

revulsivos hácia la piel y el tubo digestivo (drásticos principalmente) y aplicar sanguijuelas sobre los mastoides. En la forma comatosa de la congestión se podrán hacer, pero con moderación, sangrías generales.

Las emisiones sanguíneas generales no podrán emplearse sino al principio de la enfermedad en individuos robustos; mas tarde hay que desconfiar de las apariencias pletóricas de los enfermos, porque los parálisis tienen á veces una gordura considerable, con un fondo de debilidad y una falta de reacción con frecuencia muy marcadas. Si estas congestiones se presentan en la mujer hácia las épocas menstruales, como se observa algunas veces, se insistirá mas particularmente en los pediluvios y atractivos (sinapismos, cataplasmas calientes, etc.), á la parte superior de los muslos, ó tambien recurrir á una aplicación de sanguijuelas (4 á 10) en la cara interna de esta misma region.

En los aturdimientos y movimientos congestivos ligeros, que acompañan algunas veces tambien á la parálisis en estado de simplicidad, bastarán los pediluvios y los purgantes salinos.

Desde el fin del segundo período y con mas frecuencia en el tercero, se presentan escaras en la piel (irritación por las materias albinas involuntarias, presión por la permanencia en cama, tendencia á la gangrena), las cuales se curarán cuidadosamente desde el principio con compresas de cerato empapadas en vino aromático, y mas tarde con polvos de quina y carbon.

En resumen, se emplearán derivativos ó revulsivos á la piel ó tubo digestivo; emisiones sanguíneas locales, baños con aplicaciones frias sobre la cabeza, tónicos, hierro, quina, etc., yoduro de potasio, pero antes de nada cuidados higiénicos desde el principio.

## ARTÍCULO X.

### PARÁLISIS (LLAMADA ESENCIAL) DE LA INFANCIA.

Se atribuye por costumbre á Underwood el descubrimiento de la parálisis de la infancia, aserción de que no participarán seguramente los que se tomen el trabajo de leer este autor. Con el nombre de *debilidad de las extremidades inferiores*, Underwood ha indicado, es verdad, una especie de parálisis que habia preocupado poco hasta entonces á los médicos de los niños; pero ha adelantado muy poco sobre esta parálisis que refiere ya á la *dentición*, ya á la *saburra intestinal*, ya á la *convalecencia* despues de algunas fiebres, ó al *vicio escrofuloso*, y no está tampoco muy seguro que no este producida por una *cáries de las vértebras*. Se convendrá que hay alguna distancia de estas incertidumbres, al conocimiento de una enfermedad

perfectamente determinada; pero Underwood no ha contribuido menos poderosamente á este conocimiento, llamando la atención sobre estados paralíticos poco ó nada conocidos antes de él (1).

Algunos hechos referidos por Schaw en 1822, por Badham en 1835 (2) han sido considerados tambien como pertenecientes á la parálisis llamada esencial de la infancia.

Pero se necesita llegar á J. Heine (1840) para encontrar un principio de la noción exacta de esta enfermedad, á cuyo estudio y descripción ha consagrado este autor dos monografías notables (3).

Entre los autores de otros trabajos que se han publicado sobre este asunto y cuya mayor parte son ciertamente inferiores á los de Heine, indicaremos á Rilliet y Barthez (4), que tuvieron el mérito de ser los primeros que en Francia se han ocupado de la enfermedad de que se trata Kennedy (5), West (6), Bouchut (7), Duchenne (8), Brunniche (9), etc.

Laborde ha vuelto á emprender recientemente este estudio y se ha esforzado en restituir á la enfermedad su individualidad, descartándola de las confusiones numerosas en que habia sido envuelta. Hizo de esta afección una descripción nosológica completa y ha demostrado por la observación directa que tenia por expresión anatómica una lesión de la médula espinal, cuyo sitio y naturaleza ha determinado, lesión que hasta entonces se habia sospechado (10).

