

motriz; habia sido precedido en esta vía por los trabajos de Delpech, que habia ya aplicado en 1863 el fósforo al tratamiento de ciertas parálisis por intoxicación, y en particular en la producida por el sulfuro de carbono: no hablo seguramente del trabajo de Gallavardin, que en 1865 habia preconizado este medicamento contra las parálisis, porque usaba dosis homeopáticas. He continuado esta medicación fosforada, y aunque no he observado nunca curación por este medio, he notado en muchos casos un alivio caracterizado por una sensación mayor de fuerza y por una disminución de la incoordinación. Pero las mismas reservas que hemos hecho á propósito del nitrato de plata deben renovarse aquí, y se puede preguntar si en muchos casos el alivio obtenido por este medio no es mas bien resultado de la marcha natural que de la acción del medicamento. Mi discípulo el doctor Eugenio Lemaire (de Compiègne) ha publicado por lo demás en su notable tesis sobre el empleo terapéutico del fósforo la mayor parte de estas observaciones (a).

Reglas de la aplicación del fósforo.

Esta medicación fosforada exige ser seguida muy de cerca, y con este motivo voy á entrar en algunos detalles que me parecen necesarios. Cuando empecé

mencia. Mentz, después Barehwitz, Haartman, Werckard, en 1780, le prescribieron en diversas afecciones. En 1779, Alfonso Leroy le empleó en las afecciones reumáticas y en el agotamiento; en 1803, Gaultier de Claubry le dió en las parálisis y en las fiebres reumáticas graves; pero Læbenstein-Læbel (de Strasburgo) fué el que en 1815 hizo uno de los trabajos mas completos sobre la acción fisiológica y terapéutica del fósforo. En 1858, Tavig-

not y Strumpf le emplearon en casos de amaurosis y de parálisis del ojo. Delpech, en 1863, aplicó el fósforo con resultado en el tratamiento del envenenamiento por el sulfuro de carbono. En 1865, Galavardin (de Lyon) ha aconsejado, bajo el punto de vista homeopático el fósforo en ciertos casos de parálisis. Dujardin-Beaumetz, el 20 de diciembre de 1867, comunicó á la Sociedad de Terapéutica los resultados que habia obtenido con el fós-

(a) Eug. Lemaire, *De l'emploi thérapeutique du phosphore*, th. de Paris, 1875, núm. 143.

mis experiencias sobre el fósforo, tropecé sobre todo con una dificultad; la inconstancia y el peligro de las preparaciones que se utilizaban, y propuse entonces sustituir el aceite fosforado del Codex (1) con disoluciones tituladas de fósforo en el cloroformo, y hago así cápsulas de 1 miligramo de fósforo. Pero una vez llamada la atención sobre este punto, aparecieron sucesivamente los trabajos de Méhu y de Vigier.

Méhu demuestra que calentando el aceite se podia obtener una solución suficiente del fósforo y en ade-

foro; en el mismo año, Noel Guéneau de Mussy hizo conocer casos de curaciones de temblor por el empleo del fósforo (a).

(1) Las antiguas preparaciones de aceite fosforado daban productos muy inciertos. En 1868, el Codex prescribía la preparación siguiente:

Fósforo. 2 gr.
Aceite de almendras dulces. 100

lo que daba un producto mas ó menos cargado de aceite fosforado. Para hacer la disolución mas regular, Mandl habia empleado el sulfuro de carbono. Glower, después Dujardin-Beaumetz, se sirvieron del cloroformo; Soubeyrand tambien aconsejó en 1839 el éter.

Méhu ha demostrado que elevando la temperatura de 200 á 250 grados se podia hacer disolver en este aceite sobrecalentado una parte de fósforo en 100 partes de aceite. Se hacían con este aceite fosforado

cápsulas de 2 centigramos de aceite y 1 miligramo de fósforo.

