

Para el diagnóstico de la *meningitis tuberculosa* y de las *convulsiones reflejas* remito al lector á lo que he dicho al ocuparme del meningismo.

Relativamente al diagnóstico diferencial entre la *meningitis simple aguda* y la enfermedad que me ocupa, es inútil, porque yo creo que el período inicial convulsivo y febril se halla constituido por una verdadera meningo-encefalitis.

La diferenciación con los *tumores cerebrales* está sembrada de dificultades, porque el cuadro clínico de éstos es sumamente variable, figurando las convulsiones y las parálisis entre sus síntomas más importantes. Nos fundaremos en la cefalalgia, ordinariamente intensa que en los tumores cerebrales se presenta; en la existencia de perturbaciones del oído y de la vista, que pueden llegar hasta la amaurosis; en el estrabismo; en la falta de fiebre; etc.

La *parálisis espinal infantil* me parece que rarísima vez adoptará la forma hemipléjica; pero no niego la posibilidad, y además presenta semejanza en su modalidad parapléjica; pero sea cualquiera la localización que la aquinesia ofrezca, es siempre flácida, falta por completo todo fenómeno cerebral y existe reacción de degeneración.

La *pseudo-parálisis sífilítica* presenta despegamiento epifisario; y si es debida á artropatías específicas, se comprueba la crepitación articular y se acompaña de otras manifestaciones específicas, como las placas mucosas, que, según mi experiencia, es el síntoma más frecuente de la sífilis infantil, de coriza, úlceras, etc.

La *corea blanda* no se acompaña de contracturas, y en cambio ofrece otros fenómenos muy expresivos, como movimientos irregulares é involuntarios y hablar farfulloso.

La *corea de Sydenham* se distinguirá de la atetosis doble en que no presenta contracturas y son más extensos los movimientos incoherentes.

PRONÓSTICO.—Siempre grave, pues la índole de las lesiones lleva impreso el sello de la incurabilidad casi absoluta; y digo casi, porque en Medicina no me gusta hacer afirmaciones categóricas, sino contar siempre con la posibilidad. En la enfermedad que ahora nos ocupa se ve también confirmada esta posibilidad de mejoría ó de curación; pues mirado el asunto á través del criterio clínico, se ha observado la atenuación paulatina de los ataques epilépticos y su desaparición después de cierto número de años; mirado á través del anatomopatológico, aun cuando las lesiones son de tal naturaleza que no dejan apenas lugar á la esperanza, sin embargo, hay algunas, como la hidrocefalia y aun la esclerosis, tal vez susceptibles de atenuarse; y además, pueden establecerse compensaciones funcionales, supliendo la actividad de ciertas regiones cere-

brales la falta de funcionalismo de la parte afecta. Por otra parte, esta enfermedad es compatible con larga vida cuando ha pasado del período inicial, pues durante él fallecen muchos niños que figuran en la clase general de meningo-encefalíticos.

TRATAMIENTO.—Dos objetos nos ofrece el tratamiento de esta compleja enfermedad: combatir el *proceso morbozo primitivo* cuando tenemos oportunidad de hacerlo, y después las definitivas manifestaciones que constituyen el cuadro sintomático crónico del padecimiento. Desgraciadamente pesa sobre estas dos indicaciones fundamentales un pronóstico de casi absoluta impotencia, porque la naturaleza de cada una de las lesiones es de aquellas que se encuentran poco menos que fuera del alcance de los recursos humanos.

En la fase inicial, cuando hay convulsiones y fiebre, y motivo, por consiguiente, para suponer que existe un *proceso flegmático intracraneal*, aconsejo el mismo tratamiento que he indicado para la meningitis simple aguda.