### § I.—Sinonimia y frecuencia.

*Sinonimia.*—*Parálisis esencial de la infancia* (Rilliet y Barthez y la mayor parte de los autores): *spinale Kinderlaehmung* (Heine);

(1) Michaël Underwood, *Traité des maladies des enfants*, traduit de l'anglais par Eusébe de Salle, avec de notes Jadelot, 1823 (chap. iv, p. 674-677).

(2) Schaw, *Nature and treatment of the distorsion to which the spine and the bones of the Chest are subject*. 1822.—Badham, *The London medical and surgical Journal*, 1835; et *Gac. médic. de Paris*, 1825, p. 325.

(3) Jos. Heine, *Beobachtungen über Laehmungszustände der untern Extraemitaeten*, etc. Stuttgart, 1840, avec 7 pl.; et *Spinale Kinderlaehmung*, 1852.

(4) Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants*, 1843;—*idem*, nouv. édit., t. II, p. 335.—Voy. aussi Rilliet (seul), *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 681.

(5) Kennedy, *Dublin med. Press*, Setiembre de 1841.—*Dublin Quarterly Review*, etc., Febrero de 1850;—*idem*, Noviembre de 1861.—*Union médicale*, 24 de Julio de 1862.

(6) West, *On some forms of Paralysis incident to Infancy*, etc. (*The London med. Gaz.*, 1845;—*Lectures on the Diseases of Infancy*, 1848.)

(7) Bouchut, *Traité des mal, des nouveau-nés*, etc., 1853, et nouvelle édition. Paris, 1862.

(8) Duchenne, *Electrisation localisée*. 1856, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1862.

(9) Brunniche, *Journ. für Kinderkrankheiten*, 1851, liv. v et vi.

(10) Laborde, *De la paralysie (dite essentielle) de l'enfance, des déformations qui en sont la suite et des moyens d'y remédier* these de doctorat. Paris, 1864.—Véase para mas datos bibliográficos el índice que se encuentra al final de este trabajo.

*Essentielle Laehmung der Kinder* (Vogt); *parálisis atrófica grasosa de la infancia* (Duchenne); *parálisis miogénica* (Bouchut); *entorpecimiento doloroso de los niños* (Chassaignac), etc.

Desde que se ha demostrado la realidad de una alteración mielítica en esta afección (véase *anatomía patológica*), no es permitido conservar en su designación el epíteto de *esencial* y el nombre que le convendría mejor; tomando el característico anatómico, sería el de *parálisis espinal de la infancia*, propuesto ya y adoptado por Heine.

Mejor que una definición, que sería necesariamente incompleta, dará una idea general exacta de la enfermedad, el cuadro nosológico siguiente: En un niño, varón ó hembra, normalmente conformado, que no presenta al nacer ningún ataque de motilidad, y cuya edad varía de algunos días á cuatro años y con mayor frecuencia de uno á tres, despierta repentinamente sin causa apreciable y en plena salud un estado febril de una duración de veinticuatro horas á algunos días (rara vez más de ocho), acompañado algunas veces de síntomas convulsivos y seguido inmediatamente de una parálisis de movimiento, con conservación de la sensibilidad; con frecuencia completa y generalizada desde el principio, esta parálisis, que solo por excepción ataca los miembros superiores aisladamente y que afecta casi siempre la forma parapléjica, experimenta muy luego una remisión en su extensión é intensidad y se retira de ciertas partes en donde se había presentado primero, y se fija localizándose más y más en otras; las cuales se hallan de aquella suerte (y cuando el organismo está en vía de crecimiento) entregadas á la atrofia, á las deformidades y en una palabra, á los diversos desórdenes que engendran, por una parte, las alteraciones de nutrición y la impotencia motriz prolongada, y por otra, el predominio de acción de los músculos sanos sobre la de los paralizados.

Tal es bajo su aspecto más general y bosquejada con sus rasgos más culminantes, la fisonomía de este estado patológico que se conoce con el nombre de *parálisis esencial de la infancia*.

