación de un enfriamiento; en otra de las observaciones del mismo autor vemos que se desarrolla en un individuo que habitaba un local muy húmedo.

En un carpintero se desarrolla igualmente á causa de un enfriamiento intenso.

En Freud se desarrolló por el uso de las duchas frías.

Julio Donath la observó en un negociante, el que estaba expuesto á una corriente de aire, por la naturaleza de su trabajo, pero además encontramos en él como causa etiológica un fuerte pinchazo que recibió en el muslo derecho. El Dr. Rapin la observó en sí mismo á continuación del uso de duchas frías, las que por otra parte le ocasionaron un reumatismo articular generalizado. En el caso de Hirsch se desarrolló á continuación de un naufragio.

En los enfermos sujetos á traumatismos, á frotos ó compresiones repetidas, la aparición del mal puede hacerse gradualmente incrementándose poco á poco con la actuación constante del agente provocador, y en este caso se colocan entre las causas predisponentes ó bien de una manera súbita á causa de la misma acción crónica del agente externo y en este caso obran como causa determinante, como le sucedió á Freud en el que á causa de un falso paso dado con el pie derecho se desarrolla la afección en el muslo del mismo lado.

Pertenece también á las causas externas los vicios de con-



formación en el esqueleto óseo, el borraramiento de la arcada plantar en la estación de pie, los que se acompañan de perturbaciones merálgicas en el muslo del mismo lado en que se sitúa la lesión ósea, de aquí deduce el Profesor Pal, de la Universidad de Viena, que es el autor que ha recogido el mayor número de observaciones al respecto (7), que en todo sujeto que acuse una marcha dolorosa, aunque el sitio del dolor esté alejado del pie, como sucede en la meralgia, se deberá examinar siempre al enfermo en la estación de pie y tratar de comprobar si existe algún aplanamiento plantar. Max Reiner, también de la Universidad de Viena, ha observado otros dos casos. O. D. Fearless publica otros dos casos de meralgia desarrollados en pie planos.

Fearless trae un caso en que la afección se debió á una hernia que se hizo por el triángulo de Hesselbach.

Los pesares fueron causa de la aparición de la afección en un enfermo observado por Roth, en el que aparecieron dolores intensos en el muslo izquierdo, precedidos de sensaciones diversas de hormigueo.

Un enfermo de Freud atribuía el comienzo de su afección á una gran emoción producida por la enfermedad de su hijo.

Entre las causas *internas* se ha señalado la acción patójena de tres órdenes de hechos: las infecciones, las intoxicaciones y las *discracias*.

La sífilis contribuiría con el mayor número de casos en las observaciones, la encontramos en 22 casos, vendría en seguida la fiebre tifoidea, la que figura en número de 5 observaciones, luego el reumatismo articular agudo, el que figura en 3 observaciones, á las que podríamos agregarle una de las nuestras en que se ha desarrollado en dos ataques distintos. La escarlatina figura en número de tres casos, la eclampsia en una observación, la influenza igualmente en una como también encontramos una sola observación en los casos de tifus exantemático, amigdalitis y escorbuto.

Entre las intoxicaciones principalmente se nota el alcoholismo, el que figura en 8 observaciones, á las que podemos agregarle una de las nuestras. El saturnismo lo encontramos sólo en una observación y el morfínismo.

Finalmente, los estados discrásicos y el artrismo podrán no sólo contribuir a la aparición del mal como causa predisponente, sino que serían provocadores inmediatos de la afección, entre los que figuran la obesidad, los estados varicosos y hemorroidarios, la diabetis.

Por nuestra parte, encontramos como etiología de nuestros enfermos: en la observación I no encontramos ningún antecedente imputable fuera de la herencia nerviosa. En la II tenemos la vida sedentaria, las corrientes de aire, la acción de la temperatura y sus hemorroídes. En la III tenemos la acción de los cambios de temperatura, mojadadas y el alcoholismo padece de hemorroídes. En la IV existe la herencia reumática, el enfermo también lo es y por otra parte han sido los cambios de la temperatura los que le han ocasionado la aparición de la afección.

SINTOMATOLOGÍA

La parestesia de Bernhardt, meralgia de Roth ó parestesia del fémoro cutáneo externo, es una afección que se desarrolla en la zona de distribución del citado nervio, y como es un nervio sensitivo, sensitivos serán los trastornos que caracterizarán á la afección.

Pero para mayor claridad, creemos oportuno hacer antes un estudio de la anatomía del plexo lumbar que da origen al fémoro cutáneo externo.

Anatomía.—Este plexo, como su nombre lo indica, se encuentra en la región lumbar de la columna vertebral, la extremidad superior pasa entre la primera y segunda vértebra lumbar, la rama inferior por la última lumbar y la base del sacro.

Está colocado por delante de las apófisis trasversas, más bien costiformes, de las vértebras lumbares y por consiguiente de los músculos: intertraversario de los lomos que son el número de cinco y que van desde una apófisis costiforme á la otra; del músculo complicado de la espina ó multifidus (rama del transversario espinoso), que se extiende desde el axis hasta el coxis y que está formado por manojos oblicuos de fuera á dentro y

de abajo hacia arriba y van de la cara posterior del sacro, de los tubérculos apofisiarios de las vértebras lumbares, de las apófisis trasversas, de las vértebras dorsales y de los tubérculos de las apófisis articulares de las apófisis cervicales al borde inferior y á la punta de las apófisis espinosas desde la quinta lumbar hasta el axis y del cuadrado de los lomos que, como su nombre lo indica, es de forma cuadrilátera y ocupa todo el espacio que queda entre la última costilla y el borde superior del hueso ilíaco, por fuera del músculo psoas. Está recubierto por este último y muchas de sus ramas se encuentran en el espesor de él.

El plexo está formado por la anastómosis de las raíces anteriores de los nervios lumbares, las que son en número de cinco, á las que viene á agregarse una que le envía el XII dorsal; á su vez emite un tronco que se dirige al plexo sacro y que constituye la rama lumbo sacra.

La distribución anatómica de sus ramas es como sigue: la 1.^a recibe la anastómosis del XII dorsal, envía una á la 2.^a rama lumbar y se bifurca en dos ramas colaterales: la grande y la pequeña abdomino-escrotal.

La 2.^a rama envía una anastómosis á la 3.^a y se bifurca en otras dos ramas colaterales que son el fémoro cutáneo y la génito crural. Estas cuatro ramas forman las colaterales del plexo. La 3.^a rama recibe la anastómosis que le envía la 2.^a y á su vez le envía una á la 4.^a, da nacimiento al nervio crural y además á una de las ramas del obturador.

La 4.^a forma otra de las raíces del obturador, envía una rama á la 5.^a, la otra raíz del obturador, pues nace por tres, proviene de la anastómosis de la 2.^a con la 3.^a

La 5.^a recibe la comunicación que le envía la precedente y á su vez da nacimiento al lumbo sacro que va á formar parte del plexo sacro.

Estas tres ramas forman las terminales del plexo lumbar.

La *gran abdomino-escrotal* sigue un trayecto análogo al de los últimos nervios intercostales, por consiguiente, paralela á las costillas, al llegar á la espina ilíaca anterior y superior se divide en dos ramas: la abdominal que inerva al trasverso, oblicuo mayor y menor, recto anterior; la genital que se anasto-

MERALGIA

mosa con el pequeño abdómino escrotal, gana el canal inguinal pasando por encima del cordón. á su salida se divide en ramas que van á la parte superior del escroto en el hombre y de los grandes labios en la mujer.

La *pequeña abdómino-escrotal* es paralela á la anterior en su trayecto, llegada al anillo inguinal interno se introduce en él pasando así por el canal inguinal en el que se coloca por detrás de los elementos del cordón y va á perderse en la piel de la parte superior del escroto en el hombre y de los grandes labios en la mujer.

El *fémoro cutáneo* nace, como lo hemos visto, de la II rama anterior del plexo lumbar juntamente con el génito crural, cruza perpendicularmente la cara posterior del psoas y la cara anterior del ilíaco al que está adherido por la fascia ilíaca, recubierta á su vez por el peritoneo y sale de la pelvis mayor pasando por debajo de la arcada de Poupart, por la escotadura inominada situada entre las dos espinas ilíacas anteriores: superior é inferior; á dos traveses de dedo se divide en sus dos ramas terminales: la *glútea* que describe una curva dirigiéndose hacia atrás, perfora la aponeurosis de su nombre, haciéndose así sub-cutánea y va á perderse en la piel de la región correspondiente. La *femorál* sigue la dirección del tronco primitivo, perfora la aponeurosis superficial del muslo y se termina en varias ramas longitudinales que van á inervar la piel de la cara externa del muslo desde la vecindad de la espina ilíaca anterior y superior hasta el cóndilo externo del fémur, la mitad externa de la cara anterior y el tercio externo de la cara posterior. La función fisiológica es de ser un nervio exclusivamente sensitivo.

Anomalías.—Puede presentar diferentes anomalías que pueden referirse ya á su trayecto el que en vez de ser rectilíneo se hace flexuoso y muy móvil como lo ha observado Roth; ya estar desviado por fuera de la espina ilíaca anterior y superior como lo encontró Wandsbeck en una neurectomía que practicó en un caso de neuralgia del fémoro cutáneo encontrándolo 0,03 por fuera de la espina ilíaca anterior y superior.

