

Respecto al aparato de que hizo uso, se compone de un estuche de cuero que abraza el muslo y se fija por medio de un lazo alrededor del miembro; una tablilla lateral de acero articulada á la altura de la rodilla, mantiene el miembro en su rectitud, permitiendo la flexion y limitando la estension de la rodilla que, en este caso particular, era exagerada. La articulacion de la garganta del pié sostenida por el aparato en sus movimientos de lateralidad, permite la flexion y la estension. F. Martin intentó despues reemplazar artificialmente los músculos inertes por medio de la *tira de cuero* de Amb. Paré (1), atada á la parte media y lateral del zapato. Esta tira subia por la cara anterior de la pierna, de la rodilla y del muslo, para venir á fijarse á una especie de tahalí que pasaba por sobre el hombro del lado opuesto. Esta disposicion de la correa le permitia levantar la punta del pié y suplir hasta cierto punto la accion de los estensores de la pierna.

En los miembros superiores tendrán que intervenir mas raras veces los aparatos de enderezamiento y de prótesis, en razon de la poca frecuencia relativa de las deformidades permanentes que se encuentran en ellos. Segun lo hemos demostrado, las mas de las veces será cuestion de la inercia total y de la especie de dislocacion del brazo, consecutiva á la parálisis y de la atrofia predominante del deltoides, para lo que hemos indicado una maniobra, á beneficio de la cual, se pueden restablecer instantáneamente los movimientos parciales del antebrazo sobre el brazo, y nos ocupamos en mandar construir un pequeño aparato destinado á realizar esta maniobra de una manera permanente.

Respecto á la prótesis de los músculos paralizados del antebrazo, se ha conseguido hace mucho tiempo y por primera vez, por Delacroix; cuyo aparato ha sido construido particularmente en vista de la parálisis de los estensores de la mano, para la descripcion del que nos referimos á la reseña del profesor Thillaye (2), el cual además ha servido de modelo para la mayor parte de los que se han ideado despues, principalmente á los *guanteletes* de Duchenne (3). El mismo mecanismo podrá por otra parte apropiarse, segun las circunstancias, á la parálisis de otros músculos, que los estensores.

Al terminar, necesitamos añadir que el tratamiento médico dirigido contra los fenómenos de parálisis y de atrofia, no deberá separarse del tratamiento ortopédico, porque están destinados á ayudarse mutuamente y á completarse (Laborde).

(1) Ambroise Paré, *Oeuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 618.

(2) Thillaye, *Rapport lu à la Société de médecine* en Agosto, de 1813.

(3) Duchenne (de Boulogne), *Electrisation localisée*, Paris, 1861, chap. XIX.—Bouvier, Relación sobre una memoria de Duchenne: *Orthopédie physiologique de la main* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1857, t. XXII, p. 851).—*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. IV, art. AVANT-BRAS, p. 272 et 273.

ARTÍCULO XI.

APOPLEGÍA NERVIOSA.

Todavía es una cuestion no resuelta, el saber si puede existir realmente una apoplegia nerviosa, es decir, un estado del todo semejante á la hemorragia cerebral que acabo de describir, sin que haya ninguna lesion del cerebro. Abercrombie y algunos otros autores han citado hechos, en los que despues de haber observado durante la vida todos los fenómenos de la apoplegia (pérdida del conocimiento, parálisis del movimiento, de la sensibilidad en un lado del cuerpo, desviacion de la lengua), no se ha encontrado despues de la muerte ninguna lesion apreciable. Pudiera citar aquí numerosos ejemplos de esta afeccion que Abercrombie llama *apoplegia simple* (1), y pudiera dar á conocer la opinion de Willis, quien atribuia la enfermedad á una estupefaccion de las meninges; la de Nicolai que solo veia en ella el espasmo de estas membranas, etc. Pero basta comprobar la existencia de estos casos á los que Kortum ha sido el primero que les ha dado el nombre de apoplegias nerviosas, casos que es necesario distinguir muy bien de otros muchos que se han designado con el mismo nombre, y que sin embargo, son verdaderas hemorragias ó congestiones cerebrales. Para demostrar que existen realmente hechos de esta especie, y que no se deben atribuir á una investigacion demasiado superficial, añadiré, que en estos últimos tiempos, Grisolle (2) ha referido un caso de esta especie, en el cual se examinaron hasta las mas pequeñas partes del cerebro, y que yo mismo he visto en la clínica de Louis, un sugeto que despues de haber sucumbido á consecuencia de un ataque de apoplegia, con pérdida del conocimiento y hemiplejia, no presentó ninguna lesion cerebral, aunque se hicieron investigaciones muy minuciosas.

¿Será necesario admitir que ha habido una lesion aparente que habria desaparecido despues de la muerte? Nada lo prueba. ¿Es esto decir que se puede concebir esta enfermedad cerebral (porque evidentemente el cerebro es el asiento del mal) sin ninguna lesion del órgano? De ninguna manera; pero lo que hay de cierto, es que no podemos apreciar esta lesion, circunstancia que traza una linea de demarcacion profunda entre estos hechos y los que hemos citado en los artículos precedentes. No se puede decir que existia un reblandecimiento que se habria ocultado á todas las investigaciones; se le pue-

(1) Abercrombie, *Recherches pathologiques sur les maladies de l'encéphale*. Paris, 1835, p. 291 y siguientes.