Si, por el contrario, se abre la escena morboza con una *apoplejía*, emplearemos los recursos que ésta reclama, tales son: la mayor inmovilidad posible; semi-obscuridad; silencio; evitar toda constricción de los vestidos, principalmente en el cuello; colocar la cabeza bastante elevada, poniendo dos almohadas debajo de ella y una debajo de los hombros, para que no se doble sobre el pecho; poner debajo de la cabeza una sábana de hilo en muchos dobleces, para evitar el calor que da la lana, y mejor una almohada de goma ó un pellejo llenos de agua fría, renovando ésta con la necesaria frecuencia; aplicación de hielo á todo el cráneo, mediante un gorro de goma *ad hoc* ó una vejiga, de la que se extrae el aire para que se adapte bien; purgantes, cuidando mucho de mover al niño lo menos posible cuando haga las deposiciones y de no producirle trepidaciones ni sacudidas en la cabeza; revulsivos, etc.

Cuando ya ha pasado el *período inicial* de la enfermedad y ha entrado en el que podemos llamar de *estado* ¿qué se debe hacer?

Como la acción curativa de los agentes del tratamiento es mayor, dentro por supuesto de nuestra casi impotencia, cuando se dirige á combatir los procesos causales, que cuando se dirige á las manifestaciones sintomáticas, y como no es posible saber cuándo han desaparecido completamente los procesos causales y han adquirido ya las lesiones un carácter definitivo, creo que deben emplearse durante bastante tiempo, fricciones con *ungüento mercurial terciado*, practicadas diariamente, ó con intervalos de reposo, según las circunstancias, en el abdomen, in-

gles ó axilas, alternando en estos diferentes puntos para evitar procesos irritativos cutáneos, teniendo cuidado de la limpieza de los dientes del niño y lavándole además la boca una ó dos veces al día con una solución de clorato potásico, para prevenir la estomatitis, y suprimiendo las fricciones mercuriales si se presenta esta complicación.

Otro medio que aconsejo es la *revulsión* efectuada á lo largo de la columna vertebral, no en toda ella simultáneamente, sino variando de sitio cada vez, comenzando en la nuca y descendiendo sucesivamente hasta la región sacra. Se empleará el vejigatorio rosado de Beslier, pero sin quitar la película epidérmica, sino haciendo un pequeño corte en el punto más declive de la flictena, para que salga la serosidad, y aplicando después algodón hidrófilo, suavemente sostenido con una ancha venda. A los ocho días de terminada completamente la curación del pénfigo producido por el vejigatorio, se aplica otro un poco más abajo, y así sucesivamente hasta recorrer toda la columna vertebral, pero examinando la orina antes de aplicar cada uno de ellos, para, así que se vea el menor vestigio de albúmina ó cualquier otra alteración, suspender inmediatamente los vejigatorios.

Prefiero éstos á los puntos de fuego, porque les creo de acción más intensa y menos molestos; pues como hay que repetir muchos días la *revulsión*, no sólo resultaría muy doloroso para el niño, sino que probablemente no lo consentirían los padres.

Si estos medios no producen resultado ó es incompleto, apelaremos al *ioduro potásico*, pues le conceptúo muy útil—cuando ha pasado por completo el período agudo,—por lo que pueda favorecer la reabsorción de los exudados libres ó intersticiales.

Para un niño de cuatro años.

Ioduro potásico.....	3 gramos.
Agua.....	300 »

Disuélvase.

Para tomar una cucharada grande, con cuchara de madera, á la vez que el desayuno y la cena; y si pasados unos días se ve que el niño lo tolera bien, se le da otra también al tiempo de comer.

Esta poción se repetirá varias veces, con intervalos de descanso de ocho ó de quince días de duración entre una y otra, pero con observación, para suspender el medicamento si es preciso.

Si hay antecedentes ó manifestaciones actuales *sifilíticas*, las fric-

ciones mercuriales y el *ioduro potásico* están indicados de una manera especial.

Recomiendo el régimen exclusivamente lácteo durante un tiempo más ó menos largo, según la tolerancia del niño y el estado de su tubo digestivo y de su nutrición, porque su acción diurética y lo escaso del estímulo que en los tejidos determina, son circunstancias que considero muy abonadas para el tratamiento de esta enfermedad.