Vigier, en 1868, ha utilizado el fosforo de zinc (Ph Zn). Este cuerpo es friable, y su quebradura es vítrea y dotado de estallido metálico. Este fosforo de zinc es fácilmente atacado por los ácidos y hasta por el ácido láctico; 4 miligramos de fosforo de zinc corresponden á 1 miligramo de fosforo. Es preciso reconocer únicamente que no siendo total la descomposición por los ácidos del estómago, se puede afirmar que solamente la mitad del fósforo contenido en el fosforo de zinc es absorbido de tal suerte, que píldoras de 4 miligramos conteniendo 1 de fósforo teórico, solo corresponde á $\frac{1}{2}$ miligramo de fósforo activo.

Estos fosforos de zinc son, por lo demás, de composición bien diferente, segun los procedimientos de fabricación, y es preciso cuidar de analizar estos fosforos antes de emplearlos (b).

(a) Dujardin-Beaumetz, *Sur l'emploi du phosphore en médecine, et en particulier dans l'ataxie locomotrice progressive* (Bull. gén. de thér., 1868, t. LXXIV, p. 16, 157, 203, 302). — N. Guéneau de Mussy, *Du traitement du tremblement mercuriel par le phosphore* (Gaz. des hôp., 1868, núms. 48 y 50). — Lemaire (Eug.), *De l'emploi thérapeutique du phosphore dans quelques affections du système nerveux*, 1865; th. de Paris, 1875, núm. 143.

(b) Vigier, *De l'emploi thérapeutique du phosphore de zinc* (Bull. de thér., t. LXXIV, p. 268).

lante tener cápsulas de aceite fosforado inalterable y
De los fosfuros. que contengan exactamente 1 milígramo de fósforo. Vigier, por los trabajos sobre los fosfuros, manifestó el partido que se podía sacar de estos medicamentos, é introdujo el fosfuro de zinc en la terapéutica. Estas cápsulas de aceite fosforado y estas píldoras de fosfuro de zinc son en el día las preparaciones que comunmente se usan

Cuando empleeis el fosfuro de zinc, no olvidéis que 4 miligramos de este compuesto corresponden á 1 milígramo de fósforo. Que os sirvais de los gránulos de fosfuro de zinc ó de las cápsulas de aceite fosforado de 1 milígramo de fósforo, debeis seguir las reglas siguientes:

Se empieza primero por una píldora ó cápsula y se aumentan progresivamente las dosis, hasta hacer tomar diez gránulos ó cápsulas en veinte y cuatro horas. Permanecereis en esta dosis durante tres ó cuatro dias; despues cesareis el medicamento durante cinco dias, para volver de nuevo al tratamiento, empezando por una cápsula. Estas interrupciones en la medicacion fosforada son necesarias para evitar el acúmulo de accion y permitir al medicamento eliminarse; siguiendo estas reglas terapéuticas, se puede prolongar meses y años y sin peligro la medicacion fosforada. Añado que para hacer mas tolerable el medicamento hareis administrar el fósforo en las comidas, y se hacen así desaparecer en parte los eructos de olor fosforado ó aliáceo que acompañan á la administracion de este medicamento.

¿Cómo dirigireis ahora esta medicacion fosforada en los tabéticos? Es necesario emplear esta medicacion fosforada cuando no exista ningun síntoma de congestion ó de irritabilidad excesiva del síntoma nervioso; no se debe emplear tampoco en las personas que presenten trastornos gastro-intestinales; en

fin, es preciso tambien para obtener alivio, prolongar la medicacion durante largo tiempo.

¿En qué está basada la accion del fósforo en la ataxia? Aquí, como en el nitrato de plata, estamos reducidos á hipótesis. Se ha emitido la siguiente: Ranvier, en sus experiencias sobre el fósforo, ha demostrado que cuando se coloca el fósforo sobre la piel de los animales, no se provocan fenómenos de inflamacion, pero se detiene el trabajo formador y nutritivo de los elementos histológicos. Es posible que en la médula el fósforo se oponga así á la proliferacion de la neuroglia; pero repito, que es una simple hipótesis y la expongo por lo que valga, sin insistir más sobre ella.

