

táneo que el niño experimenta, y que suele ser el motivo de que los padres consulten al médico; además, en caso de coxalgia, opone el miembro más ó menos resistencia cuando efectuamos la flexión del muslo sobre la pelvis. Con estos síntomas se hace siempre sin dificultad alguna el diagnóstico diferencial; pero debo advertir, por la grandísima importancia que encierra, que no cito como signo diagnóstico la tumefacción de la región articular, aunque lo es de primer orden á favor de la coxalgia, porque se encuentran muchos casos de esta enfermedad que ofrecen una forma que yo llamo *atrófica*, y que consiste en la falta de tumefacción anormal, lo que es debido á que no hay infiltración tuberculosa ni común de las partes blandas peri-articulares, y en cambio existe disminución de volumen de la nalga, ocasionado por la atrofia que la inacción determina en la masa muscular.

Conoceremos que no es una *aquinesia diftérica* en que no hay parálisis del velo del paladar, que en este caso existiría probablemente, en el curso que ha seguido y en que no ha sido precedida de difteria.

La distinguiremos de las parálisis de origen *encefálico* por la falta de fenómenos cerebrales persistentes, como hemiplegia facial, desórdenes psíquicos, estrabismo, entorpecimiento de la palabra, etc.; además es frecuente la forma hemipléjica—mientras que es rara en la parálisis infantil—y de ordinario espasmódica; se hallan exagerados los reflejos tendinosos; y se conserva ó se halla aumentada la excitabilidad farádica.

La *mielitis difusa aguda* se conocerá por la disminución de la sensibilidad; la parálisis vesical y rectal; el rápido desarrollo de úlceras por decúbito en el sacro, talones, etc.; y la persistencia de la fiebre.

La *atrofia muscular progresiva* es análoga, desde el punto de vista anatómo-patológico, á la enfermedad que estudiamos; pero ofrece tres caracteres antitéticos á ésta, y son: un curso sumamente crónico, un itinerario progresivo que implica una radical diferencia y el expresivo dato cronológico de presentarse la atrofia antes que los fenómenos paralíticos.

La *aquinesia obstétrica del recién nacido* sigue una marcha favorable, que termina por la curación; pero en el caso de que produzca la impotencia y la atrofia de los músculos afectos, el circunscribirse á los miembros torácicos y el haber coincidido con un parto laborioso darán luz suficiente para hacer el diagnóstico.

La *pseudo-parálisis sifilítica*, aun cuando ofrece la extremidad afecta apariencia aquinesica, se ve que se halla desprendida una epífisis, que

es á lo que es debida aquélla; acusa el niño dolor cuando se imprimen movimientos á la extremidad; y se encontrarán probablemente otras manifestaciones sifilíticas.

**PRONÓSTICO.**—Leve, en general, respecto de la vida del niño, pero en algunos casos ha producido la muerte en el período febril, ó sea el de invasión, y grave el relativo á la función de los músculos interesados. Sin embargo, este segundo extremo se halla subordinado á las circunstancias de cada caso, pues depende de la intensidad del padecimiento, del curso que sigue, del tratamiento que se emplee y muy especialmente de la antigüedad. Cuanto más fecha tenga la parálisis, menos probable es su desaparición, lo que es consecuencia lógica de la marcha que hemos visto siguen las lesiones; pero no considero acertada la opinión de un autor, según la cual ya no recuperan su función los músculos que están paralizados más de seis ó nueve meses, pues la inacabable variabilidad que los fenómenos todos presentan en cada uno de los individuos impide la fijación de plazos absolutos; por desgracia, tendrá mucho de cierta esta opinión, mas debemos prescindir de ella, y yo así lo hago, por el bien del enfermito, y aconsejar á las familias constancia en el empleo de aquellos medios revestidos de inocuidad y capaces de prestar favorables servicios.

**TRATAMIENTO.**—Su finalidad consta de tres elementos completamente distintos: *combatir la mielitis*, las *parálisis* y las *deformidades*. Además, como *profilaxis*, deben tomarse las necesarias precauciones—durante los períodos de invasión y de presentación de las parálisis—para evitar el *posible* contagio de los niños sanos.

Para *combatir la mielitis* se comenzará por colocar la cama del niño en un cuarto bastante espacioso, á una temperatura regular, con luz moderada, silencio y régimen lácteo exclusivo, aguando la leche más ó menos, según la altura de la fiebre. Se pondrán encima del colchón varias sábanas de hilo dobladas para que preserven al niño de la cálida vecindad de la lana, y mejor sería un colchón de paja de avena, ó el colchón de muelles sólo, cubierto con varias sábanas de hilo. El niño adoptará el decúbito lateral y se colocarán dos almohadas debajo de la cabeza y una debajo de los hombros para que formen un plano inclinado.

Aconsejo la aplicación á todo lo largo de la columna vertebral, ó en la región que se crea afecta, de *paños mojados en agua fría* y exprimidos, para que no mojen la cama, con cuyo fin se pondrá un hule entre el colchón y las sábanas, es decir, debajo de todas éstas, las cuales se renovarán cuando sea preciso; y no aconsejo el hule encima de ellas, porque, como es impermeable, es mal conductor del calórico y da, por lo mismo, calor al niño; los paños, que serán de varias capas para que empapen bastante agua, se renovarán con la debida frecuencia

para que estén constantemente fríos, y se les mantendrá aplicados mediante tres ó cuatro tiras de lienzo que se atarán por delante del pecho y del abdomen.