Otras veces la anomalía puede referirse al volumen de la rama, al hacerse sub-cutáneo aumenta su grosor casi hasta el



doble de lo que era. En otros casos puede tener un nacimiento anormal, provenir del crural. Puede faltar una de sus ramas ó bien totalmente. Cuando falta la rama glútea es reemplazada por una proveniente del gran abdómino escrotal. Dopter en 20 disecciones ha constatado que en 2 pasaba esto último. En otros casos esta misma rama ha sido reemplazada por varios filetes naciendo del fémoro cutáneo á 10 ó 12 centímetros bajo la arcada crural y que por un trayecto recurrente ir á inervar la región glútea.

Faltando totalmente el fémoro cutáneo, sus ramas han sido reemplazadas: la femoral por el génito crural y la glútea por una proveniente del abdómino escrotal mayor.

En otras ocasiones recibe anastómosis, como pasa con una que le envía el crural antes de que se bifurque.

El *génito crural* de dirección vertical se dirige hacia la arteria ilíaca externa al nivel de la que se divide: en *crural* que acompaña á los grandes vasos y pasa por consiguiente por el anillo de su nombre, se hace sub-cutánea pasando á través de la fascia cribiformes y va á inervar la piel del $\frac{3}{4}$ medio ó inguinal de la base del muslo en su cara anterior; *genital* que pasa junto con los elementos del cordón por el canal inguinal y va á terminarse en la piel de la parte superior y posterior del escroto en el hombre y de los grandes labios en la mujer, algunos de sus filetes van á inervar la piel del $\frac{1}{4}$ superior de la cara interna del muslo.

El *nervio obturador*, una de las ramas terminales, desciende verticalmente, penetra por el agujero de su nombre, junto con los vasos obturadores da en su trayecto gran número de ramas musculares destinadas al obturador externo, recto interno aductores y se va á terminar en la piel de los $\frac{2}{4}$ medios de la cara interna, en el $\frac{1}{3}$ interno de la cara anterior y posterior del muslo.

El *crural*, después de recorrer un trayecto intrapelviano, sale de la gran pelvis pasando por la gotera psoas ilíaca, bajo la arcada de Poupart por fuera del anillo crural, del que está separado por la bandeleta ileo pectínea; en este trayecto da algunas ramas á los músculos internos de la pelvis y por debajo de arco crural da las siguientes ramas: el *músculo cutáneo externo*



que inerva al sartorio mediante las perforantes superior, media e inferior, las que van á terminarse en la piel de la cara anterior en los $\frac{2}{3}$ inferiores y en el $\frac{1}{3}$ inferior de la cara interna del muslo; el del *triceps femoral* que va á inervar los 3 vastos; el *safeno interno* que se dirige hacia abajo por el lado interno del muslo hasta el maléolo interno, va acompañando en la pierna á la vena de su mismo nombre y se termina en los tegumentos de la parte interna del pie y en las articulaciones tarsianas.

En su trayecto da ramos á la rótula, los que van á inervar los tegumentos vecinos á ella, ramos cutáneos á la cara posterior y $\frac{1}{3}$ interior del muslo.

Por último, el tronco lumbo-sacro que, como su nombre lo indica, va á agregarse al plexo sacro, entrando así á formar parte de él.

En general, consiste esta afección esencialmente en fenómenos dolorosos acompañados de diversas sensaciones de parestesia como de un cierto grado de anestesia, fenómenos todos que superponiéndose se desarrollan en un mismo sitio, cual es la zona de distribución del fémoro cutáneo externo.

En casi todas las observaciones de meralgia, la afección ocupa la región antero-externa del muslo desde el trocánter mayor ó más bien un poco más arriba, desde la espina ilíaca anterior y superior hasta la vecindad del cóndilo externo del fémur; á veces se extiende más, en estos casos depende de nuevas anastómosis con las otras ramas que dan la sensibilidad cutánea al muslo.

Generalmente, es comprometida la rama femoral, sólo hemos encontrado en dos observaciones compromiso además de la rama glútea: la de Dopter que la encontró en un individuo atacado de un mal de Pott, localizado al nivel de la segunda vértebra lumbar, punto por donde nace el fémoro cutáneo y el genito-crural en que la afección fué debida á la compresión del tronco nervioso por los exudados de las meníngeas inflamadas. Y en un enfermo del servicio del Dr. Poncet, que



tenía una ectopia inguinal del testículo izquierdo, el que reposaba en la pelvis sobre el fémoro cutáneo, y en el que se desarrolla posteriormente un tumor maligno, siendo igualmente en este caso la compresión la que también la ocasionó.

Rara vez sobrepasa la afección, la línea media de la cara anterior del muslo, sin embargo, en una de las observaciones (Roth) encontramos que la meralgia desarrollada en el muslo derecho pasaba ligeramente á la izquierda la línea media anterior; en una de las nuestras tenemos que avanza, también, hacia el lado interno de la línea media. En la auto-observación del doctor Escat encontramos que en la cara interna de ambos muslos y en la unión del $\frac{1}{3}$ medio con el inferior existía una placa de parestesia de forma ovalar, que fué de duración pasajera, sólo de tres semanas y no presentó fenómenos dolorosos, esto puede explicarse por anastómosis del fémoro cutáneo externo con el crural. La afección era bilateral y ocupaba el sitio habitual; es la única observación en que encontramos estas placas.

En la mayor parte de las observaciones la afección ocupa toda la zona de inervación del fémoro cutáneo externo, en otras se presenta en forma de placas de diversos tamaños, de forma irregular, á veces circulares, otras ovalares. En la auto-observación de Luzenberg tenemos que las perturbaciones ocupaban una placa situada en el muslo izquierdo, á dos traveses de dedo por fuera de la línea media anterior, á 0,07 por encima de la rótula y á 0,24 por debajo de la cresta ilíaca y por detrás limitada por una línea que unía al trocánter mayor con la cabeza del peroné. En una de las observaciones del profesor Pitres encontramos que la placa parestésica situada simétricamente en ambos muslos en la parte infero externa era del tamaño de la palma de la mano y de forma completamente irregular.

A veces las placas son en número de dos las que pueden estar aisladas, como pasaba en la observación de Sabrazès y Cabannes en que las perturbaciones estaban perfectamente circunscritas á dos placas, una inferior en la cara anterior más grande y la otra superior en la cara externa en la región trocánteriana; ó bien que se sobrepongan, como lo observó Verhoogen en un



farmacéutico el que padecía de una meralgia izquierda que presentaba una gran zona de 0.15 de longitud por 0.05 de diámetro transversal, y en la parte central de ella existía otra más pequeña de 0.09 por 0.04 en que los fenómenos parastésicos eran mucho más pronunciados.

Las perturbaciones son más marcadas en el centro de la zona y van desapareciendo hacia la periferia.

Se observa lo más á menudo en un solo lado, indiferentemente á la izquierda ó á la derecha; puede ser bilateral, y en este caso es habitualmente menos intensa y al mismo tiempo menos extendida que cuando es unilateral. El lado más comprometido es según el trabajo de J. L. Championnière de la *Revue de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, el izquierdo que lo ha sido en 38 casos, el derecho en 36. Nosotros podemos agregarles la de Rapin que comprometió el muslo derecho; otra de Sabrazès y Cabannes también en el mismo lado; la de Foggie en una mujer y la de Bramwell, ambos desarrollados en el mismo muslo. En una de las nuestras también tenemos que es el muslo derecho el que es comprometido.

La afección ha sido bilateral desde un principio en ambos muslos, según la misma Estadística en 9 casos, á los que podemos agregarle dos de las nuestras. Secundariamente ha sido bilateral en 8 casos, á los que añadiremos la del doctor Pal en un pie plano doble y otra de las nuestras. En estos casos la parestesia predomina como intensidad y como extensión en el muslo primitivamente interesado.

En 12 casos no se ha citado el lado enfermo, á los que añadiremos 8 en los que no nos ha sido posible encontrar cuál ha sido el lado comprometido.

Rara vez adquiere la afección desde un principio toda su intensidad así como su extensión máxima. Al principio se trata, más bien, de una perturbación pasajera, de estrecho límite, luego se hace permanente y gana en superficie. Se inicia casi siempre por los fenómenos de parestesia, los que presiden en mucho á las otras perturbaciones y se observan ya en el reposo ó en el movimiento, consistiendo en sensaciones muy variadas, que se transforman bajo ciertas influencias en dolores más ó menos vivos en forma de accesos, viniendo á constituir otro



de los síntomas de la afección el dolor, á los que viene á agregarse la anestesia.

Estos tres síntomas se sobreponen y ocupan siempre la zona ya indicada.

Excepcionalmente falta algunos de estos síntomas, en cuyo caso la afección se caracterizará solo por los restantes, ya sea la parestesia y las perturbaciones objetivas de la sensibilidad, ya faltar la parestesia y existir los dolores y las perturbaciones sucesivas.

La sensación de parestesia es casi nula ó muy poco marcada en el estado de reposo, no toma cierta intensidad sino después de un esfuerzo prolongado, sobre todo cuando la actividad de los músculos del muslo han sido puestos en juego como en la estación de pie ó en la marcha.

Analizaremos cada uno de sus síntomas por separado.

Los caracteres de la *parestesia* son muy variados. Algunos se contentan con decir que experimentan una sensación anormal, rara, cuya naturaleza no pueden precisar con exactitud como acaecía á uno de los enfermos de Bernhardt, el que, según su propia expresión, «padecía de una sensación difícil de caracterizar, situada en la parte superior y externa de su muslo derecho».

