

tos, por si hubiera que suspenderle por cualquier motivo, como, por ejemplo, porque se produjera alguna exacerbación del proceso medular.

El *tratamiento de las parálisis* está representado en lo que tiene de verdaderamente fundamental por los medios que acabo de indicar, pues lo más importante es remover la causa, que aquí es la inflamación medular y las alteraciones consiguientes de las células nerviosas. Mas aparte de estos recursos ¿qué otros existen para combatir directamente las aquinesias, y cuándo deben emplearse? Son varios: el masaje, los movimientos activos, las fricciones excitantes, las duchas locales calientes, la electricidad y la estriquina, que recomiendo en el mismo orden en que los acabo de exponer.

El *masaje* suave y los movimientos pasivos de las partes afectas deben comenzarse á los pocos días, así que haya *terminado el ascenso* de las parálisis; se practicarán mañana y tarde, enseñando á la persona de la familia que creamos más habilidosa, para que se encargue de hacerlo.

Los *movimientos activos* serán lentos y muy poco repetidos en un principio, haciéndolos paulatinamente más intensos y frecuentes, pero siempre con prudencia. Considero á los movimientos activos como de los principales recursos, y tal vez el principal, porque pone en juego todo el complicado mecanismo de la miotilidad, desde el acto volitivo de querer realizar el movimiento hasta la contracción muscular; por desgracia, en los miembros completamente paralizados no son realizables; pero, en fin, los emplearemos allí donde sean posibles, como son las partes en que sea incompleta la parálisis, y en las que sea total así que empiece á remitir.

Las *fricciones excitantes* se harán con la mano caliente, secas unas veces, la inmensa mayoría, y algunas con un poco de alcohol ó de agua de Colonia calientes; yo suelo aconsejar el primero á los pobres y la segunda á los que tienen suficientes recursos para comprarla; es mejor el agua de Colonia, porque las esencias que contiene contribuyen á estimular la piel. Siempre digo que pongan al niño, de un modo permanente, inmediatamente sobre la carne, ó calzoncillos, ó una sola pernera, ó una manga, lo que sea preciso, de *bayeta amarilla áspera*, pues considero de gran utilidad la constante excitación que produce; la tolera la piel perfectamente; pero si en algún caso, por ser la piel muy fina y muy sensible, ocasionara irritación, reemplácese la bayeta por franela, mas no se abandone la idea de volver á ensayar la bayeta oportunamente. Con este motivo he de hacer resaltar la necesidad de

tener convenientemente abrigados en invierno los miembros paralizados, por lo frecuente que es el desarrollo en los pies de sabañones que se ulceran fácilmente y que muestran el sello de atonía inherente al estado de los tejidos en que asientan, cuyas lesiones constituyen una molesta aunque leve complicación.

Las *duchas calientes* del miembro afecto las aconsejo yo de la siguiente manera: todas las noches, antes de acostar al niño, se le riegan los miembros paralizados con agua salada todo lo caliente posible sin que llegue á quemar, valiéndose al efecto de una regadera común; para apreciar la temperatura del agua, no basta con que la madre introduzca en ella los dedos, sino que se descubrirá el brazo y se hará echar en él un poco de agua con la regadera, pues la impresión que experimente en él es análoga á la del resto del cuerpo, y porque no es igual la temperatura del agua en masa que la que sale por los agujeros y atraviesa el aire. A continuación se enjuga al niño con una toalla caliente, se le pone la pernera de bayeta previamente calentada y se le mete en la cama. Estas irrigaciones se harán doce días de cada quince y durarán en cada miembro paralizado unos seis ú ocho segundos, empleando unas veces el agua salada y otras una infusión de plantas aromáticas—orégano, romero, tomillo, etc.—.

Tanto los movimientos activos, como las fricciones excitantes y las duchas locales calientes, comenzarán unos días después que el masaje.

Disto mucho de ser cosa fácil la fijación del momento oportuno para el empleo de la *electricidad*, así como la elección de procedimiento, pues es un agente de elementos múltiples y cuya acción íntima está sembrada de incógnitas, lo cual dificulta extraordinariamente lo que podríamos llamar el *razonamiento de nuestra conducta*, y no arrojando tampoco la observación gran luz acerca de este particular por la incertidumbre que implica la variabilidad que ofrece el curso del proceso en los diferentes casos. Pero, en fin, respecto del momento en que ha de recurrirse á la electrización de la médula, creo que debe ser pronto, porque así habrá más esperanza de obtener un resultado favorable; y relativamente al procedimiento, aconsejo las corrientes galvánicas, cuidando de que su intensidad no exceda de 2 á 4 miliamperes, ajustándonos á los detalles que constituyen el *método estable*, ó sea manteniendo inmóviles los polos sobre la parte en que se aplican y situando el negativo—que es el activo en este caso—en el punto de la columna vertebral en que se supone radican las lesiones medulares, y el positivo—que en este caso es el indiferente—sobre el esternón. A los veinte ó

treinta días se harán aplicaciones en los músculos y en los nervios paralizados, paseando sobre ellos el polo negativo, pero sin separarle de la piel, para lo cual se empleará la rueda de amasar —rodete— y colocando el positivo—que también es aquí el indiferente—en el esternón si los afectados son los miembros torácicos, y en el esternón también ó en la nalga si la aquinesia asienta en los abdominales; para estas aplicaciones periféricas emplearemos también la corriente galvánica, pero puede y creo yo que debe también utilizarse en idéntica forma la farádica.