Ya que hemos examinado de una manera general los diferentes medios de accion que poseemos en el tratamiento de las afecciones medulares, estudiemos ahora las indicaciones de estos medios en los diversos casos de mielitis. No puedo hablaros aquí de todas las variedades de inflamacion de la médula, siendo hoy muy considerable su número; encontrareis en el trabajo de Grasset un cuadro que resume muy exactamente todas las variedades y que os permitirá juzgar su número (1). Únicamente llamaré vuestra atencion, bajo el punto de vista terapéutico, sobre los casos que con mas frecuencia sereis llamados á observar: tales son, las congestiones medulares, las meningo-mielitis, las mielitis por compresion, la esclerosis de los cordones posteriores, la esclerosis en placas, y, en fin, la de los cuernos anteriores, conocidos mas habitualmente con el nombre de *parálisis atrófica de la infancia*.

Las congestiones de la médula son muy frecuentes y sus causas son múltiples (2); determinan á

(1) Véase el cuadro adjunto, *tema nervioso*, segunda edicion. segun Grasset, Enfermedades del sis-

(2) Las causas de congestion de

De la accion del fósforo.

Tratamiento especial de cada mielitis.

Tratamiento de las hiperemias de la médula.

CLASIFICACION DE LAS MIELITIS.

I. MIELITIS SISTEMATIZADAS ó PARENQUIMATOSAS (que empiezan y se propagan por los elementos nerviosos, localizándose en un sistema particular).	De los cordones posteriores.	1.º De la parte externa de los cordones posteriores: zonas radiculadas posteriores.	a. Primitiva. <i>Ataxia locomotriz progresiva.</i> b. Secundaria.	
		2.º De la parte interna de los cordones posteriores: cordones de Goll.	a. Primitiva. <i>Esclerosis de los cordones de Goll.</i> b. Secundaria á una lesion de la médula. <i>Esclerosis secundaria ascendente.</i>	
	De los manojos blancos (esclerosis fasciculada).	De los cordones laterales y de los manojos de Turck.	1.º Primitiva: <i>Esclerosis lateral simétrica.</i>	a. Sin atrofia muscular: <i>tabes dorsalis espasmódica.</i> b. Con atrofia muscular: <i>Esclerosis lateral amiotrófica.</i>
			2.º Secundaria á una esclerosis del cerebro ó de la médula: <i>Esclerosis secundaria ascendente.</i>	1.º Crónica: <i>Atrofia muscular progresiva.</i> a. En el niño: <i>Parálisis atrofica infantil.</i> b. En el adulto: <i>Parálisis espinal aguda.</i>
De las células grises.	Del cuerno anterior.	Primitiva.	2.º Aguda: <i>Amiotrofas espinales secundarias.</i>	
	De los núcleos bulbares.	Secundaria á otra mielitis: <i>Amiotrofas espinales secundarias.</i>	Primitiva: <i>Parálisis Simple.</i>	
		Secundaria á diferentes mielitis: <i>Síntomas bulbares en la esclerosis lateral amiotrófica, las mielitis difusas, etc.</i>	Con atrofia muscular. <i>Síntomas bulbares en la esclerosis lateral amiotrófica, las mielitis difusas, etc.</i>	
II. MIELITIS DIFUSAS ó INTERSTICIALES (empiezan y se propagan por el tejido conjuntivo, invadiendo indistintamente todas las regiones de la médula).	No invasoras (circunscritas mas ó menos extensas).	Tipo repentino apoplejiforme.	Variedades: Dorso-lumbar ó cervical. Completa ó hemilateral. Central ó periférica.	
		Tipo agudo.		
	Invasoras (parálisis ascendente aguda).	Tipo sobreagudo.		
		Tipo subagudo.		
No invasoras (circunscritas).	Completo.	Dorso-lumbar.		
	Hemilateral.	Cervical.		
Crónica.	Invasoras (parálisis espinal subaguda de Duchenne, mielitis difusa generalizada de Hallopeau).	Tipo de marcha ascendente.	Lesiones completas. Lesiones predominantes en la sustancia gris: <i>Parálisis espinal anterior de Duchesne, mielitis periférica epididimaria de Hallopeau.</i>	
	Formas especiales.	Tipo de marcha descendente.	Lesiones predominantes en la sustancia blanca: <i>Mielitis anular cortical de Trousseau y Vulpian.</i>	
			<i>Esclerosis en placas.</i> <i>Parálisis general progresiva.</i>	