Al mismo tiempo mandaremos unturas en el bajo vientre, cara interna de los muslos y axilas con *ungüento mercurial* doble, cuatro veces al día, y lavar al niño la boca una vez por la mañana y otra por la tarde con un pincelito impregnado en una ligera disolución de clorato potásico en agua hervida para prevenir la estomatitis. Se administrará un purgante en el caso de que no exista diarrea, con el fin de expulsar los excrementos y de obtener un efecto derivativo; pero aconsejo que la acción del purgante sea muy moderada, porque si no se podría ocasionar fácilmente un catarro intestinal, que, aunque de causa medicamentosa, es catarro al fin, y constituiría una pequeña complicación y muy probablemente *un foco de reabsorciones piretógenas*.

Cuando haya pasado ya la indicación de los paños fríos—la cual existe durante la fase de invasión, de fiebre y de presentación de parálisis, sin que pueda precisarse cuánto tiempo han de estar aplicados, porque esto hay que resolverlo en vista de las circunstancias y de los efectos que se observen, y cuidando cuando se suspendan de mojar los paños cada vez en agua menos fría, para evitar la reacción—y hayan transcurrido tres horas, se dará al niño un *baño* á 3 grados centígrados menos que su temperatura axilar, mojándole un poco la cabeza con agua, no fría, sino fresca, y teniéndole en él diez, quince ó treinta minutos, según se encuentre, pasados los cuales se le seca con una toalla tibia y se le mete en la cama ligeramente templada, y con las cubiertas ordinarias, pues téngase entendido que no conviene provocar un sudor copioso, sino simplemente una suave transpiración. Lo que sí hay que cuidar es de que el niño reaccione bien después del baño; si los efectos que éste produce son satisfactorios, se dan dos ó tres en las veinticuatro horas durante los días en que supongamos que se halla la flegmasía medular en su período de estado. Para que sirva de norma al criterio clínico, diré que en el baño templado debe buscarse una acción antiflogística, y así, viendo los efectos que produce y el estado del niño, es como podremos resolver lo que sea conveniente en cada caso.

Los *revulsivos* les considero muy útiles, pero en el período de invasión muy inferiores á las aplicaciones frías; por eso aconsejo comenzar por éstas, y cuando ya las suspendamos apelaremos á los revulsivos, al mismo tiempo que los baños templados. Al efecto, si el estado de

carnes del niño lo permite, se le aplicarán ventosas secas repetidamente, alternando en los diferentes puntos de la columna vertebral, y especialmente al nivel y por debajo del punto de la médula que se suponga afectado; si no se pueden poner sobre la columna vertebral, se aplican á los lados de ella. Después recurriremos al *vejigatorio rosado de Beslier*, aplicado en el punto del raquis afecto, cortando el trozo de vejigatorio que hayamos de emplear, que será de 4 centímetros de largo por 3 de ancho, en cuatro tiritas, pegándolas de manera que quede entre una y otra un espacio de un milímetro de ancho, con el fin de que se adhieran bien y no se ahuequen; y cuando hayan formado flictena, se la pincha y se cubre con algodón hidrófilo. A los tres ó cuatro días se repite el vejigatorio un poco más abajo, y á los otros cuatro todavía más abajo. En una palabra, se emplearán el vejigatorio, las pincelaciones con tintura de iodo y las ventosas secas, alternando durante bastante tiempo, aun después de haber comenzado la remisión de las parálisis, pues son recursos muy indicados, primero para combatir la flegmasía y luego para favorecer la resolución. Examínese la orina antes de aplicar cada vejigatorio para si presentara albúmina suspenderle.

Tal vez sea beneficiosa la administración de una *sal de quinina*; pero no tengo convencimiento de ello, porque su influencia sobre la médula es aún muy enigmática; no obstante, me inclino á aconsejarla, pues al fin y al cabo es antitérmica y antiséptica, y por lo tanto, *verosíblemente* antiflogística, si bien debe darse con observación.

Algunos autores aconsejan el *cornezuelo de centeno* ó la *ergotina*. No considero útiles ni uno ni otro de estos medicamentos, porque su acción sobre las fibras musculares lisas de las arterias no es electiva, no se circunscribe á un punto determinado, sino que ha de ser general, y por consiguiente, la sangre, si disminuyera en las arterias, iría á los capilares y á las venas; en lo que no veo ventaja, porque, si fuera un hecho el estrechamiento del calibre de todo el sistema arterial, el corazón habría de verse mal para impeler la sangre y habría de producirse necesariamente un remanso en todo el sistema venoso primero y capilar después.

Cuando haya terminado completamente todo el período agudo de la enfermedad y no haya, por lo tanto, temor á la acción vasodilatadora, prescribiremos el *ioduro de potasio* durante largo tiempo, con intervalos de descanso; el objeto es favorecer la reabsorción de los exudados que haya dejado el proceso inflamatorio; pero se observarán sus efec-