La *estricnina* puede ser nociva, dada su probable acción irritante y congestiva sobre el encéfalo y la médula; sin embargo, no la rechazo en absoluto sino cuando el proceso meningítico se encuentra todavía en evolución, sean cualesquiera su período y su intensidad; pero cuando este proceso ha terminado completamente y adquirido las lesiones medulares el carácter de definitivas é invariables, entonces sí la creo indicada—aunque con poca esperanza de éxito—, por lo refractaria que es la parálisis á los diferentes recursos terapéuticos.

*Para un niño de un año.*

Sulfato de estricnina..... 2 miligramos.  
Jarabe simple..... 60 gramos.

Disuélvase.

Para tomar media cucharada de las de café mañana y tarde, con observación. Luego se deja descansar al niño diez días y se repite la fórmula de igual manera, después de lo cual se suspende definitivamente durante bastante tiempo. Son necesarias semejantes precauciones porque la estricnina es un medicamento que se acumula y puede ocasionar fenómenos de intoxicación.

El *tratamiento de las deformidades* cuenta con el *masaje* y los *movimientos activos* y *pasivos*, cuyos medios son positivamente eficaces en muchos casos de retractación muscular atrófica.

La *artrodesis*, ó sea la operación mediante la cual se refrescan, por decirlo así, las superficies articulares, con el fin de obtener la anquilosis, se inspira en un principio aceptable, porque una vez que se inmovilice la articulación en la posición conveniente, constituye ya un sólido medio de sostén, toda vez que la deficiente ó nula potencia muscular es reemplazada por la inmovilidad articular. No hay que olvidar, sin embargo, que son posibles accidentes operatorios, y que, por consi-

guiente, no debe apelarse á la artrodesis sino en aquellos casos en que la intensidad del proceso la reclame, y aun así deberán parangonarse las ventajas y los inconvenientes de la operación y de un aparato ortopédico, haciéndoselo presente á los padres del niño y que éstos resuelvan en definitiva. Yo no la he practicado nunca, porque en ninguno de los muchos niños afectados de esta parálisis que he visto la he considerado indicada, pero creo que puede presentarse algún caso en que lo esté, es decir, concepto admisible en principio á la artrodesis, pero deben justipreciarse cuidadosamente las condiciones de cada caso para ver si existe verdadera indicación.

Se han ideado también operaciones para conseguir que los músculos sanos suplan la impotencia de los paralizados, mediante el establecimiento de adherencias músculo-tendinosas entre los unos y los otros. La idea es realmente ingeniosa y yo la considero aceptable en principio; ahora, en la práctica, es preciso examinar detenidamente al niño para ver si existen las condiciones que fundamentan la indicación quirúrgica, entre las que figura en primera línea el que el músculo cuya actividad se trate de suplir se halle completamente degenerado, es decir, que su función haya desaparecido para siempre; porque si está tan sólo atrofiado, puede recuperar en más ó menos grado el movimiento y no está, por lo tanto, indicada la operación.

La *tenotomía* del tendón de Aquiles constituye un recurso de gran utilidad en ciertos casos de pie equino paralítico, pero es preciso saber distinguir la indicación aparente de la real. Es tan sólo *aparente*, cuando la retracción atrófica de los gemelos y del soleo se puede vencer con los movimientos voluntarios y con los comunicados, y enseñando al niño á que apoye el talón y pierda la costumbre de pisar con la punta del pie; y es *real*, cuando no se consigue vencer el equinismo con los recursos incruentos. Ya he hablado de esta operación al estudiar el pie zambo congénito, y así me limitaré á advertir, que en el pie equino paralítico considero absolutamente indispensable efectuar la separación de los extremos del tendón—una vez seccionado—, no de repente, sino en tres, cuatro ó cinco sesiones sucesivas, dejando entre cada una de ellas dos días de intervalo, y el mismo número de días entre la sección del tendón y el primer grado ó la primera maniobra de rectificación de la actitud viciosa del pie; es decir, que el día en que se practique la sección tendinosa, se deja el pie en la posición equina que tiene y no se le empieza á doblar sobre la pierna hasta que pasen dos días. El objeto de estas precauciones que aconsejo es que no pierda el

tendón la continuidad, como podría ocurrir si se doblara de repente el pie sobre la pierna.