menudo una incapacidad relativa de los miembros inferiores, incapacidad por lo demás curable, constituyendo así un grupo de paraplegias sobre el que la terapéutica tiene mayor acción. Como en toda hiperemia, la primera indicación que hay que llenar, es suprimir la causa de que es una manifestación, y según que la congestión de la médula dependa de un reumatismo, de congestión uterina ó de hemorroides, de un decúbito dorsal muy prolongado, ó de fatigas exageradas, debereis modificar vuestra terapéutica.

El reumatismo es una de las causas más frecuentes de la congestión de la médula, y, por mi parte, recuerdo haber observado con el doctor Lasègue, durante mis estudios médicos, un caso muy curioso de paraplegia súbita que se manifestó en un cocinero

De las mielitis reumáticas.

la médula son bastante numerosas; las más frecuentes son: la exposición á una temperatura muy fría y al principio de las fiebres, sobre todo, de las palúdicas, viruela y fiebre tifoidea. Vienen en seguida los excesos alcohólicos y venéreos, una estancia de pié demasiado prolongada, los esfuerzos violentos, á veces las convulsiones, así como la supresión de un flujo habitual, menstrual ó hemorroidal.

Los traumatismos, golpes ó caídas (Leudet), sobre la columna vertebral, pueden producir la congestión espinal; lo mismo sucede con un cambio brusco de la presión exterior sobre el cuerpo. Rabington, Cuthbert, Clark, han publicado ejemplos de esta congestión en obreros, que trabajan en las campanas que contienen un aire fuertemente comprimido, y salían bruscamente á la atmósfera habitual.

La congestión pasiva reconoce por causa: la obstrucción venosa, como se observa en la cirrosis del

hígado, el embarazo, los tumores abdominales, y en las enfermedades del corazón y los pulmones.

Los síntomas de la congestión de la médula, consisten especialmente en dolores lumbares ó dorsales, rara vez agudos, acompañados de una sensación de entorpecimiento y hormigueo en las piernas. Los enfermos se quejan también á veces de experimentar en la médula una sensación de calor más ó menos fuerte.

Cuando la inflamación tiene su asiento en la región dorso-lumbar, los miembros inferiores presentan trastornos de la sensibilidad y de la motilidad; hay sensaciones de hormigueo, de picotazos, entorpecimiento en los dedos gruesos; la piel presenta también puntos anestésicos que existen al mismo tiempo que la hiperestesia.

La motilidad está más ó menos afectada. Siempre hay paraplegia, incompleta, es cierto, lo más á menudo; el enfermo marcha difícil-

como primera expresion reumática articular, y, á medida que se afectaban las articulaciones, iban desapareciendo las parálisis. Se comprende en este caso la utilidad de las ventosas secas ó escarificadas á lo largo del ráquis, de los baños de vapor y de salicilato al interior. Otras veces, se trata de simples parálisis à frigore, parálisis refleja y que resultan de la accion del frio sobre la piel. La medicacion es aquí diferente; además de los revulsivos, tales como los vejigatorios á lo largo del ráquis, se pueden emplear los sudoríficos, y, en particular, la pilocarpina, que, por la congestion que determinan en la piel, tienen una accion favorable en este género de parálisis.