El tratamiento de la *parálisis* en sí, es, por desgracia, de muy poco resultado.

El recurso más inócuo y que se puede comenzar á emplear desde que ha desaparecido el período agudo, es el *masaje* suave de las extremidades afectas.

No hay que olvidar los *movimientos activos* de los miembros paralizados, que por lo mismo que son activos los creo de una virtud muy superior á la del masaje, pues que implican contracción voluntaria de los músculos, la cual es el verdadero excitante especial de los nervios motores, de los músculos y aun de los centros psico-motores, toda vez que realiza el mecanismo completo del movimiento fisiológico. Claro es que se han de hallar dificultades; pero mi objeto es que no se abandone á los niños y que no nos dejemos llevar del pesimismo, sino que hagamos ver á los padres el grande beneficio que puede reportar al enfermito el *suscitar en él la impulsión á los movimientos voluntarios* y el irlos aumentando paulatinamente á fuerza de paciencia.

La *electricidad* sería peligrosa en los primeros tiempos de la enfermedad, por el eco cerebral que tienen las excitaciones que ejerce en los nervios sensitivos; así es que no se debe apelar á ella, en mi opinión, hasta que no haya transcurrido el tiempo suficiente para tener la seguridad de que ha terminado completamente la evolución del proceso intracraneal y se han establecido ya las lesiones pasivas definitivas. Claro es que con este agente no hemos de buscar la curación, ni siquiera la modificación más ligera de la enfermedad meníngea ó encefálica, respecto de la cual es absolutamente impotente, y sólo aspiraremos á combatir la *parálisis*, y aun esto de una manera en cierto modo indirecta, toda vez que la influencia de la electricidad se limita á mantener la actividad y la nutrición muscular—lo que es posible porque en este complejo padecimiento se halla en estado normal la neurona inferior—, con el objeto de que conserven los músculos su funcionalismo para el caso de que los centros nerviosos recuperen más tarde la aptitud para el movimiento. Se emplearán al efecto las *corrientes inter-*

mitentes en los miembros paralizados, con las cuales damos lugar á una especie de gimnasia de los músculos que mantenga su contractilidad, que es el fin que exclusivamente perseguimos; debiendo advertir que únicamente están indicadas estas corrientes en las parálisis flácidas, pues en las espasmódicas acrecentarían el espasmo.

Un *aparato ortopédico* con tutores laterales, podrá ser útil en aquellos casos en que el miembro inferior no tenga fuerza bastante para contribuir á sostener el cuerpo.

Y, por último, cuando exista un pie equino cederá por lo general á las manipulaciones rectificadoras hechas tres ó cuatro veces al día; pero si no se consiguiera vencer con ellas la anómala actitud del pie, se practicará la *tenotomía* del tendón de Aquiles, pero solo en el caso de que el estado del músculo sea de *retracción*, no de *espasmo* — lo que se podrá averiguar cloroformizando al niño—, no enderezando el pie á continuación, sino comenzando á verificarlo á los dos días de haber hecho la sección del tendón y aumentando cada día un poco más la rectificación, hasta completarla en el transcurso de cinco ó seis días; aconsejo este procedimiento gradual para conservar la continuidad de los extremos del tendón mediante la interposición del tejido cicatricial, continuidad que correría gran peligro si rectificáramos la posición viciosa del pie en una sola sesión. Una vez alargado el tendón, siguiendo el procedimiento que acabo de manifestar, se podrá mantener el pie en lo sucesivo en la debida posición, sin más que una bota bien construída, agregándola si es preciso una barrita de hierro en forma de ángulo recto, una de cuyas ramas se unirá al borde externo de la suela y la otra á la cara externa de la caña de la bota, pero de manera que no haga daño en el tobillo y *cuidando mucho* de que el niño apoye el talón y toda la planta del pie al tiempo de andar, para que no se reproduzca el equinismo, y si es preciso, que tenga también la bota puesta durante el sueño.