(2) Grisolle, *Presse médicale*, 1837.

de suponer así respecto de algunos casos observados antes de que fuese conocido el reblandecimiento; pero no puede suceder de este modo, en cuanto á los dos últimos en que se exploró la consistencia del cerebro hasta en sus partes mas pequeñas.

¿Deberemos, como hacen algunos autores, no ver en estos hechos sino afecciones histéricas que se terminaron por la muerte? Es sabido que en algunos ataques de histérico sobreviene una parálisis á veces muy estensa y muy completa, que se disipa al cabo de cierto tiempo sin dejar vestigios. Aunque se admitiese esta explicacion, no por eso sería menos curioso el hecho; pero es preciso advertir que los sujetos en quienes se han observado los fenómenos de que acabo de hablar, no habian tenido anteriormente ataques de histérico, que la mayor parte eran hombres, y que su apoplejia no habia empezado por convulsiones, de suerte que no era aceptable la explicacion.

ARTÍCULO XII.

PARAPLEGIA NERVIOSA.

Esta afeccion es análoga á la *apoplejia nerviosa*. Hay pocos prácticos que no hayan visto casos en que durante un tiempo muy largo hayan estado paralizados los miembros inferiores, sin que en la autopsia se haya encontrado nada que pueda explicar este síntoma. (Véase HEMIPLEGIA NERVIOSA.)

Los antiguos han descrito con el nombre de *paraplegia*, todas las especies de parálisis de los miembros inferiores sin establecer entre ellas la distincion suficiente, y los modernos han despreciado completamente la paraplegia nerviosa ó idiopática, que se han contentado con mencionarla sin describirla.

Es difícil decir si la paraplegia es esencial ó no, haciendo notar, sin embargo, cuán probable es en estos casos la existencia de una lesion mas ó menos importante.

En el *Boletín general de terapéutica de París* (1), se encuentra un caso de curacion de paraplegia reputada como esencial por medio del *ioduro de potasio*. El enfermo era un niño de diez años, á quien se dió primero 30 centigramos (6 granos) de esta sal, y mas adelante doble dosis. ¿No existiria en este caso un vicio escrofuloso? A pesar de esto, aunque este caso aislado no pueda servir para formar una opinion fundada en la eficacia de semejante tratamiento, debe inducir á los médicos á ensayarle en casos análogos.

El doctor Boari (2) ha referido un caso en que una paraplegia

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, número 5, Enero de 1849.

(2) Boari, *Atti dell' Accad. med.-chir. di Ferrara*, et *Giornale veneto di Scienze*, 1847.

con debilidad del brazo izquierdo y de la inteligencia, se curó con el uso del *cornezuelo de centeno*, despues de haberse resistido á otros medios.

Girard, de Marsella (1), cita asimismo tres casos de curacion por este medicamento que prescribió á la dosis de 50 centigramos á 2^{er}, 50 al dia.

En un caso de paraplegia en una mujer de cincuenta y siete años, Bricheateau (2) empleó con buen éxito la *brucina*, empezando por 10 centigramos (2 granos), y elevando la dosis hasta 50 centigramos (9 granos). Este medicamento obra del mismo modo que la estricnina; pero no siendo tóxico sino á dosis mas elevadas, es mas fácil de manejar.

Así se espresaba Valleix, pero esta cuestion se ha estudiado mejor desde entonces, y se ha presentado bajo un nuevo aspecto. La Academia de medicina puso á concurso en 1855 la cuestion siguiente: «¿Existen paraplegias independientes de la *mielitis*? En caso afirmativo, trazar su historia.» Planteada de este modo la cuestion, abria vasto campo á la observacion. En efecto, existen casos muy numerosos y diversos de paraplegias, sin lesion apreciable de la médula ó de sus envolturas. Indicaremos un gran número de paraplegias, cuando describamos las enfermedades á las cuales suceden; tales son, las paraplegias consecutivas á las fiebres, sobre todo, á la tifoidea y á la disenteria; las paraplegias reumáticas, histéricas y aquellas que proceden de la introduccion en la economia de un agente tóxico, tal como el plomo, el óxido de carbono (asfixia por el carbono), etc. Raoul Leroy (d'Étiolles), cuya Memoria fué premiada por la Academia de Medicina (3), admite como causas de paraplegias sin *mielitis*:

1.º Las enfermedades de los órganos genito-uritarios en el hombre y en la mujer. 2.º La cloro-anemia complicada de histeria. 3.º Las pérdidas sanguíneas exageradas ó la anemia de los miembros inferiores. 4.º Las fiebres graves, la irritacion gastro intestinal, la pelagra. 5.º La intoxicacion saturnina y arsenical. 6.º La impresion repentina ó prolongada del frio y la diátesis reumática. 7.º La asfixia. 8.º Ciertas afecciones cerebrales. 9.º La infancia (algunas le son propias, otras entran en las que encierra esta lista). Y 10. Una compresion de la médula por los tumores que se desarrollan en el conducto vertebral ó que hacen prominencia en él.

En resumen, se ve que el autor de esta clasificacion, agrupó en un orden arbitrario y citó incompletamente un número considerable de paraplegias, que no son producidas por la *mielitis*. Tanto valdria decir que la paraplegia es un síntoma, ya pasajero, ya persistente,

(1) Girard (de Marseille), *Bulletin génér. de thérap.*, 15 Setiembre 1851.

(2) Bricheateau, *Union médicale*, 13 Junio 1848.

(3) Raoul Leroy (d'Étiolles), *Paralysies des membres inférieurs, ou paraplégies*. Paris 1855-1857.