En otros es una sensación de hormigueo constante durante el reposo, en el territorio del fémoro cutáneo, como relata Roth en su primera observación. Otros de sus enfermos se quejaba de hormigueos pasajeros en la parte media de la cara externa del muslo izquierdo. Estos mismos hormigueos los encontramos en casi la totalidad de las observaciones.

A otros, es un adormecimiento ya solo, ya juntamente con hormigueo, lo que más los mortifica, como relata Bellot en la observación de una mujer, la que se quejaba, según ella misma, de adormecimiento y hormigueo. Este adormecimiento lo tiene uno de nuestros enfermos.

Algunos se quejan de insensibilidad. Otros experimentan la sensación de piel extraña colocada en el muslo.

A otros les parece como si una coraza de cartón recubriese la piel del muslo, como relata Escat en su propia observación, además experimentaba la sensación de tensión del tendón de la fascia lata.



En ocasiones sienten la piel como engrosada, como le ocurría á una mujer cuya observación relata Bernhardt; en la de Verhoogen, tenemos que el enfermo se quejaba de sentir la piel más áspera como si hubiera sido de cartón ó de pergamino.

En otros casos, los enfermos sienten un traccionamiento profundo comparable á una retracción muscular, como le sucedía á Noecke, al que le parecía que sus músculos del muslo se le acortaban ó que la aponéurosis del muslo estaba anormalmente tensa.

A veces tiene la sensación análoga á la producida por un pantalón mojado y aplicado sobre el muslo, sin que exista en esta región ninguna modificación en la secreción sudoral, como lo constataron Devic y Championnière en las observaciones de dos toneleros.

Otros conservan la sensación de piel muerta en toda la zona.

En otros parece que un trozo de leña estuviera aplicado en la cara externa del muslo, como lo observa Koster en uno de sus enfermos.

A veces experimentan la sensación de frío intenso, que se irradia en toda la cara externa del muslo, como le sucedía á un enfermo de Dopter; esta misma sensación de frío la experimentaba un enfermo de Bramwell. Rapin dice que experimentaba la impresión fugitiva de frescura que le habría ocasionado la aplicación de un lienzo mojado.

En otros la sensación es comparable á la producida por el frote de la piel con una escobilla de fierro delgado, como lo observa Knauer, la que en otros casos se transformaba en sensación de forro.

Luzenberg, en su propia observación, dice sentía como que una venda apretada le envolvía la base del muslo.

Otros enfermos sienten como si tuvieran cubierta la cara externa del muslo por un emplasto, como lo relata Pitres en una de sus observaciones. En otra dice que el enfermo comienza á sentir comezónes, por lo que se ve obligado á rascarse y de esta manera comprueba que la piel estaba insensible, al mismo tiempo sus pies se hacían el asiento de hormigueos durante una hora.



En la observación de Sabrazès y Cabannes tenemos que el enfermo decía sentir un adormecimiento y un malestar en todo comparable al que se experimenta en el miembro superior cuando se comprime el nervio radial durante la noche.

Los dolores, el otro síntoma de la afección, encontramos que vienen á sobreponerse á los fenómenos de parestesia y son de dos clases: los *subjetivos*, sentidos por el enfermo y los *objetivos* constatados por el examen de la región.

Estallan generalmente por accesos, y para que esto se verifique es menester que intervenga una causa productora, la que puede ser variada.

Esta causa que puede suscitar ella sola el estallido de la enfermedad, no interviene ulteriormente sino para entretenerla y, sobre todo, para provocar la aparición y la repetición de los accesos. En algunos es el frote de la región el que hace que se desarrolle el acceso doloroso, como le pasaba á dos militares cuyas observaciones recogió Bernhardt, en los que el roce de la espada era tan doloroso que debieron pedir permiso para eximirse de cargarla; el arma, viniendo á rozar en cada paso la cara externa del muslo, aumentaba el malestar y lo hacía verdaderamente insoportable.

En otros casos este frote puede ser provocado por el roce del muslo por cuerpos de diversa naturaleza, según el trabajo que desempeñan los individuos. Así en las observaciones traídas por Devic y Championnière encontramos que se producían los dolores por el roce del muslo ocasionado en el acto de llenar fudres de vino en dos toneleros y por consiguiente eran más vivos en la tarde, cuando el muslo había experimentado largo tiempo el frote de los toneles. En el enfermo de Dopter el acceso era provocado por el roce de un canasto que llevaba diariamente el enfermo. En la auto-observación de Escat encontramos la particularidad que cuando la cintura de su pantalón en el muslo era muy estrecha ó descendía muy abajo comprimiéndolo, los síntomas dolorosos se hacían muy intensos, quitando el pantalón los dolores disminuían. En Luzenberg era el roce de la ropa de cama y de su pantalón los que le ocasionaban los dolores. En el enfermo de Destot el frote de la pipa que llevaba en su bolsillo y el provocado por un manajo de

MERALGIA

llaves, le provocaban los accesos de dolor. En el enfermo observado por Köster era el manajo de llaves el productor del acceso.

Pero la causa ocasional más frecuente, la que encontramos en la mayoría de las observaciones es la marcha y la estación de pie prolongadas: así vemos en la observación de un médico hecha por Roth en el que aparece un dolor quemante en la estación de pie, que se aumenta durante la marcha, para cesar con el reposo. Esta misma causa productora la encontramos en 3 de nuestras observaciones.

Enfermos hay en los que el dolor es producido por la ascensión de una escalera; ó bien al subir á un coche ó estando mal sentado, como le acaecía á Stembo, el que padecía de una meralgia izquierda.

Verhoogen en la observación que relata notó que cuando la marcha se hacía en un terreno plano, el enfermo no sentía ningún dolor, bastaba que el terreno ascendiese para que estallara, el mismo fenómeno le pasaba con el ejercicio de la bicicleta.

En la observación de Sabrazès y Cabannes tenemos que el acceso estallaba, cuando estando sentado en un sofá extendía sus miembros inferiores sobre la pelvis.

Una vez producidos los caracteres del dolor también son muy variados. En ocasiones es solo una exageración del adormecimiento el que se hace doloroso; en otro es un escozor interno comparable según unos á una quemadura, á la aplicación de un fierro candente, al escozor provocado por la aplicación de un sinapismo. A veces sienten como un arañazo en la piel, en otros son picadas dolorosas. Freud, en su auto-observación, nos dice que durante la marcha tenía la sensación de una piel extraña, á la que se le seguía la de breves picadas perpendiculares á la piel y sumamente intensas; otros dicen sentir un pinchamiento difuso en toda la región; á veces es un dolor de tirantez de los músculos y aponéurosis profundas.

En ocasiones son verdaderas punzadas muy intensas y rápidas de duración de un cuarto de segundo las que sobrevénian en las extremidades superiores é inferiores en un enfermo de Pitres.

La intensidad de los dolores es tan marcada en algunas oca-



siones que provoca una verdadera claudicación y termina por impedir casi completamente la marcha; en otros se producen verdaderos accesos de llanto, como relata Pieraccini.

En una de nuestras observaciones tenemos que el enfermo compara los dolores sentidos en el muslo á los que le habría producido la aplicación de un sinapismo *in situ*.

En otra, que es de un médico, dice que la sensación que experimentaba en la raíz de sus muslos, con ocasión de la marcha ó de la estación de pie prolongadas era como si se le inyectara líquido á alta presión en el tejido celular sub-cutáneo del muslo. En otro es una especie de escozor.

En dos ocasiones hemos encontrado dolores no sólo en la extremidad inferior, sino también en la superior: la de Roth y una personal.

Una vez constituido el acceso doloroso, el enfermo trata de hacerlo cesar y para esto la mejor manera es buscando el reposo del muslo, puesto que es la actividad de éste la que les ocasiona. Si va caminando se detiene inmediatamente y trata de sentarse, si está de pie hace lo mismo ó bien flexiona el muslo en que se sitúa el dolor; el reposo de éste producido en estas posiciones es efectivamente lo que encontramos, que es lo que hacen los enfermos en casi la totalidad de las observaciones. En uno de nuestros enfermos tenemos que para hacer cesar el dolor flexionaba el muslo colocándose el bastón en la cara posterior de la articulación de la rodilla.

En otras ocasiones el enfermo busca el reposo acostándose y flexionando los miembros inferiores sobre el tronco; la extensión de éstos, por el contrario, provoca aún en esta posición la aparición de los dolores, como pasa en uno de los enfermos de Roth, el que estando en decúbito dorsal y las piernas estiradas, los dolores reaparecen.

La flexión rápida del muslo que se produce durante la carrera ó bien en el ejercicio de la bicicleta, pueden suprimir los dolores.

Por consiguiente, es el reposo el mejor medio de hacer terminar los dolores, sin embargo, encontramos en algunas observaciones en las que ni durante éste desaparecían, como le pasaba á una mujer observada por Roth, en quien los dolores dis-



minuían en la estación sentada, á veces desaparecían durante la marcha, pero que se le hacían muy pronunciados estando acostada.

En ocasiones el dolor es el único síntoma que se desarrolla en la zona de inervación del fémoro cutáneo y viene por sí sólo á constituir la enfermedad, faltando la parestesia y la anestesia, tal ocurría á un enfermo de Roth en el que eran los dolores quemantes localizados en el sitio habitual los que aquejaban al enfermo, faltando la parestesia y los trastornos objetivos de la sensibilidad.