## § II.—Sintomatología y curso.

Considerada en sus síntomas y en su evolución la parálisis de la infancia, puede dividirse en cuatro períodos bastante distintos.

1.º *Invasión y principio: período febril.* 2.º *período de parálisis más ó menos completo y generalizado.* 3.º *remisión y localización de los fenómenos paralíticos.* 4.º *período de atrofia con ó sin degeneración muscular y deformación de los miembros.*

1.º *Período de invasión febril.*—La invasión de la parálisis de la infancia es por lo común instantánea y sin prodromos, y los fenómenos iniciales se manifiestan bajo uno de los modos siguientes:

*Estado febril* con sus manifestaciones ordinarias: malestar, anorexia, tristeza y quejidos del niño.

Accidentes nerviosos (convulsiones, contracturas iniciales) con ó sin fiebre.

Manifestación de la parálisis *de pronto*, sin ningún otro fenómeno concomitante.

La frecuencia, y casi se podría decir la constancia de un *estado febril* al principio de la parálisis de la infancia, se ha desconocido comunmente, pero los hechos atentamente observados, demuestran que *cuarenta veces de cincuenta* la fiebre precede inmediatamente á las manifestaciones paralíticas, (Laborde), siendo dos de sus principales caracteres la *instantaneidad* de su aparición y su *corta duración*, lo que es causa de que escape tantas veces á la observación. En efecto, en la mayor parte de los enfermos solo se observa durante veinticuatro á cuarenta y ocho horas y con menos frecuencia continúa durante ocho días; y solo de una manera excepcional se la ha visto prolongar muchos septenarios. En unos casos, muy ligera y reflejándose solamente por un poco de malestar y agitación, es en otros más intensa y va acompañada de somnolencia. Casi siempre es *continua*, pero sin embargo, puede revestir en algunos casos el carácter *intermitente* ó más bien *remitente*.

Los accidentes convulsivos enlazados al período inicial de la parálisis general, son muy raros; por consiguiente, es un error ó confusión que se haya admitido su existencia habitual ó también frecuente. Cuando se manifiestan las convulsiones, invaden casi siempre los *miembros* y rara vez la cara; no obstante, se han observado en ella algunas veces algunos gestos convulsivos. Las convulsiones afectan constantemente la forma *tónica*, lo mismo que no aparezcan sino una sola vez y la parálisis sucede entonces á un ataque convulsivo único y de corta duración, como, pero con menos frecuencia, que el ataque convulsivo se repita muchas veces y á distancias más ó menos largas, antes que la parálisis aparezca definitivamente.

Respecto á la *contractura*, como sucede con las convulsiones, es muy rara, si no falta completamente en las condiciones de que se trata; y si se ha admitido, es porque se la confundió ya con la *contractura dolorosa de las extremidades* (enfermedad diferente), ya con la *retracción* muscular, que algunos autores Kennedy, Billiet et Barthez, Vogt, Brunniche, Duchenne) la han considerado como uno de los modos de empezar la parálisis de la infancia; y si se le observa es, á lo más, en algunos casos, simples espasmos, más ó menos pasajeros ó un cierto grado de rigidez de los músculos sacro-espinales (Laborde).

Hay casos en los cuales la parálisis parece empezar de pronto sin ningún fenómeno precursor ó que la acompañe. Para apreciar bien esta alternativa, que sin duda es posible, es necesario cuidar de ponerse en guardia contra dos causas de error: la posibilidad de un es-

tado morbos *congénito* y las dificultades de remontarse con perfecta certidumbre á los fenómenos iniciales, cuando no se ha podido asistir á ellos.

2.º *Periodo de parálisis*.—Los trastornos funcionales de este período, se reflejan esencialmente en la *motilidad* y *sensibilidad*. Por parte de la motilidad son, la parálisis del movimiento, las modificaciones de la contractilidad muscular y de los fenómenos reflejos; y por parte de la sensibilidad, los trastornos de la sensibilidad general y especial.