Para combatir la *contractura* de la mano, si no basta el masaje, se la colocará envuelta en algodón sobre una tablilla y sostenida suavemente con una venda, no debiendo en ningún caso ejercer violencia. Este aparato no se le tendrá aplicado sino el tiempo necesario para rectificar la mala posición de la mano, acudiendo á él de nuevo cuando sea preciso. En el caso de que no se pueda vencer con facilidad la rigidez de la mano, la sumergiremos un rato en agua moderadamente caliente, con lo que conseguiremos el objeto; aconsejo este mismo recuso, si es necesario, para rectificar la posición del pie.

Si existe *afasia*, se combatirá con la educación, teniendo constancia y paciencia y procurando no fatigar lo más mínimo el cerebro del niño.

No encuentro indicado al interior ningún medicamento para combatir directamente la parálisis, pues aun cuando á primera vista parece que pudieran ser convenientes la *estricnina* y el *fósforo*, no me inspiran confianza alguna.

Efectivamente, la estricnina es un excitador reflejo cuya acción se ejerce especialmente sobre los centros bulbo-medulares, y por consiguiente no la encuentro beneficiosa; y aunque probablemente estimula todo el sistema nervioso, el estímulo no se efectúa sino sobre las partes sanas de este sistema, pero no en aquellas cuyo funcionalismo se halla abolido por alteraciones somáticas; y aun pudiera ser peligrosa la estricnina en el caso de que el proceso primitivo hubiera sido una hemorragia cerebral; porque aunque la acción vaso-motriz de este medicamento no sea bien conocida, tal vez domine la vaso-constrictora, y por lo tanto, la dilatación vascular que en los centros nerviosos tendría lugar secundariamente, pudiera favorecer la producción de una nueva hemorragia.

El *fósforo*, aun cuando parece ser excitante especial del sistema nervioso, tampoco creo que sea útil en la enfermedad que me ocupa, porque habría de resultar impotente ante la anulación anatómica del centro motor afecto; y además es un medicamento peligroso, entre otras razones, porque provoca la degeneración grasosa de los órganos por un procedimiento que no sería pertinente especificar aquí. Sin embargo, si después de constituido el padecimiento en plena cronicidad vemos que el tratamiento que antes he aconsejado resulta ineficaz, puede ensayarse el fosfuro de zinc, el cual, aunque contiene una cuarta parte de *fósforo*, es ocho veces menos activo, porque tal vez se descompone en el estómago y es absorbido bajo la forma de hidrógeno fosforado, que, comparado con el *fósforo*, es la mitad de activo. Pero como lo probable es que pueda ocasionar el fosfuro de zinc idénticas lesiones parenquimatosas que el *fósforo*, debe administrarse durante pocos días, es decir, la fórmula que voy á indicar; y si se creyera conveniente, se podría volver á prescribir, pero otra vez nada más, después de un intervalo de ocho días; mas advierto que considero contraindicado este medicamento si hay la menor sospecha de que exista un resto de proceso inflamatorio intracraneal.

Para un niño de cuatro años.

Fosforo de zinc..... 2 centigramos.

Háganse s. a. 20 gránulos. Para tomar uno por la mañana y otro por la tarde, seguidos de una jícara de agua.

Cuando haya concluido el enfermito esta fórmula y descansado unos días, le prescribiremos una poción de glicero-fosfatos, según he aconsejado en otra parte de esta obra, pues al fin y al cabo son medicamentos fosforados y los considero muy preferibles.

Enfermedad de Little.