Las fatigas prolongadas á causa de la congestion fisiológica que determinan en la médula, son una causa de hiperemia de este órgano, y, además del reposo que en primer lugar se impone en este caso, podreis usar el método revulsivo. Esta palabra *re-*

mente arrastrándose; en un grado avanzado, ya no puede marchar, guarda cama, pero entonces todavía puede menear las piernas cuando está echado ó sentado.

Los músculos de la vejiga ó del recto están á menudo paralizados; hay retencion de orina ó incontinencia, y á veces retencion de las materias fecales.

En la congestion activa de la médula, el principio es brusco y los accidentes marchan á veces con extrema rapidez: dolores mas vivos y paraplegia completa.

En la congestion pasiva, los síntomas se desarrollan mas lentamente, aparecen mas tardíamente

y los dolores preceden á menudo varios dias á la aparicion de la paraplegia, que queda incompleta.

En la forma activa, los movimientos reflejos están á menudo exagerados; conservan su integridad en la forma pasiva.

La duracion de la enfermedad es variable. La congestion pasiva dura tanto como las causas que la han dado origen. La congestion causada por el traumatismo ó por la aparicion de una fiebre eruptiva ó palúdica, se disipa al cabo de algunos dias. Cuando persiste el estado inflamatorio, cuando hay fiebre durante algunos dias, hay que temer el desarrollo de una afeccion mas seria (a).

(a) Leudet, *Sur la congestion de la moelle survenant à la suite de chutes et d'efforts violents* (Arch. gén. de méd., 1863, t. I). — Rabington et Cuthbert, *Paralysis caused by working under compressed air* (Dublin Quarterly Journal of Medical Science). — Clark, *St-Louis Medical Surgical Journal*.

poso me conduce á hablaros de la accion del decúbito en las afecciones de la médula. Todos sabeis que el decúbito dorsal prolongado por largo tiempo, da lugar á una congestion pasiva medular, y á esta congestion se deben probablemente atribuir las erecciones nocturnas que se producen durante el sueño. Se comprende que este hecho tiene cierta influencia en las afecciones de la médula, y se ven, en efecto, ciertos enfermos predispuestos á las congestiones de la médula, que, con motivo de la noche que acaban de pasar, apenas se pueden tener en pié, despues se disipa esta impotencia á medida que el individuo, por la estacion vertical, hace desaparecer los efectos del decúbito dorsal.

Este hecho tiene cierta importancia, y Brown-Séquard ha insistido justamente sobre este punto; en tanto que, en los casos de anemia medular, quiere que el enfermo permanezca acostado sobre el dorso, en los casos de hiperemia de la médula, exige, por el contrario, que el enfermo se acueste sobre el vientre.

Hasta aquí no os he hablado de las emisiones sanguíneas; han desempeñado un papel importante en la cura de las mielitis. Muy recomendadas en otro tiempo por Olivier, que aconsejaba en estos casos, además de las sangrías generales, las sanguijuelas aplicadas en gran número en la region dorsal y las ventosas escarificadas; este tratamiento antiflogístico está en nuestros dias abandonado por completo. Sin embargo, las ventosas secas y escarificadas pueden prestar algunos servicios en las congestiones activas de la médula, y debereis recurrir siempre á ellas (1).

(1) Contra las meningitis raquidianas y contra las conmociones de la médula, Ollivier recomendó, sobre todo, las sangrías muy abundantes. Estas sangrías serán gene-

rales ó locales. En las sangrías generales, queria que la flebotomia se repitiera en los individuos jóvenes y vigorosos; respecto á las sangrías locales, recomiendo la aplicacion

Del decúbito dorsal.

Emisiones sanguíneas.

Tratamiento
de la meningo-
mielitis.