En otros, por el contrario, no siempre existen los síntomas dolorosos, pueden faltar y en estos casos la afección se reduce á fenómenos de parestesia acompañados de trastornos en la sensibilidad, anestesia en sus diversas formas; lo que encontramos en una de las observaciones de Roth, en la que la afección se produce en un individuo que, habiendo habitado un lugar muy húmedo, se le desarrolla la afección en el sitio conocido y consiste en una sensación de adormecimiento acompañados de hipoestesia y termo anestesia, no apreciaba las diferencias de 1º de temperatura en el lado enfermo.

Por último, encontramos que la parestesia y los fenómenos dolorosos son los únicos síntomas que vienen á caracterizar la enfermedad faltando las perturbaciones de anestesia, como le ocurría á una mujer embarazada observada por Bernhardt, quien padecía de meralgia del muslo derecho, tenía la sensación subjetiva de que la piel estaba como espesada en toda la región, sobreviniéndole en ocasiones fenómenos dolorosos y en la que el examen objetivo y la exploración de la sensibilidad cutánea eran negativos.

Los *trastornos objetivos del dolor* los determinamos por el examen directo de la región. Son pocos frecuentes. En una de las observaciones de Bernhardt tenemos que la presión algo fuerte de la piel y de los músculos eran dolorosos. La misma presión dolorosa en los tegumentos la encontramos en la observación de Köster, en quien existía en la parte central de la placa un punto particularmente doloroso á la presión. A veces son las masas musculares las dolorosas; en una de las observaciones de Sabrazès y Cabannes tenemos que la presión no es



dolorosa durante el reposo, el dolor á la presión se muestra por el contrario después de la marcha y sólo en la zona de parestesia. En Luzenberg tenemos que el frote rápido con la mano le provocaba un pequeño dolor.

La presión del tronco del fémoro cutáneo raramente es dolorosa, sin embargo, en una de las observaciones de Roth tenemos que la presión inmediatamente por dentro de la espina ilíaca anterior y superior provoca un vivo dolor. En la observación de Championnière tenemos que la presión del nervio á su salida de la pelvis era dolorosa. En el enfermo de Devic la presión dijital al nivel de la salida del nervio era dolorosa, en este punto el periostio estaba muy espesado y era difícil poder precisar si era éste ó el nervio el que era doloroso, comprimiendo el nervio en el resto de su trayecto no presentaba ningún punto sensible.

En uno de los casos de Roth, encontramos cerca de la espina ilíaca anterior y superior en ambos lados que se provoca dolor haciendo presión, en una pequeña extensión, cuyo máximo coincide con la salida de la espina ilíaca anterior y superior, no siendo posible determinar el sitio exacto á causa de un espeso rodete interpuesto en este sitio. La presión del fémoro cutáneo externo es dolorosa al nivel de la espina ilíaca en uno de los enfermos de Stembo. En la observación de Köster encontramos que una presión muy fuerte ejercida en el trayecto del nervio y ramificaciones del fémoro cutáneo, es muy desagradable tanto en uno como en el otro lado. En la observación de Sabrazès y Cabannes de la *Semana Médica*, la presión en el punto de emergencia del nervio en el muslo derecho era muy dolorosa. En el caso de Bramwell encontramos un punto doloroso en la emergencia del femoral cutáneo externo.

En ninguna de nuestras observaciones encontramos perturbaciones objetivas del dolor.

El último síntoma característico de la afección, *la anestesia*, lo determinaremos igualmente, por el examen objetivo de la región. Este examen, además, nos permitirá, ante todo, la localización exacta de los fenómenos parestésicos y dolorosos, las perturbaciones tróficas y vaso-motoras, las reflejas y los trastornos eléctricos,



Las perturbaciones sensitivas se superponen á las anteriores, ocupando, por consiguiente, el sitio habitual de inervación del fémoro cutáneo externo.

La sensibilidad será comprometida en sus variadas formas táctil, dolorosa, térmica, refleja y eléctrica.

En muy pocas observaciones hemos encontrado que se comprometan todas las formas de sensibilidad, en casi la mayoría es sólo una de sus formas la que es comprometida.

Generalmente hay disminución á la *sensibilidad táctil*; *hipo-estesia*, está como embotada y obtusa; puede estar pervertida y en estos casos el enfermo nota á veces una sensación subjetiva de *pieles*; á otros le parece que el tacto se hiciera al través de una tela, una lámina de cartón interpuesta, que impediría la sensación neta del tacto. Uno de nuestros enfermos al pasar su mano por la parte superior y externa de su muslo, experimentaba la sensación como si hiciera á través de un cuero grueso ó de una coraza de latón.

Esta hipoestesia puede ser generalizada, en otras presentarse en forma de placas.

En vez de estar disminuída, por el contrario, puede estar exagerada, es decir, haber *hiperestesia*; hemos notado ya varios casos, en nuestra relación, en que la presión en el centro de la placa era penosa y á veces ocasionaba también los accesos de dolor. Puede haber retardo á la percepción de la sensación de contacto.

En ocasiones el frote con la mano de la superficie de parestesia exagera el adormecimiento; por el contrario, las fricciones en la zona de anestesia pueden devolver la sensibilidad, como relata Pitres en uno de sus enfermos.

La *sensibilidad dolorosa* puede estar á veces totalmente embotada, *analgesia* y presentarse en forma de placas en otras ocasiones, sólo hay una disminución á la sensibilidad dolorosa *hipoalgesia*; en otros tenemos que hay una exageración de ésta, *hiperalgesia*, así los plegamientos de la piel, las picaduras provocan dolores intensísimos como de quemaduras.

Puede estar pervertida y en estos casos provocar el adormecimiento. A veces hay retardo en la apreciación de la sensibilidad dolorosa como ocurría á uno de los enfermos observado



por Knauer. En otros, la sensación subjetiva no está en relación con el examen objetivo, como encontramos en la enferma de Pieraccini, quien apesar de sentir como muerta la cara externa del muslo, presentaba sin embargo, á la exploración de la sensibilidad dolorosa hiperalgesia.

En una de nuestras observaciones tenemos que la sensibilidad dolorosa, á la picadura, está exagerada en toda la placa, en ambos muslos, pero existe más ó menos en la parte central una extensión de piel del tamaño de un peso fuerte en que la sensibilidad está muy disminuída, casi insensible.

En otro de nuestros enfermos, el pellizcamiento hecho al través de su pantalón por él mismo, era completamente indoloro, al examen objetivo encontramos que hay anestesia táctil y dolorosa.

La *sensibilidad térmica* también puede ser comprometida. Rara vez la pérdida de ésta existe sola. Puede estar sólo disminuída; en otros no poder apreciar la diferencia en varios grados de temperatura; á veces es sólo el frío el que es mal percibido ó bien es el calor el que el enfermo siente menos bien. En ocasiones la sensibilidad es normal en grados elevados, sin embargo, el agua á 14° es reconocida fría en el muslo derecho mientras que en la misma región en el lado izquierdo, que es el enfermo, parece estar en equilibrio con la temperatura de los tegumentos como lo relata Luzenberg en su propia observación.

Las *perturbaciones tróficas y vasomotoras* las hemos encontrado en una observación de Roth, en que la piel de la región era muy lisa y completamente privada de la saliente de los folículos pilosos y que quedaba pálida enrojeciéndose el resto del cuerpo por la inmersión en un baño caliente. En la auto-observación de Stembo en que el biceps izquierdo estaba atrofiado. La de Dopter en que la cara externa del muslo era más lisa que el lado interno.

En una de nuestras observaciones tenemos que la piel de toda la zona de parestesia está perfectamente lisa sin folículos pilosos.

En una de las observaciones de Sabrazès y Cabannes, la experiencia de la inyección de pilocarpina en la región enferma y en la región simétrica del muslo del lado opuesto, demostró



la existencia de perturbaciones vasomotoras. En efecto, en ambos muslos se inyectaron 0,001 de atropina en el lado enfermo, no hubo reacción sino muy insignificante, después de una hora en que los tegumentos se inyectaron ligeramente, pero sin secretar sudor.

Las *perturbaciones reflejas* son poco marcadas en esta afección. En uno de los enfermos de Dopter había una disminución general de los reflejos. Los reflejos rotulianos eran completamente ausentes en el caso de Sievert y en uno de los presentados por Bernhardt. En la primera observación de Roth sólo están debilitados, lo mismo encontramos en uno de los enfermos de Knauer. En la observación de Benda los reflejos cutáneos están debilitados. El reflejo testicular del lado enfermo, el izquierdo totalmente abolido y el del derecho sólo debilitado en la observación de Sabrazès y Cabannes.

En otros están exagerados como los encontramos en las dos observaciones de Pitres, en que los reflejos faríngeos, abdominales y plantares son muy vivos en un caso, y en el otro es sólo el reflejo plantar el que está muy exagerado.

El reflejo sensitivo de Erb falta en un caso y en otro está disminuído.

En Rapin el reflejo pilo-motor ó sea el fenómeno de la carne de gallina no existía, es decir, bajo la impresión del frío los folículos pilosos se hacen salientes en la piel de todo el cuerpo con excepción del sitio que ocupaba la anestesia que quedaba completamente lisa. Fuera de las perturbaciones reflejas indicadas, no encontramos ninguna otra.