Por último, los *aparatos ortopédicos* pueden ser de gran utilidad, pero son precisas dos condiciones: saber bien el papel que van á llenar, y que estén bien contruidos. La primera es de incumbencia del médico, quien debe manifestar las líneas generales á que ha de ajustarse el aparato, porque es quien sabe en qué consiste la indicación y cómo ha de llenarse de una manera satisfactoria, siendo después el artífice el que se encarga de realizar el *proyecto del médico*. Así, pues, no se diga jamás á los padres «Manden ustedes hacer un aparato á este niño», sino «Manden ustedes hacer un aparato á este niño que reúna estas y las otras condiciones», explicándoselo bien claro, y además dibujándoselo en un papel, de un modo sencillo, pero que vean con claridad lo que el médico desea, y sobre todo, *que lo vea el ortopédico*, pues tengo observado que las explicaciones, por detenidas y claras que se den, las interpretan los padres frecuentemente al revés; así es que no sólo debe dibujarse, sino escribirse debajo qué objeto va á llenar el aparato y hasta las líneas generales de cómo debe hacerse.

Las parálisis que más á menudo se observan en la práctica son las de los músculos de la pierna, y muy particularmente las de los gemelos y soleo. ¿Qué indicación debe cumplir el aparato? Pues una vez rectificadas la actitud viciosa del pie, suplir á la acción muscular que falta, por lo cual aparece el pie péndulo, lacio, caído, y se conseguirá con un sencillo aparato provisto de dos barritas de hierro—tutores—laterales inflexibles, una interna y otra externa, que unidas á la suela de la bota lleguen hasta un poco por debajo de la rodilla. La unión de las barras con el zapato será articulada, para que el niño pueda ejecutar movimientos con el pie; pero será fija, inmóvil, en el caso de que la aquinesia sea completa, pues entonces, como no puede el niño efectuar movimiento alguno, las articulaciones de las barras serían inútiles y además perjudiciales, porque se podría doblar el pie por el peso del cuerpo, cuando lo que es preciso en semejante caso es la inflexibilidad de las barras, para que suplan la impotencia de la parte paralizada. Es necesario que la forma de las barras siga los salientes y depresiones del miembro, y que estén algo separadas de él, para que no hagan daño al niño.

Si los músculos paralizados fueran los que verifican la extensión y flexión del muslo sobre la pelvis, lo indicado sería un aparato ortopédico análogo al que he aconsejado al estudiar la luxación congénita de

la cadera, modificándole según las circunstancias del caso relamaran; al nivel de la articulación coxo-femoral se haría ó no movable el aparato, según fuera incompleta ó completa la parálisis, es decir, según se viera que era conveniente ó inconveniente la movilidad.

### Parálisis pseudo-hipertrófica.

Esta enfermedad, que ha sido también denominada *parálisis hipertrófica de la infancia*, *parálisis mio-esclerósica*, *miopatía atrófica progresiva*, *miopatía primitiva progresiva*, *hipertrofia muscular lipomatosa*, y *distrofia muscular progresiva*, ofrece una naturaleza especial, pero que dista mucho de ser conocida; pues aunque está muy generalizada la creencia de que este estado morboso no debe figurar entre las *miopatías espinales* ni entre las *neuróticas*, porque ni es debida á una lesión medular ni de los nervios, ya veremos qué falta de verosimilitud ofrece semejante creencia; pero dejaré el dilucidar este interesante punto para después que haya expuesto los síntomas, porque es cuando se podrá apreciar claramente en lo que fundo mi opinión.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — Es un proceso casi exclusivo de la infancia y de la juventud, y mis observaciones coinciden con lo que dicen los autores de que es mayor el número de varones que el de hembras. La explicación de ambos hechos no se alcanza fácilmente, pues si bien podría referirse el primero á la más viva impresionabilidad del sistema nervioso de los niños ó á la mayor actividad que despliegan en su vida ordinaria, sobre todo en lo relativo al ejercicio muscular, no satisfaría semejante interpretación, porque la excitabilidad ofrece el máximo de intensidad en los primeros años de la vida, y el ejercicio exagerado también se observa desde los tres años próximamente en adelante. El por qué se desarrolla preferentemente en los individuos de sexo masculino tal vez no es otro que la simple casualidad, y de haber alguna razón, yo la creería representada por lo más violento de los ejercicios en los varones, que imprimirían á los centros nerviosos un funcionalismo desmedido.

La *herencia* constituye el principal factor etiológico y su influencia varía en cada caso, pues la herencia puede ser *homóloga*, es decir, que el padre ó la madre padezcan la misma enfermedad, en cuyo caso es natural que los hijos lleven impresa en su organismo esa disposición morbosa, ó *heteróloga*, ó sea el padecer los progenitores cualquiera enfermedad nerviosa, y en este caso, el sello patológico transmitido á los hijos es más indeterminado, pero no por eso deja de ser real.

Figuran también entre las causas los traumatismos, las mojaduras y los enfriamientos; todas ellas son muy verosímiles, ya que pueden dar lugar á procesos hiperémicos ó flegmáticos; pero convengamos en que es poco clara su acción en esta enfermedad.