La meningo-mielitis, cualquiera que por otra parte sea su causa, es una de las afecciones de la médula que mas frecuentemente se observan; está caracterizada, sobre todo, bajo el punto de vista sintomático por dos fenómenos: en primer lugar, consisten en dolores mas ó menos vivos, que se experimentan por acceso y que tienen muchos puntos de contacto con los dolores fulgurantes de la neuralgia ciática; en segundo lugar, cita la impotencia mas ó menos completa de los miembros inferiores con la conservación de la sensibilidad, siendo solamente afectas las partes exteriores de la médula. En estos casos debemos obrar bajo el punto de vista terapéutico con el método revulsivo y practicar con energía y constancia cauterizaciones á lo largo del ráquis. Debeis tambien calmar los dolores, porque este es un punto sobre el que mas os llamará la atención el enfermo; podreis emplear los diversos medios que os he indicado á propósito de las neuralgias, las ciáticas dobles deberán siempre hacer os pensar en una meningitis medular; pero el medio mas preferible es la inyección de morfina, siendo este el único que puede calmar los atroces dolores que experimenta el enfermo. Es necesario tambien vigilar las funciones de la defecación que están á menudo profundamente perturbadas en estos casos, y esta es una de las circunstancias agravantes de las paraplejas debidas á las afecciones de la médula.

Por parte del intestino, tenemos las constipacio-

de ventosas escarificadas á todo lo largo de la columna vertebral y á los dos lados de la elevación formada por las apófisis espinosas.

A propósito de estas ventosas, Gosse (de Génova) queria que se

hicieran incisiones profundas en los músculos, á lo largo de los canales vertebrales, á fin de abrir las venas que comunican directamente con el canal raquídeo. Olivier rechaza completamente esta práctica (a).

(a) Olivier, *Traité des maladies de la moelle épinière*, Paris, 1837, t. II, pág. 299.—Gosse, *Des maladies rhumatoïdes*, Genève, 1826, pág. 231.

De los
trastornos
de la
defecación.

nes pertinaces ó la incontinencia de las materias fecales. Respecto á la constipación, es tributaria de un tratamiento por los drásticos: estos medicamentos no solamente restablecen las deposiciones, sino que tambien obran como los revulsivos y pueden así modificar el estado de la circulación de la médula y de sus cubiertas. En ciertos casos, los purgantes mas violentos no podrán vencer la constipación, á causa de que paralizado el recto se deja distender excesivamente por las materias fecales. Os será necesario hacer resbalar el bolo fecal, ya con el dedo, ya con una cucharilla, para facilitar su salida al exterior.

Respecto á la incontinencia de las materias fecales, únicamente podemos emplear mucha limpieza, que desempeña un papel considerable en el tratamiento de la mielitis; porque no olvideis nunca que las inflamaciones de la médula pueden acompañarse de trastornos tróficos, y que á menudo, á pesar de todas las precauciones que tomeis, las escaras extendidas podrán comprender al sacro y hasta los alrededores del ano, solamente por los efectos del decúbito dorsal. En estos casos prestan grandes servicios las camas ó los sillones mecánicos; permiten curar al enfermo con facilidad, variar su posición, mudarle de una pieza á otra ó hacer ejecutar á vuestros enfermos parapléjicos lo que Ricord llama con tanta sutileza su viaje de *cama á cama* (la Italia), haciendo así mas soportable la vida á estos desgraciados parálíticos.

El trastorno que la meningo-mielitis produce en las funciones urinarias tiene todavía consecuencias mas graves que los trastornos intestinales. Al principio, experimenta el enfermo el tenesmo debido al espasmo de la vejiga, tenesmo que da lugar bien pronto á la retención ó á la incontinencia; para la retención, se deberá practicar el cateterismo, pero

Alteraciones
de la urinación.

este no tarda en provocar la cistitis y la purulencia de las orinas. Las orinas se hacen entonces purulentas y el enfermo experimenta bien pronto todos los síntomas de la reabsorción pútrida. Os será, pues, preciso hacer grandes lavados de la vejiga, con líquidos antifermentescibles: ácido bórico, cloral, resorcina; necesitareis también dar al interior medicamentos que se opongan á dicha fermentación, tales como el ácido benzoico, la trementina, la esencia de sándalo, el boldo, el buchú, etc.