En ocasiones no hay ninguna modificación de las *reacciones eléctricas*; enfermos hay en los cuales el pasaje de una corriente ya sea farádica ó estática es menos bien sentida; en otros, por el contrario, se provoca una sensación de hormigueo, la que se transforma en picadas y por último en verdaderos dolores, picaduras quemantes. En una sola observación encontramos que la aplicación de corrientes farádicas modifiquen la parestesia, pero si se la suspende reaparece inmediatamente. La exitabilidad eléctrica de los músculos está disminuída en un solo caso, sin que por otra parte se haya podido notar la existencia de una reacción de degeneración.



DIAGNOSTICO

En general, el diagnóstico de esta afección es fácil, dada su especial sintomatología: de parestesia, dolores y anestesia, que se localizan exclusivamente en la zona de inervación del nervio cutáneo externo.

Sin embargo, debemos conocer las afecciones dolorosas que se presentan en la base del muslo y que pueden, de consiguiente, prestarse á confusión.

Existe una forma frustrada de meralgia, la *pseudo-meralgia*, la que da lugar á una sintomatología que puede confundirse con la verdadera y que reconoce un origen intra-pelviano y hasta medular. Chipault es el que la ha descrito y ha hecho su diagnóstico diferencial de la manera siguiente: «En la pseudo-meralgia, el territorio donde están los desarreglos sensitivos no ocupa, la misma situación que en la meralgia verdadera, están más arriba, en la cara ántero-externa del muslo, ~~húese sentir~~ en el nivel de la ingle ó de la espina iliaca anterior y superior, siempre intacta en la meralgia de Roth. Además, se la encuentra por delante y por detrás de la línea media, por delante en las bolsas y por detrás en la región de las nalgas. Estos trastornos son frecuentemente bilaterales, lo cual es poco frecuente en la meralgia verdadera; la rama de las nalgas está interesada en la pseudo-meralgia.

Además, los dolores ocupan todo el trayecto del nervio y se dejan sentir en la región lumbar. La actitud es generalmente diferente: en la meralgia verdadera el enfermo flexiona el muslo sobre la pelvis, mientras que en la pseudo-meralgia la pelvis es la que se flexiona sobre el muslo.

Finalmente, la causa ocasional de la pseudo-meralgia es fácil de reconocerla; unas veces débese á un fibroma, otras al mal de Pott y en otras á un embarazo.»

Es menester tomar con suma atención los antecedentes y observar minuciosamente la marcha, pues, puede desarrollarse en individuos con antecedentes luéticos, que presenten aún desigualdad pupilar, como hay dos observaciones, y en los que, de consiguiente, los dolores del muslo podrían tomarse por los

MERALGIA

fulgurantes que se presentan en el período pre-atáxico, no tratándose en realidad sino de una simple perturbación nerviosa local y en este caso ser muy diversa en uno y otro caso la importancia pronóstica.

Los dolores fulgurantes de la tabes se localizan con mucho más frecuencia en las extremidades inferiores, rara vez en las superiores, á excepción de los casos en que se trata de una tabes superior; aparecen sin causa y estando el enfermo en cualquier posición, la que tampoco tiene acción sobre ellos; son de carácter intermitente, aparecen periódicamente en forma de crisis, ocupan toda la extensión del miembro y los enfermos experimentan la sensación, como su nombre lo indica, como si un rayo les atravesara el miembro, en otras ocasiones son verdaderas lanzadas en los lancinantes, á veces son terebrantes como si les barrenearan el miembro, en otras son urentes, aparecen en el período pre-atáxico, y van debilitándose á medida que la tabes envejece; luego tenemos la incoordinación, la abolición de los reflejos patelares, signo de Westphal, el Romberg, el Argyll-Robertson, etc.

Mientras que los dolores de la meralgia aparecen con ocasión de la estación de pie ó de la marcha, se aumentan cuando estas posiciones se prolongan demasiado, cesan con el reposo y la flexión del muslo, van precedidos de sensaciones de parestesia y acompañados de diversas perturbaciones en la sensibilidad cutánea del muslo, se encuentran perfectamente circunscritos á la zona de inervación del fémoro cutáneo y, por último, faltan los otros síntomas de las tabes.

En la *histeria*, no encontramos las perturbaciones sensitivas tan localizadas, generalmente hay trastornos en otras partes de la superficie cutánea, la falta de los estigmas ordinarios de la histeria, la insensibilidad de la córnea, la anestesia faríngea, la reducción del campo visual, las anestias cutáneas generalizadas y las circunscritas como son la segmentaria y la hemianestesia, las zonas de hiperestesia, las zonas histerógenas, el ovarismo, los antecedentes del enfermo, son todos síntomas que nos permiten diferenciarla de la afección de que nos ocupamos.

De los dolores de la *ciática* se diferenciará, en primer lugar, por la diversa localización de éstos, en esta afección se sitúan



en diferentes puntos, que siguen el trayecto de todo el nervio y de entre éstos tenemos que los más frecuentes son: el sacro ilíaco, al nivel de la articulación de su nombre; el glúteo isquiático, en el vértice de la escotadura isquiática; el retro-trocantereo, entre el trocánter mayor y la tuberosidad isquiática; más abajo tenemos el popliteo, el peroneo al nivel de la cabeza del peroné, los maleolares, el dorsal del pie y el planta externo; mientras que en la meralgia ya sabemos dónde se localizan.

Tenemos, en segundo lugar, el signo de Lasègue, por el cual estando el miembro inferior en extensión sobre la pelvis, si se trata de flexionarlo sobre ésta, se provoca un vivo dolor en el trayecto del nervio; lo contrario pasa en la meralgia, en la cual la extensión del miembro inferior sobre la pelvis, es particularmente dolorosa, mientras que por el contrario, la flexión lo hace desaparecer.

En una *neuralgia ordinaria*, tenemos que el dolor viene por accesos, sigue el trayecto anatómico del nervio, el mismo enfermo lo indica con el dedo. Entre los accesos, persiste un malestar, el que puede exacerbarse con ocasión de un movimiento, del frío, del calor, aún de la exploración médica; además, existen puntos muy dolorosos, fenómenos, todos muy diversos que no encontramos en nuestra afección.

Tenemos todavía otra afección, que es menester conocer para saber distinguirla de nuestra afección, es la *Claudicación intermitente de Charcot*. En ésta encontramos que todos los movimientos son posibles, cuando el enfermo está acostado y comienza á caminar, más ó menos al cabo de un cuarto de hora de marcha, sensaciones de adormecimiento, de pesantez, de hormigueo, sobreviene en uno ó en ambos miembros inferiores, pronto estallan dolores violentos que condenan al enfermo á la inmovilidad, el reposo le permitirá nuevamente reanudar la marcha. Estos dolores son como de contricción, se sienten en todo el miembro y son más acentuados en la extremidad que en la raíz del miembro. Pero, además, encontramos síntomas locales bien manifiestos, como ser el enfriamiento, la palidez ó la cianosis del miembro, sintomáticos de una endarteritis obliterante de la femoral en un sífilítico ó en un diabético; además, la ausencia de pulsaciones de la poplitea y



de la pedia durante el acceso, pertenecen únicamente á la claudicación intermitente de Charcot. No se acompañan de perturbaciones sensitivas, localizadas en la parte externa del muslo. El mecanismo de su producción es el siguiente: la irrigación sanguínea, capaz de satisfacer á las necesidades del miembro en el estado de reposo, es insuficiente con ocasión de los movimientos activos del mismo, la anemia sobreaguda que resulta, acarrea una impotencia funcional del miembro, acompañada de parestesia, de dolor y de imposibilidad de continuar la marcha.

Existe otra forma de Claudicación intermitente, la que ha sido descrita por Goldflam, la que también deberá tenerse presente en caso de meralgia. Según el autor que la describe es consecutiva también á trastornos circulatorios, y se observa en el curso de las intoxicaciones por el tabaco y el alcoholismo. Se trata de personas de edad avanzada, que mueven libremente las extremidades inferiores en la posición acostada, pero que experimentan cuando caminan, una sensación rápida de fatiga y de dolor en los miembros inferiores, esta misma sensación puede presentarse en los miembros superiores; por el reposo, el dolor aumenta todavía para apaciguarse poco á poco y desaparecer completamente. El pulso queda normal.

Hay una claudicación intermitente dolorosa descrita por Brissaud bajo el nombre de «*Meralgia funcional periódica*» y que debe también separarse de la meralgia. Tiene por causa una arteritis ó un espasmo de las ramas superficiales de la arteria femoral y consiste en un espasmo doloroso que se produce durante la marcha y que termina con el reposo.

Tampoco debe confundírsela con la *coxalgia* (artritis tuberculosa de la articulación de la cadera) en su principio; tenemos la edad en que se presenta generalmente ésta, es en la infancia y adolescencia; los dolores en la cadera se localizan delante en el triángulo de Scarpa y en la parte interna en el trocánter menor; hay también en la rodilla; éstos traen por consecuencia el producir una claudicación, perceptible sobre todo, en la tarde, es al principio poco marcada, trae sólo una modificación en el ritmo de la marcha, que se va haciendo más y más mar-



cada; es muy persistente. La exploración objetiva demuestra que los movimientos no son ya tan libres como en el lado sano, además tenemos el alargamiento del miembro al principio. La flexión del muslo sobre la pelvis, como todos los otros movimientos de la articulación son dolorosos y limitados. La tumefacción de los tejidos y ganglios periaarticulares, luego la actitud viciosa del miembro en que éste se coloca al principio en flexión, abducción y rotación externa, y después en flexión aducción y rotación interna, la ensilladura lumbar, serán síntomas que nos permitirán llegar al diagnóstico de coxalgia y que nos impedirán confundirla con la meralgia. En un período más avanzado la confusión es ya mucho más difícil.