Figuran en la ciencia varios nombres que no pueden considerarse como sinónimos, siquiera los padecimientos á que se refieren tengan más ó menos relación con el que me ocupa; por eso no los cito. Yo soy partidario, en principio, de las denominaciones de arraigo nosológico, porque son las de más sustancia clínica, toda vez que lo más instructivo es el concepto de naturaleza morbosa; pero en los muchos casos en que no es posible por lo incompleto de nuestros conocimientos, como ocurre en el presente, creo el más aceptable aquel que sea más conocido y sobre todo, que no prejuzgue nada de la enfermedad á que se refiere.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — El primer problema que se nos presenta es el relativo á si este estado morboso es ó no siempre congénito; problema de muy difícil solución en la actualidad, pues ni las observaciones clínicas hasta ahora realizadas, ni los datos necrópsicos recogidos permiten formar una opinión categórica; se citan entre las lesiones encontradas la porencefalia, reblandecimiento del cerebro, esclerosis, adherencias entre las meninges, etc.; si hubiéramos de ver en semejantes alteraciones causas de la enfermedad de Little, habríamos de reconocer que faltaba la unidad nosológica é invadiríamos el campo de las encefalopatías atróficas de la infancia; así, pues, conceptúo más acertado el parecer de los autores que refieren esta enfermedad á una falta de desarrollo del haz piramidal, y la creo, por consiguiente, siempre congénita. En efecto, las fibras de este haz son de las últimas que terminan su evolución formadora, pues hasta muy avanzado el curso del noveno mes de la vida fetal no aparece la vaina de mielina; y como la enfermedad de Little se presenta *tal vez exclusivamente* en los niños

nacidos antes de la época normal, se explica muy satisfactoriamente semejante defecto de desarrollo. No obstante, he de hacer notar la contradicción que, á mi juicio, nos ofrecen los hechos, toda vez que los nacimientos prematuros son muy frecuentes, y en cambio el padecimiento que ahora estudio es raro, lo que lleva al ánimo una gran duda relativamente á la verosimilitud de la interpretación patogénica que dejo indicada; porque realizándose las etapas de la formación orgánica con arreglo á una pauta cronológica determinada, el grado de desarrollo debía estar siempre en relación con la época en que tuviera lugar el nacimiento, y, por consiguiente, lo incompleto de la constitución del haz piramidal y la enfermedad de Little debían ser hechos constantes en los niños que nacen á los siete ó á los ocho meses, y no ocurre así, sino que tan sólo se observa en algunos de éstos, pero muy pocos.

Excepto la falta de desarrollo del haz piramidal, que por lo que acabo de manifestar se ve que no es tampoco indudable su intervención teológica, todas las demás causas que por algunos autores se citan caen de lleno en el campo de lo hipotético; tales son: las violencias ocasionadas por el forceps y el traumatismo en general; el alcoholismo en los padres; la influencia hereditaria neuropática; etc.

PATOGRAFÍA. — Los primeros síntomas pueden presentarse á poco del nacimiento ó tardar más ó menos en iniciarse; este segundo caso tampoco armoniza con la causalidad que he indicado como más probable; sin embargo, es muy posible que las manifestaciones sean precoces, pero que los padres no se aperciban de ellas hasta que transcurre cierto tiempo.

El niño presenta cierta rigidez en los miembros inferiores, los cuales se hallan en adducción; los pies en posición varo-equina; las piernas y los muslos en semiflexión, y estos últimos mutuamente comprimidos. Palpando los músculos, observamos que está aumentada su consistencia. Cuando llega la época de poner á andar al niño, apoya los pies por la punta y los cruza; así es que no puede ni sostenerse. Cuando comienza ya á efectuar la marcha, lo que tarda más ó menos en tener lugar, según las circunstancias de cada caso, es ésta difícil é insegura, pues roza los miembros uno contra otro y se apoya en la punta de los pies, la cual arrastra y la hace describir un semicírculo concéntrico para dar el paso, á la vez que inclina el tronco hacia el lado derecho cuando es el miembro izquierdo el que hace avanzar, y viceversa, lo que ocasiona un balanceo del cuerpo muy pronunciado. Aun cuando menos graduada, existe también la rigidez espasmódica en los miem-