La *parálisis del movimiento* se presenta desde su invasión en su mas alto grado, tanto en *estension*, como en *intensidad*, y si se modifica consecutivamente, es para atenuarse.

En estension puede ocupar de pronto, no solo los *cuatro miembros*, sino tambien el *tronco* y el *cuello*; al mismo tiempo es completa; no obstante, los miembros superiores se hallan menos atacados habitualmente que los inferiores; por lo mismo, veremos desaparecer los fenómenos paralíticos con mayor ó menor rapidez de los primeros, para fijarse con preferencia en los segundos.

Importa observar que los músculos de la vida vegetativa, y principalmente los esfínteres, no participan casi nunca de esta generalización paralítica, pero no debe sentarse esto como regla absoluta, como lo hacen algunos autores: Laborde (1), de acuerdo en esto con Heine, ha notado en algunos casos la emisión involuntaria de la orina y cierto grado de retención de las heces ventrales. Otro hecho sobre el cual no es indiferente insistir, es que el estado febril del primer período, casi nunca falta en los casos en que es muy estensa la parálisis.

La forma habitual de esta parálisis es la *paraplegia*; á veces es cruzada, es decir, que implica un miembro superior de un lado y la extremidad inferior del lado opuesto. La *hemiplegia* repentina, no es de hecho de la enfermedad de que se trata, pues pertenece á las afecciones de origen cerebral, confundidas con la parálisis de la infancia.

Por un contraste singular, la *sensibilidad* está poco ó nada atacada; se observa á veces cierto grado de anestesia al principio de la enfermedad, y cuando esta invasión está marcada por fenómenos muy intensos, cuya semi-anestesia se presenta en las partes ocupadas por la parálisis motriz, con la particular circunstancia de que mientras ésta persiste localizándose, aquella desaparece rápidamente: se concibe, en razón de la edad de los enfermitos que se quieren explorar, cuán difícil es demostrarse afirmativo relativamente á la existencia de la *hiperestesia*, de la misma manera que la presencia en algunos casos de espasmos reflejos pasajeros, constituye, respecto á este asunto, otro origen de ilusiones; sin embargo, no es imposi-

(1) Laborde, *De la paralysie (dite essentielle) de l'enfance*.

ble comprobar algunas veces verdaderos dolores *raquidálgicos*, que no dejan de tener algun valor semiológico.

Las modificaciones de la *acción refleja*, dependen del período y del grado de la enfermedad; y además, presentan grandes variaciones, cuya razón no está perfectamente conocida. Al principio de la afección, el poder reflejo está unas veces abolido, otras solamente disminuido y otras conservado en toda su integridad; no estando la inconstancia de este resultado, muy de acuerdo con esta afirmación absoluta de Duchenne: «Los movimientos reflejos *jamás* se verifican en la parálisis atrófica de la infancia.» Lo que solo es permitido afirmar, es que los movimientos reflejos, están casi siempre abolidos en aquellos casos en que un gran número de músculos se halle invadido por la parálisis y la atrofia consecutiva, en cuyo caso, los miembros inferiores presentan la actitud singular que los hace muy parecidos á un miembro llamado de *Polichinela*.

Las mismas reservas y las mismas distinciones deben hacerse tocante al estado de la *contractilidad muscular* bajo la escitación eléctrica: aparte de las dificultades inherentes al procedimiento mismo de exploración, de los cuales no se ha preocupado bastante, hay la de asistir al principio de la enfermedad, mas los resultados de Duchenne no se aplican ciertamente á este período, y por lo menos es esponeerse á ilusión, aceptarlos en su generalización. La única deducción positiva que permiten hasta mas ámplio informe, las investigaciones hechas sobre este asunto delicado, es que la disminución, si no la pérdida completa de la escitabilidad electro-muscular, es bastante precoz, sin que sea posible precisar la justa época en que aparece, y secundariamente, que parece establecerse una relación directa entre la existencia é intensidad de estas modificaciones y las alteraciones de los músculos paralizados.