En la *neuralgia ó neuritis del crural* tan vecino del fémoro cutáneo externo, encontramos también que la marcha, la estación de pie prolongadas, el hecho de cruzar las piernas ocasiona exacerbaciones dolorosas, pero que se irradian á lo largo de la cara interna del muslo, además los puntos neurálgicos están situados, uno en la cara anterior del muslo por debajo de la arcada crural y más ó menos en la parte media, los otros al nivel del maléolo interno y en la base del gruesoortejo.

Sin embargo, existen ejemplos de asociación de neuralgia parcial del crural y de meralgia parestésica, las que debemos tener presente, y en las que se explican por anastómosis entre estos dos nervios.

Una vez hecho el diagnóstico de la meralgia, es menester hacerlo de su causa etiológica; se preocupará del estado general del enfermo y de los fenómenos que pueden asociarse, se averiguará si hay diabetes, afecciones ó intoxicaciones, las afecciones del sistema nervioso general susceptibles de repercutir sobre los nervios periféricos.

PATOGENIA

Es bastante obscura. Las opiniones de los diversos autores, son bastantes variadas al tratar de explicar el fenómeno íntimo de la afección.

Para Bernhardt se trata de una neuritis del fémoro cutáneo,



ligada sea á una enfermedad infecciosa, sea á una intoxicación, sea á la tabes ó á la acción del frío.

Roth, piensa que la compresión mecánica del nervio debe á este punto de vista jugar un papel importante, produciendo una para ó peri-neuritis de la rama anterior del fémoro cutáneo; que puede explicarse por razones anatómicas como son la posición del nervio bajo la aponéurosis del psoas, inflexión por debajo de la espina ilíaca anterior y superior, canal fibroso de la fascia lata. La contracción del psoas y de la fascia lata juntamente con la extensión del muslo sobre la pelvis, durante la estación de pie y la marcha vendrían á producir la compresión y aun el traccionamiento del nervio, á causa del cambio brusco de dirección y de volumen que experimenta el fémoro cutáneo por debajo de la escotadura innominada. A estas causas agrega Roth, condiciones que vienen á facilitar á la compresión como son el alcoholismo y sobre todo los fenómenos de congestión activos ó pasivos de los vasa nervorum en sujetos en la mayor parte de los casos varicosos ó hemorroidarios.

La idea de que se trate de una lesión anatómica bien marcada, degenerativa ó destructiva del nervio, traería como consecuencia perturbaciones tróficas las que sólo hemos encontrado en dos observaciones.

Nœcke, explica la patogenia de su meralgia por el traumatismo que le produce un estiramiento del nervio, durante el tiempo que trascurre en restaurarse completamente, dió origen á la afección de que nos ocupamos.

Algunos admiten la idea de una irritación ligera, pero permanente, de naturaleza indeterminada, que atacando de una manera directa ó indirecta al tronco nervioso, casi silencioso en el estado de reposo, se manifiesta con ocasión de los movimientos.

Lucas Championnière la explica en una de sus observaciones, por el compromiso del periostio, el que como se sabe es tomado en diferentes puntos durante la convalecencia de la fiebre tifoidea, y que como consecuencia de esta periostitis post-tífica, haya venido á lesionar la rama del fémoro cutáneo, como hay casos de ciática, de parálisis radiales, que han evolucionado



consecutivamente á periostitis desenvueltas en las regiones, donde este nervio se encuentra en contacto con el esqueleto. Estos casos son más conocidos, porque se refieren á nervios mixtos cuya alteración da origen á fenómenos atróficos y paralíticos, es decir, á una impotencia funcional que obliga al enfermo á reclamar de los cuidados del médico. Que se trate de un nervio mixto, de un nervio exclusivamente motor ó de un nervio exclusivamente sensitivo, las perturbaciones nerviosas ligadas á la alteración primitiva del periostio serían curables, si éstas desaparecen y si las fibras nerviosas por otra parte, no han sido completamente destruidas en una gran extensión. Admite, igualmente como Roth, la compresión del nervio enfermo, que lo es de una manera continua cuando este músculo se contrae durante la estación de pie, mientras que en la marcha esta contracción es discontinua; además, cree en la posibilidad de alguna particularidad anatómica en el trayecto del nervio interesado, la que es desconocida.

Bellot piensa que las perturbaciones observadas en la meralgia, son determinadas por la compresión nerviosa debida á la dilatación venosa de los vasa nervorum.

Bacelli la ha observado en el principio de la tabes; Pitres en el curso de la tabes y de la diabetes; Mœbius la ha señalado en período prodromico de la parálisis general; Roth y Knauer en el alcoholismo; Knauer ha puesto fuera de duda el papel de las infecciones á la continuación de una fiebre tifoidea grave, uno de sus enfermos tuvo una polineuritis de la que curó, pero que deja como recuerdo una meralgia parestésica.

Así como Bauer lo había hecho notar á Freud, el nervio fémoro cutáneo en razón de su trayecto superficial, se encuentra expuesto á las compresiones, causa de neuritis traumáticas.

Luzenberg y Donath como Nœcke, hacen desempeñar á los traumatismos el principal papel en la génesis de la afección. Sin embargo, la acción de la estación de pie y de la marcha prolongadas son preponderantes, el nervio predispuerto ó no viene á sufrir, la contracción de los músculos vecinos, se producen los fenómenos parestésicos y dolorosos acompañados de las perturbaciones objetivas de la sensibilidad.

Claisse la considera como una neuritis periférica resultante



de causas múltiples. Por su situación superficial admite la existencia frecuente de las meralgias traumáticas y á frígori. Los caracteres clínicos especiales de esta neuritis, los explica por ser las ramas del fémoro cutáneo puramente sensitivas.

Fearless dice: «hay congestión simple del nervio ó verdadera neuritis» no se puede decidir por el momento.

Autores hay que admiten la posibilidad de la existencia de pequeños neuro fibromas dolorosos, que se desenvuelven en la rama anterior del fémoro cutáneo y que entretienen de esa manera la meralgia.

Como consecuencia, la meralgia parestésica, es un síndrome ligado á una alteración cualquiera del fémoro cutáneo.

Si este síndrome tiene una fisonomía que contrasta con la banalidad ordinaria de las perturbaciones neuríticas, depende de su trayecto y situación. Este nervio, camina primero en el espesor de un músculo indispensable en la estación de pie y la marcha, el psoas; se encorva en seguida bruscamente sobre el borde de la escotadura innominada y costea un segundo músculo, el tensor de la fascia lata, cuyas contracciones durante la marcha van todavía á ponerlo á prueba comprimiéndolo y traccionándolo.

Desde entonces será fácil comprender la patogenia de la meralgia: la posición superficial, el trayecto y las relaciones músculo aponeuróticas del fémoro cutáneo, lo exponen á cada momento á ser violentado. Resulta una tendencia más marcada, sin duda, según las predisposiciones individuales á la parestesia dolorosa susceptible de determinarse á continuación de largas marchas ó de la estación de pie prolongadas, parestesia tanto más inminente, cuanto el nervio no está siempre absolutamente normal. Una neuritis ligera que estaría latente en otro territorio nervioso, se revela en la rama anterior del fémoro cutáneo, filete nervioso más vulnerable que la mayor parte de los otros nervios de la sensibilidad general.

Cuando estas mismas condiciones eteológicas existen en ambos músculos, naturalmente la afección será bilateral. Resumiendo lo que hemos dicho, me inclino á pensar como Roth, por el hecho que en tres de nuestras observaciones se trata de individuos que cumplen uno á uno los requisitos que este autor exige,

como fundamentales para explicar el mecanismo de la afección, lo que coincide con nuestros enfermos que presentan hemorroides, varicosidades y las causas que coadyuvan á este fin, como son la estación ó la marcha prolongada. Además en la observación III, tenemos el alcoholismo, factor á que este autor le asigna un gran rol dependiente de su acción fisiológica; hecho que está comprobado en el caso que presento por la disminución considerable de la afección, después del abandono de los hábitos de intemperancia.

PRONÓSTICO Y DURACIÓN

Es una afección de *pronóstico* benigno, pues, el estado general del enfermo es y sigue siendo excelente, no se observa perturbación alguna en ningún otro sistema de la economía. Cura á veces con bastante rapidez, sin embargo, en los casos en que persiste y que son los más, los enfermos sólo son portadores de una sensación de molestia más ó menos desagradable con ocasión de ciertos esfuerzos, pero lo repito, sin perturbar en nada la salud de los sujetos.

La *evolución* es bastante lenta, los fenómenos parestésicos y dolorosos, no se muestran primero sino de una manera intermitente, más tarde se hacen constantes y estacionarios.

En cuanto á su *duración*, en la mayoría de las observaciones, encontramos que es indefinida; lo único que se obtiene á menudo bajo la influencia de un régimen apropiado, es sólo una mejoría rápida de los fenómenos mórbidos, á pesar de que persisten á veces durante muy largo tiempo con toda su intensidad, como sucede en uno de nuestros enfermos en quien la afección empezó el año 92, y ha permanecido completamente estacionaria, sin encontrar ningún medio que consiguiera atenuarla ligeramente.