Si la retención de orina tiene inconvenientes, la incontinencia los tiene todavía más graves; el flujo incesante de la orina irrita las partes genitales, empapa las ropas del enfermo y aumenta las causas ya existentes de gangrena local é inflamación erisipelatosa de la piel; respecto á los hombres se han perfeccionado bastante las vasijas para orinar, pudiéndose evitar en parte estos accidentes, pero no sucede lo mismo con la mujer parapléjica, en la que el derrame de orina conserva toda su gravedad y todos sus peligros.

Cuando han pasado los fenómenos inflamatorios, se puede entonces intervenir activamente para desenvolver los movimientos á los miembros inferiores, y aquí la hidroterapia, los masajes, las fricciones, la electricidad, pueden prestaros reales servicios, pero es necesario no emplear nunca estos medios durante el período agudo de la enfermedad, porque en vez de aliviarle, agravan el estado del enfermo.

De las mielitis
por
compresión.

Las mielitis por compresión reclaman el mismo tratamiento local que la meningo-mielitis, pero reclaman á su vez un tratamiento especial para destruir la causa propia de la mielitis. Cuando se trate de un cáncer de la médula ó de sus cubiertas, nada podremos, y nuestro papel terapéutico se reducirá á calmar los atroces dolores de los pacientes con in-

yecciones de morfina. Cuando se trate, por el contrario, de un mal de Pott, podemos, por medios ortopédicos apropiados, restablecer hasta cierto punto la rectitud de la columna vertebral. En fin, cuando se trate de lesiones sífilíticas, se comprende que un tratamiento muy enérgico en el que las inyecciones de peptonatos mercurícos amónicos desempeñan el papel más importante, pueda hacer desaparecer la mielitis quitando su causa productora. Estos son los casos de paraplejas curables que por desgracia rara vez observamos.

Llego ahora al tratamiento de las esclerosis medulares y al tipo que más á menudo presentan; me refiero á la ataxia locomotriz progresiva (1). Esta

De la esclerosis
de los
cordones
posteriores.

(1) La *ataxia locomotriz*, descrita con el nombre de *tabes dorsalis* (Romberg), parálisis simple ó degeneración gris de los cordones posteriores de la médula no ha sido bien conocida en Francia hasta después de las investigaciones de Duchenne (de Boulogne), y el conocimiento de la anatomía patológica de la enfermedad data de la memoria de Bourdon y Luys.

Es una enfermedad crónica, de marcha lenta y progresiva: pareciendo á veces detenerse en su marcha, presenta tiempos de parada más ó menos largos; emplea cuatro, cinco, seis años ó más en hacer su evolución. Es primitiva ó secundaria. Empieza ordinariamente entre veinte y treinta años, y parece más frecuente en el hombre que en la mujer. Es á menudo hereditaria, ya porque los ascendientes hayan sido afectados de ataxia, ya porque hayan presentado otras enfermedades del sistema nervioso.

El reumatismo articular, los excesos venéreos, las afecciones nerviosas, los traumatismos de la médula, pueden dar lugar al desarrollo

de la enfermedad. La influencia de la sífilis, negada antes, parece hoy indiscutible; para el profesor Vulpian, de cada 20 enfermos afectados de ataxia locomotriz progresiva, hay lo menos quince sífilíticos.

La evolución de la enfermedad presenta tres períodos: uno primero llamado de dolor, otro segundo llamado de ataxia, y un tercero de parálisis.

Al principio (período de dolores fulgurantes y trastornos oculares), la enfermedad puede presentarse bruscamente; pero esto es muy raro. En este caso hay violentos accesos de dolores muy vivos en los miembros, cabeza y tronco; estos accesos se calman para reaparecer en seguida con accesos más ó menos lejanos. Muy á menudo, al principio, no presenta esta intensidad, y los dolores no tienen esta violencia. El enfermo acusa algunos dolores fugaces rápidos. Estos dolores, á menudo bastante vivos desde el principio, recorren los miembros inferiores de arriba abajo, pasando como relámpagos (dolores fulgurantes de Romberg). Otras veces