3.º *Remisión y localización de los fenómenos paralíticos*.—La *remisión* y *localización* sucesivas de los fenómenos paralíticos, después de haber alcanzado su mayor grado de intensidad y estension, constituyen, seguramente, uno de los caracteres mas notables de esta parálisis. Esta remisión se hace las mas de las veces, desde las partes superiores á las inferiores, y solo afecta una marcha inversa en los casos relativamente mas raros en que la parálisis se fija definitivamente en los miembros superiores.

En los *miembros inferiores*, la parálisis se concentra, en último análisis, con una predilección notable y constante en el grupo antero-externo de los músculos de la pierna, que comprende el estensor largo comun de los dedos, el estensor propio del dedo gordo, el tibial anterior y los peroneos laterales largo y corto; entre los músculos, el estensor comun, los peroneos y el tibial anterior, son objeto de una invasión todavía mas frecuente. En el grupo posterior de los músculos de la pierna, los gastronémicos son en los que se localiza mas particularmente la parálisis. Los músculos del muslo participan

menos veces de la parálisis definitiva, fijándose principalmente la localización y predominio paralíticos en los músculos estensores de la pierna sobre el muslo.

En los *miembros superiores*, la parálisis se localiza primero en un solo brazo; después en uno ó muchos músculos de este brazo; el *deltoides* goza respecto á esto, un verdadero y triste privilegio, y la deformidad y actitud, á las cuales da lugar la parálisis de este músculo, son características, como luego lo veremos.

Finalmente, la parálisis puede á veces localizarse y persistir en los músculos lumbares y sacro-espinosos, si se ha de creer á Duchenne (1); pero estos casos son excepcionales.

4.º *Atrofia y degeneración musculares. — Deformidades.* — La atrofia de los músculos en los cuales se localiza definitivamente la parálisis, es un hecho constante y de cierto modo fatal, y aun cuando sea difícil precisar el momento en que empieza esta atrofia, un estudio atento del período de remisión permite establecer que existen indicios reales y apreciables desde el *segundo mes*, pareciendo, por otra parte, estar subordinada la rapidez de la aparición y los progresos de la atrofia, al grado de intensidad de la afección primitiva. La reducción del volumen de los músculos que la constituyen, es muy variable según los casos, y sobre todo, según la edad del enfermo, pudiendo ser tal esta reducción, que los músculos enfermos parecen haber desaparecido completamente; no obstante, el examen cadavérico demuestra que queda siempre algo de ellos, aun cuando no sea más que un cordón fibroso más ó menos delgado. Cuando el tejido adiposo ha reemplazado al muscular, el volumen de los músculos, aunque reducido, lo está menos que en los casos de atrofia simple, y estos ofrecen al tacto una consistencia particular como *lipomatosa*, que revela hasta cierto punto la naturaleza del tejido de la degeneración; sin embargo, este carácter no es absoluto, y puede dar lugar á equivocaciones, así como sucede con el resultado del examen por la electricidad (2).

Las demás partes del miembro afectado, huesos, ligamentos y vasos, participan igualmente de la atrofia, y se espesa en los huesos por una disminución, no solo en el volumen, sino también en la longitud; resultando de aquí un acortamiento de los miembros, que en su *realidad* puede llegar hasta 3 ó 4 centímetros, lo cual provoca una claudicación más ó menos considerable.

Luego que la parálisis se ha fijado definitivamente en ciertos músculos, el miembro queda fatalmente espuesto á las *deformidades* que resultan, ya de la acción de las propiedades inherentes á los músculos que permanecen sanos; ya del predominio de las funciones de los músculos menos enfermos sobre las de los atacados más profunda-

(1) Duchenne (de Boulogne), *Électrisation localisée*, 2.ª edición, París, 1861, pág. 876.