Las de más corta duración son la auto-observación de Nœcke que duró solo tres meses, sanando completamente; tres de Bordier que también curaron y databan en el más antiguo desde hacía tres años y en el menos antiguo desde mes y medio; la de Pal, en un pie plano bilateral que sanó completamente en

MERALGIA

6



un lado, mientras que en el otro, persistía de vez en cuando especialmente usando el enfermo calzado mal confeccionado.

En otro de nuestros enfermos, tenemos que padece de su afección desde el 91, la que sólo se ha atenuado debido al cambio de régimen de vida y á la disminución en el consumo del alcohol.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los datos que tenemos á este respecto son sumamente escasos. En un solo caso en que se hizo la excisión de un segmento del fémoro cutáneo, que fué seguido de examen microscópico no presentó alteración anatómica alguna; es lo único que hemos encontrado respecto á estudios de anatomía patológica.

TRATAMIENTO

El tratamiento empleado ha sido médico y quirúrgico.

En el *médico* destinado á combatir el dolor, ha dado resultado en uno que otro caso, en la mayoría de las observaciones es completamente infructuoso. En los casos de diatésis se ha empezado por instituir un régimen apropiado: leche, legumbres, poca carne, nada de alcohol; luego el reposo. Las fricciones locales con sustancias diversas: fricciones alcohólicas, trementinadas, el salicilato de metilo; fricciones secas, masaje. Aplicaciones locales de ácido salicílico, de tintura de yodo, de Ictiol. La Hidroterapia en sus variadas formas: de compresas calientes ó frías; duchas de corta duración, baños sulfurosos. La aplicación de un vejigatorio está indicada, si existiera algún punto doloroso. Aplicaciones eléctricas: electricidad estática ó franklinización, corrientes continuas (4 á 5 miliampères).

Las corrientes de alta frecuencia han dado feliz éxito en los 3 enfermos de Bordier. Según la patogenia que admiten algunos autores, puede aconsejarse el uso del Hammamelis.

Se puede hacer la galvanización y el masaje en el trayecto del tronco nervioso.

Sabrazés y Cabannes han obtenido curación con el tratamiento médico apropiado, en un caso de meralgia de origen

reumático. Igual éxito ha tenido uno de nuestros enfermos con el tratamiento antireumático, pero la afección le ha repetido.

En el tratamiento *quirúrgico*, tenemos la aplicación de aparatos ortopédicos que, corrigiendo los vicios de conformación del pie traen la curación de la enfermedad; y la intervención sobre el tronco nervioso mismo la neurectomía operación que ha sido aconsejada por Wandsbeck, Brisard, Chipault quien, dice haber obtenido excelentes resultados, Mauclairé, Championnière, Foggie, Brauer, Dopfer.

OBSERVACIONES

Observación I.—Santiago Luna, de 62 años (1841), casado, natural de Santiago, minero.

Antecedentes hereditarios.—Padre, muerto á los 68 años, de hemorragia cerebral. La madre murió de parto. Hermanos 10, 4 abortos. De sus hermanos tenemos dos que padecieron de enfermedades mentales, uno es asmático.

Antecedentes personales.—El 53, fiebre tifoidea; el 55, neumonia; el 56, blenorragia con orquitis doble, posteriormente estrechez uretral la que aún persiste. Con frecuencia padece de cefalalgias intensas acompañadas de estado nauseoso y de vómitos. Últimamente, ha tenido cefalalgias frontales. Desde 1884, padece de catarro intestinal, que recrudece en los meses de verano. No tiene hemorroides ni várices.

Las perturbaciones actuales se inician en septiembre de 1892.

Comienza á sentir en toda la cara externa del muslo izquierdo y parte de la anterior un hormigueo al que no le da importancia, en marzo del 93, con sorpresa empieza á sentir en el mismo sitio dolores muy intensos, que el enfermo compara como si le aplicaran sinapismos. Estos sobrevienen por accesos, con ocasión de la marcha y lo obligan á detenerse para poder flexionar el muslo sobre la pelvis, posición que se los suprime completamente.

En abril del mismo año, comienza á sentir en el otro muslo exactamente los mismos fenómenos de hormigueos acompañados de dolores y localizados en un sitio perfectamente simé-



tricos, le sobrevienen igualmente con la marcha, después de haber recorrido más ó menos diez cuerdas por lo que se ve obligado á sentarse, desapareciendo en esta posición.

Pasando la mano por la zona dolorosa y mejor pellizcándose á través de su pantalón es completamente insensible.

Actualmente la enfermedad está en el mismo estado, no ha avanzado, no ha disminuído, los dolores le sobrevienen con igual intensidad después de una marcha prolongada.

Desde marzo de 1900, padece de dolores en la región supra-escapular derecha, que se le irradian hacia el hombro y mitad superior y externa del brazo derecho. Son intermitentes, le sobrevienen sin causa, son tan intensos que le impiden mover el brazo hacia atrás, la elevación es muy dolorosa; no ha habido adormecimiento. Estos dolores han ido desapareciendo, pero no del todo, aun siente dolores al tratar de elevar el hombro.

Examen objetivo. — Individuo de musculatura y pánículo adiposo regularmente desarrollados.

El examen del muslo derecho, nos da en la cara externa y mitad exterior de la anterior á 6 traveses de dedo, bajo el trocánter mayor una zona de forma oval de contorno algo irregulares cuyo diámetro mayor, es vertical y mide 0,15 y el menor trasverso de 0,10 en que la piel está perfectamente lisa, sin folículos pilosos.

En esta gran placa, la sensibilidad táctil no existe, la dolorosa tampoco y la térmica está considerablemente disminuída.

En el resto de esta cara la sensibilidad es normal. La compresión del tronco nervioso es indolorosa, como lo es el de las masas musculares. El reflejo cremastereano es normal.

El diámetro en el $\frac{1}{3}$ superior mide 0,520
» medio » 0,450
» inferior » 0,350

En el examen del muslo izquierdo nos encontramos también con una gran zona, una especie de bandeleta longitudinal con sus extremos redondeados la que empieza á 4 traveses de dedo bajo el trocánter mayor hasta el cóndilo externo del fémur con un diámetro trasverso de tres traveses de dedo y situado igualmente en la cara externa del muslo. En toda esta bandeleta la

sensibilidad está abolida, la dolorosa muy disminuída, *hipoalgesia*, como igualmente la térmica. La piel también está perfectamente lisa, no hay un solo folículo piloso.

Las masas musculares indolorosas, el reflejo del cremaster normal.

El diámetro en el $\frac{1}{3}$ superior 0,485
» » » medio 0,445
» » » inferior 0,349

Los reflejos en general normales, no hay trastorno alguno de la sensibilidad cutánea del resto del cuerpo.

La exploración del hombro derecho no nos permite comprobar perturbación objetiva alguna, no hay alteración á la sensibilidad táctil, ni dolorosa. Por la compresión hay ligera sensibilidad en el borde anterior del deltoides.

Diagnóstico — Meralgia parestésica bilateral

Tratamiento. — Ha sido completamente infructuoso. Se le han hecho 87 aplicaciones eléctricas (corriente farádica) en ambos muslos; baños eléctricos en número de 18; masaje, salicilato, yoduro, fricciones variadas con diversas sustancias, ungüentos, aguardiente alcanforado, y no ha obtenido ni siquiera una ligera mejoría.

Observación II. — Ismael Larenas, 47 años (1857) casado, cigarrero.

Antecedentes hereditarios. — Sus padres, de cerca de 70 años de edad, gozan de buena salud en relación con la avanzada edad. El padre es hemorroidario. 12 hermanos y 3 abortos, 7 muertos: uno á los 6 años de desinteria, los restantes, antes de cumplir año, no sabe precisar la causa. Los vivos gozan de muy buena salud.

Antecedentes personales. — Su esposa se queja de dolores osteócopos nocturnos. Ha tenido 15 hijos y un aborto. Han muerto 8 tísicos; 1 de alfombrilla; 2 de viruela y otros 2 de cólera infantil antes del año.

En su juventud, dolores de cabeza, jaquecas, las que han desaparecido. Afección pasajera al estómago, consistente en sensación de plenitud después de las comidas de larga duración, acompañada de producción de gases de acedias tardías, á las 2 horas después de las comidas y de un malestar general

que lo obligaban á dormir; todo ha pasado con el régimen alimenticio.

En 1900, blenorragia, la que aún dura.

Hábitos.—Muy fumador, hoy día poco; buen consumidor de vino; por la naturaleza de su negocio está obligado á llevar vida sedentaria.

Tiene hemorroides, las venas superficiales de las extremidades inferiores varicosas.

Las perturbaciones que presenta, le han empezado desde hace 20 años. Con ocasión de haber tenido que escribir mucho en una pieza muy fría, á la vez que húmeda, le sobreviene un adormecimiento en la cara exterior de ambos muslos, por lo que es obligado á hacer un corto ejercicio; se fricciona la zona adormecida y todo pasa; al poco tiempo después, como á los 12 días, fué sorprendido con la reaparición de la misma sensación de adormecimiento y localizada en la misma región en ambos muslos. Este segundo acceso, le sobreviene con ocasión de la estación de pie prolongada, pero este adormecimiento se transforma en una sensación de malestar muy intensa, es una especie de escozor que lo obliga á sentarse y con gran contento nota que después de algunos momentos en esta nueva posición todo pasa. Este acceso de adormecimiento y de escozor le sobrevienen por accesos, cada vez que está muy largo rato en pie y en el intervalo de éstos, no queda trastorno alguno. Durante el acceso, palpando la zona aún al través de su pantalón esa región es muy sensible.

La afección ha sido bilateral desde un principio, siendo más marcada en el muslo derecho, y el enfermo mismo hace notar esta mayor intensidad por estar expuesto á causa de la naturaleza de su trabajo, á la corriente de aire ocasionada por la abertura de la mitad inferior de una puerta.

Examen objetivo.—Muy bien constituido, de musculatura muy desarrollada. Los reflejos son normales.

El examen del muslo derecho nos permite apreciar en su cara externa, á la simple inspección, una gran extensión que no sobrepasa la línea media de la cara anterior en que la piel está casi completamente lisa, hay muy pocos folículos pilosos. El enfermo nos indica que es precisamente á ese nivel



donde está todo su mal. Midiéndola vemos que tiene á 0,14 de longitud por 0,07 de diámetro transverso. Explorando la sensibilidad táctil no está alterada, la dolorosa está exagerada. *Hiperalgiesia* así pellizcando la piel se le provoca un escozor muy intenso. La térmica está conservada. No hay alteración alguna á la presión, las masas musculares no son dolorosas.

En el muslo izquierdo encontramos los mismos fenómenos con la sola diferencia que la placa es menos extendida, mide 0,12 de longitud por 0,05 de diámetro transverso.

Diagnóstico.—Meralgia parestésica bilateral.

Pronóstico.—Benigno. El enfermo dice que su estado lo preocupa muy poco; sólo cuando le sobrevienen los dolores siente incomodidad; por lo demás, se le presentan muy de tarde en tarde.

Tratamiento.—Lo único que ha usado, ha sido las fricciones alcohólicas.

Observación III.—F. R. S. 35 años (1872) casado, natural de Santiago. Médico cirujano.

Antecedentes hereditarios.—Abuelo y madre muertos de hemorragia cerebral. Padre muy sano.

Antecedentes personales.—Desde joven hemorroides, el 95 difteria, el 99 tifoidea.

En 1891, á causa de la revolución interrumpe sus estudios y se va al campo, donde lleva una vida disipada: trasnochadas y gran consumo de alcohol (lo estima en 300 gramos diarios durante 4 meses.) Salía á cazar en las mañanas en los meses de invierno, de donde regresaba muy mojado.

En enero de 1892, comienza á notar en la mitad externa de la anterior y en la cara externa de ambos muslos, una especie de adormecimiento, acompañado de una sensación extraña al tacto, le daba la impresión como si se hiciera al través de una coraza de latón ó de cuero grueso colocada la parte ya indicada.

En febrero comienza á sentir dolores agudos en la zona de adormecimiento, vienen en forma de accesos en la estación de pie prolongadas ó la marcha, tan intensos que lo obligan á detenerse y trata de sentarse, ó bien flexiona el muslo sobre el tronco colocándose el bastón en el hueso popliteo. Jamás aparecen los dolores estando acostado.

La sensación dolorosa, la compara á la producida por la inyección de un líquido á alta presión en el tejido celular subcutáneo del muslo. Desde un principio la afección ha sido bilateral, con ligero predominio en el lado derecho.

La afección ha disminuído en la actualidad, lo que explica por el abrigo (usa franela gruesa) pero más que todo lo atribuye al régimen de vida, especialmente á la supresión del alcohol.

Examen objetivo.—Pániculo adiposo y musculatura muy desarrollados.

En el examen de los muslos, la zona de parestesia se extiende desde el trocanter mayor hasta la vecindad de la rodilla, avanza un poco al lado interno de la línea media de la cara anterior del muslo y se extiende en toda la extensa cara externa, es simétrica.

La sensibilidad táctil está disminuída en ambos muslos. La dolorosa en general está exagerada, *hiperalgesia*, pero en ambos muslos á cuatro traveses del trocanter mayor y en la unión de la cara externa con la anterior, hay una placa del tamaño de un peso fuerte en que la sensibilidad está muy disminuída, *hipoestesia*. La sensibilidad térmica conservada, la eléctrica normal á la corriente farádica. No hay alteración objetiva alguna, ni dolor. En el perímetro de ambos muslos tenemos que el derecho es más grueso que el izquierdo.

Diagnóstico.—Meralgia parestésica bilateral.

Pronóstico.—Benigno.

Tratamiento.—Masaje con aguardiente alcanforado.

Observación IV.—N. N., 45 años (1859), casado, natural de Valparaíso, Médico-cirujano.

Antecedentes hereditarios.—Padre, era cardíaco. Madre, jaquecas frecuentes y pertinaces, reumática, nefritis crónica (mal de Bright).

17 hermanos todos reumáticos.

Antecedentes personales.—La esposa reumática: doce hijos, tres muertos (escarlatina, broncopneumonia, cólera infantil), tres abortos. Los vivos son reumáticos.

Nuestro enfermo fuera de una blefaritis crónica, anjina herpética, catarro nasal, hemorroides, orinas sedimentosas que se presentan en forma de accesos y durante los cuales la micción



se hace dolorosa; de dolores erráticos que le sobrevienen en las pequeñas articulaciones del pie y de la mano con ocasión de los cambios bruscos de temperatura, que desaparecen con el abrigo, ha gozado, por lo demás, de muy buena salud.

Hábito.—Muy fumador.

En el invierno de 1899, con ocasión de enfriamientos ocasionados por tener que trasnochar con un enfermo, le sobreviene de una manera brusca, dolores que se localizan en la cara externa del muslo derecho, eran tan intensos que le obligan á recogerse á la cama; estando en ésta nota que el roce del calzoncillo le ocasionaba una sensación muy desagradable; el reposo, el abrigo, las aplicaciones locales de paños calientes, los hacen desaparecer por completo en 48 horas.

En enero del presente año, con ocasión de un brusco cambio de temperatura, en que el barómetro baja mucho y con motivo nuevamente de una serie de trasnochadas con enfermos desde varios días antes, le sobrevienen nuevamente las perturbaciones dolorosas con la misma localización que en el acceso anterior, las que lo obligan nuevamente á guardar cama, su calzoncillo le ocasiona la misma sensación de desagrado que en el acceso anterior, pasando la mano, encuentra que la sensación táctil es menos clara que en el muslo sano; pero tratando de plégar la piel en la zona dolorosa, esta operación le causa dolores muy intensos, es decir, había *anestesia dolorosa*. La afección pasa en tres días sin dejar ninguna molestia.

Examen objetivo.—Bien constituído, de pániculo adiposo y musculatura bien desarrollado.

Los reflejos en general, normales. El examen del muslo derecho nos da muy poco; no hay trastorno á la sensibilidad táctil, dolorosa, ni térmica, tampoco eléctricas, no hay ningún trastorno por parte de la piel.

Diagnóstico.—Por la localización, por sobrevenir en accesos, con ocasión de enfriamientos ó de cambios bruscos de temperatura, por los trastornos sensitivos y por sus antecedentes reumáticos, hemos llegado al diagnóstico de una meralgia parestésica de origen reumático.

Pronóstico.—Favorable.

Tratamiento.—Ha estado sometido durante el acceso: reposo



y abrigo, aplicaciones locales calientes, preparaciones anti-reumáticas, la solución Clín de Salicilato de sodio. Últimamente ha estado en los baños del Inca.

CONCLUSION

Por el hecho de ser, como lo hemos visto, una afección de pronóstico favorable, que no compromete en nada el estado general del paciente, podemos llegar á las conclusiones siguientes:

I. Es una enfermedad más común de lo que parece, sino se la encuentra con más frecuencia, es por ser más bien una molestia, una infirmez que una enfermedad;

II. Es una neuritis más ó menos profunda del nervio fémoro cutáneo externo. Esta neuritis puede ser debida á una compresión ó á un traumatismo directos, ó bien depender de las relaciones anatómicas del nervio que lo predisponen, no sólo á las injurias exteriores sino todavía á traccionamientos y fenómenos congestivos. Esta modificación del nervio puede estar ligada también á una infección, á una intoxicación ó aún á una lesión del sistema nervioso central. La estación de pie y la marcha prolongada, parecen en muchas de las observaciones, que hubieran determinado la aparición de la meralgia, en realidad, no intervienen sino para dar origen á la enfermedad sordamente preparada por un proceso de neuritis latente;

III. Poder afirmar al enfermo que padece de una afección esencialmente benigna, la que puede, de cierto, durar largo tiempo, pero que no se trata de ninguna manera de una mielitis progresiva de marcha fatal.

VI. El mejor consejo que podemos dar á los enfermos que padecen de esta afección, no siendo muy intensa, por supuesto, es que eviten las causas ocasionales, y como consecuencia, los esfuerzos exagerados en que tengan que intervenir la actividad muscular del muslo. Y, por consiguiente, la intervención facultativa variará según las circunstancias; pues, es claro, que no obrará de la misma manera en los casos de una infección general, que repercute sobre el nervio enfermo y en aquellos en



que son debidos á perturbaciones circulatorias ó compresiones de otra naturaleza.

Creemos que en cualquier caso de intoxicación alcohólica, saturnina ó de otra naturaleza ó de diatésis ó de infecciones generalizadas, el tratamiento será general y dirigido exclusivamente á la causa productora. Mientras que en los casos de lesión localizada suponemos que lo más correcto sería la neurectomía de la rama comprometida, mucho más que la operación es de fácil ejecución, sin peligro y al alcance de cualquier cirujano.

César Morelli C.