(2) Laborde, *loc. cit.*, p. 50.

mente. Aun cuando el conocimiento de estas deformidades sea de alta importancia, tanto bajo el punto de vista de la semiótica, como del tratamiento que conviene oponerles, no podemos entrar aquí en los detalles de su descripción, por lo cual nos referimos al trabajo de Laborde, que ha consagrado á esta descripción un largo capítulo (1). Nos basta decir, que estas deformidades tienen principalmente por sitio los pies, y que están constituidas esencialmente por el pié zambo y sus diversas variedades (en especial el *várus*, *equino*), y aunque mucho más raras en la pierna y en el muslo, se manifiestan en ellas las más de las veces por movimientos de flexión forzada y permanente, combinada con la adducción ó la abducción. En el tronco consisten en corvaduras raquidianas compensadoras, más bien que en deformidades reales; y en fin, que en los miembros superiores, las deformidades resultan particularmente de la falta de acción del deltoides, cuyo ataque se revela por fenómenos característicos, á saber: aplastamiento del hombro, depresión más ó menos profunda, según el grado de atrofia de la prominencia deltoidea, disyunción y separación apreciable de las superficies articulares; por consiguiente, verdadera dislocación del brazo, el cual queda péndulo á lo largo del cuerpo, no pudiendo elevarse voluntariamente, y no teniendo más movimientos que aquellos que le son comunicados, ya por otro, ya por la mano sana del niño enfermo.

A las alteraciones de nutrición que constituyen el cuarto período del procesus morboso, se refieren íntimamente algunos fenómenos concomitantes que nos falta señalar: estos son, un descenso más ó menos notable de temperatura de las partes en las cuales residen la parálisis y la atrofia, una semi-cianosis de la superficie cutánea de estas mismas partes, y como consecuencias inmediatas de estas modificaciones físicas, una predisposición especial á las alteraciones que están bajo la dependencia de influencias exteriores, traumáticas u otras (sabañones, abscesos, escaras, etc.).

### § III.—Anatomía patológica.

No se habían emitido sobre la posibilidad de esta lesión más que presunciones é hipótesis, hasta que Laborde ha podido demostrar directamente la existencia de una lesión material primitiva en la parálisis de la infancia.

Resulta del examen necroscópico, tan completo como es posible, que este autor ha hecho de dos niños atacados de parálisis de la infancia, que esta afección tiene por expresión anatómica:

1.º *Por parte del sistema nervioso*: una lesión *primitiva* de la médula espinal, que tiene su asiento muy particularmente en las

(1) Laborde, *loc. cit.*, p. 52, et suiv.

partes de este órgano que presiden á la *motilidad*. Esta alteracion puede interesar solamente el tejido propio del órgano, ó á la vez este tejido y sus membranas de envoltura.

Los productos de exudacion que esta enfermedad provoca, demuestran que es principalmente de naturaleza *irritativa* y *congestiva*. La atrofia de la sustancia nerviosa, acompañada de *esclerosis*, puede ser consecutiva á este estado.

2.º *Por parte de los órganos de la locomocion*: una alteracion consecutiva de los músculos definitivamente paralizados. Esta alteracion consiste, ya en una *atrofia simple ó granulosa con destruccion sucesiva y completa de los elementos musculares*, ya en una *atrofia con produccion nueva del tejido grasoso*.

Estas dos variedades de alteracion del tejido muscular, constituyen una expresion diferente de un mismo trabajo morboso, á saber: una lesion de nutricion que depende de un estado patológico de la médula espinal.

De lo que precede se deduce fácilmente el génesis de las deformidades consecutivas:

a. *Parálisis* de ciertos músculos, *hecho primordial*; atrofia *consecutiva*, con ó sin degeneracion.

b. Predominio de los antagonistas completa ó relativamente sanos, cuyo predominio es primero *activo* ó simplemente fisiológico, y en seguida *pasivo*, es decir, verdadera *retraccion* ó acortamiento permanente del músculo.

c. Inclinacion forzada á situaciones viciosas permanentes de las partes que obedecen á la accion no contrabalaceada de los músculos sanos; de aquí las deformidades.

#### § IV.—Etiología.

Nada podria espresar mejor las confusiones que han reinado en el espíritu de los patólogos sobre la parálisis de la infancia, que las contradicciones y divergencias sobre las causas de esta enfermedad. El exámen de este punto, que implica, sobre todo, una cuestion de crítica, no puede abordarse aquí; por lo tanto, nos contentaremos con espresar brevemente las conclusiones á las cuales conduce este exámen.

Ninguna de las causas, ya esternas, tales como la compresion ó un traumatismo cualquiera (golpes, caidas, tracciones ejercidas por la nodriza, sobre uno de los miembros del niño), el frio, etc., ya internas como la *denticion*, los trastornos digestivos, la *escrófula*, etc., atribuidos por la mayor parte de los autores á la parálisis de la infancia, podrian mencionarse como pertenecientes en realidad á esta enfermedad, bien despejada de toda confusion; lo que sucede á todo

lo mas, es que algunas de estas circunstancias etiológicas coadyuban en ciertos casos sobre las determinaciones de la enfermedad.

El sexo y la constitucion, no parecen establecer tampoco una predisposicion notable; pero no es lo mismo con la *edad*, que respecto á esto parece tiene una verdadera importancia; en efecto, entre *uno* y *cuatro* años es cuando se desarrolla, con una predileccion casi esclusiva, la parálisis infantil; á los cuatro años ya los ejemplos son raros, y pasados estos, solo son escepcionales (1). En virtud de esto, si se recuerda que en este período de los primeros años de la existencia, el organismo está sometido á una actividad de desarrollo y de trasformacion notables, no podrá menos de concederse á estas circunstancias fisiológicas, por decirlo así, extraordinarias, cierto valor patogénico.

#### § V.—Diagnóstico y pronóstico.

En el período de invasion ó período febril, el diagnóstico podria ofrecer reales dificultades, si la aparicion inmediata de la parálisis, y sobre todo, los caracteres de *generalizacion rápida*, no viniesen á desvanecer toda incertidumbre. ¿Podría confundírsela con la hemorragia de las meninges raquidianas ó del tejido de la médula? Además de la suma rareza de estas afecciones, tienen manifestaciones sintomáticas, cuya rapidez, violencia y otros caracteres propios (convulsiones tetánicas, anestesia completa, parálisis de los esfínteres, persistencia y progreso de la parálisis motriz, etc.), no permiten confusion. La parálisis difterítica podria infundir equivocacion, si los conmemorativos concernientes á la existencia anterior de la enfermedad, especial generatriz (difteritis) y tambien los fenómenos consecutivos de debilidad general y de caquexia, no estuviesen presentes para prevenir la posibilidad de un error.

Pero las mas de las veces solo se llega á reconocer la enfermedad en el período de *localizacion paralitica*. Cuando es posible estar iniciado sobre los primeros accidentes paralíticos y sobre su marcha remisiva ó decreciente, la dificultad no es grande; pero á falta, demasiado frecuente, de estas noticias, se trata de decidir sobre las tres diversas formas de parálisis parcial; *paraplegia*, *hemiplegia* y *parálisis de un solo miembro*, ó de un cierto número de músculos.

La *paraplegia* por lesion de la médula, diferente de la que constituye la enfermedad de que se trata, la que es debida, por ejemplo, á una *mielitis* primitiva dorso-lumbar, ó tambien á la destruccion ó

(1) Conviene mostrarse muy reservado respecto á hechos de parálisis, relativos á una edad muy inmediata al nacimiento, en atencion á que entonces se trata muchas veces de parálisis congénita ó de accidentes paralíticos parciales, debidos á las maniobras necesarias para un parto laborioso. (Laborde.)