

CLASIFICACIÓN DE LAS MIELITIS

I. MIELITIS SISTEMATIZADAS Ó PARENQUIMATOSAS. (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 a una lesión de la médula. <i>Esclerosis secundaria ascendente.</i>	
	De los manojos blancos (esclerosis fasciculada)...	De los cordones laterales y de los manojos de Turk...	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 a 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 atrófica infantil.</i> b. En el adulto: <i>Parálisis espinal aguda.</i>
II. MIELITIS DIFUSAS Ó INTERSTICIALES. (Empiezan y se propagan por el tejido conjuntivo, invadiendo indistintamente todas las regiones de la médula.)	Del cuerno anterior...	Primitiva...	3.º Aguda	
		Secundaria á otra mielitis: <i>Amiotrofias espinales secundarias.</i>	4.º Aguda	
	De las células grises...	De los núcleos bulbares...	Primitiva: <i>Parálisis simple labio-gloso-faríngea.</i>	5.º Aguda
			Secundaria á diferentes mielitis: <i>Síntomas bulbares en la esclerosis lateral amiotrófica, las mielitis difusas, etc.</i>	6.º Aguda
Agudas...	No invasoras (circunscritas, más ó menos extensas)...	Tipo <i>repentino apoplejiforme.</i>	7.º Aguda	
		Tipo <i>sobreagudo.</i>	8.º Aguda	
	Invasoras (parálisis ascendente aguda)...	Tipo <i>agudo.</i>	9.º Aguda	
		Tipo <i>subagudo.</i>	10.º Aguda	
Crónicas...	No invasoras (circunscritas)...	Completo: Dorsolumbar.	11.º Crónica	
		Hemilateral.	12.º Crónica	
Formas especiales...	Invasoras (parálisis espinal subaguda de Duchenne, mielitis difusa generalizada de Hallopeau)...	Tipo de marcha ascendente...	13.º Crónica	
		Tipo de marcha descendente...	14.º Crónica	

darias, de un decúbito dorsal muy prolongado ó de fatigas exageradas, deberéis modificar vuestra terapéutica (1).

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 las mielitis reumáticas.

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

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

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 y Clark han publicado ejemplos de esta congestión en obreros que trabajan en las campanas, que contienen un aire fuertemente comprimido, y salen bruscamente á la atmósfera habitual.

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

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.

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

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

En la congestión pasiva, los síntomas se desarrollan más lentamente, aparecen más tardíamente y los dolores preceden á menudo varios días á la aparición 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 duración de la enfermedad es variable. La congestión pasiva dura tanto como las causas que la han

de paraplegia súbita que se manifestó en un cocinero como primera manifestación de un reumatismo articular agudo, y, á medida que se afectaban las articulaciones, desaparecían las parálisis. Se comprende en este caso la utilidad de las ventosas secas ó escarificadas á lo largo del raquis, de los baños de vapor y del salicilato al interior. Otras veces se trata de simples parálisis *à frigore*, parálisis reflejas y que resultan de la acción del frío sobre la piel. La medicación es aquí diferente; además de los revulsivos, tales como los vejigatorios á lo largo del raquis, se pueden emplear los sudoríficos, y en particular la pilocarpina, que, por la congestión que determinan en la piel, tienen una acción favorable en este género de parálisis.

Las fatigas prolongadas, á causa de la congestión 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, podréis usar el método revulsivo. Esta palabra *reposo* me conduce á hablaros de la acción del decúbito en las afecciones de la médula. Todos sabéis que el decúbito dorsal prolongado por largo tiempo da lugar á una congestión pasiva medular, y á esta congestión 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,

Del
decúbito dorsal.

dado origen. La congestión causada por el traumatismo ó por la aparición de una fiebre eruptiva ó palúdica se disipa al cabo de algunos días.

Quando persiste el estado inflamatorio, cuando hay fiebre durante algunos días, hay que temer el desarrollo de una afección más 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, tomo I).—Rabington y Cuthbert, *Paralysis caused by working under compressed air* (Dublin Quarterly Journal of Medical Science).—Clark, *St.-Louis Medical Surgical Journal*.

ciertos enfermos predispuestos á las congestiones de la médula que, con motivo de la noche que acaban de pasar, apenas se pueden tener en pie; después se disipa esta impotencia á medida que el individuo, por la estación 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 la mielitis. Muy recomendadas en otro tiempo por Ollivier, que aconsejaba en estos casos, además de las sangrías generales, las sanguijuelas aplicadas en gran número en la región dorsal y las ventosas escarificadas, este tratamiento antiflogístico está en nuestros días abandonado por completo. Sin embargo, las ventosas secas y escarificadas pueden prestar algunos servicios en las congestiones activas de la médula y deberéis recurrir siempre á ellas (1).

La meningo-mielitis, cualquiera que por otra parte sea su causa, es una de las afecciones de la médula que más frecuentemente se observan; está carac-

Emisiones
sanguíneas.

Tratamiento
de la
meningo-mielitis.

(1) Contra las meningitis raquidianas y contra las conmociones de la médula, Ollivier recomendó, sobre todo, las sangrías muy abundantes. Estas sangrías eran generales ó locales. En las sangrías generales quería que la flebotomía se repitiera en los individuos jóvenes y vigorosos; respecto á las sangrías locales, recomienda la aplicación 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 Ginebra) quería que se hicieran incisiones profundas en los músculos, á lo largo de las canales vertebrales, á fin de abrir las venas que comunican directamente con el canal raquídeo. Ollivier rechaza completamente esta práctica (a).

(a) Ollivier, *Traité des maladies de la moelle épinière*, tomo II, pág. 299. París, 1837.—Gosse, *Des maladies rhumatoïdes*, Ginebra, 1826, pág. 231.

terizada, sobre todo, bajo el punto de vista sintomático, por dos fenómenos: en primer lugar, consisten en dolores más ó menos vivos, que se experimentan por accesos y que tienen muchos puntos de contacto con los dolores fulgurantes de la neuralgia ciática; en segundo lugar, la impotencia más ó menos completa de los miembros inferiores con la conservación de la sensibilidad, siendo solamente afectadas 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 raquis. Debéis también calmar los dolores, porque este es un punto sobre el que más os llamará la atención el enfermo; podréis emplear los diversos medios que os he indicado á propósito de las neuralgias; las ciáticas dobles deberán siempre haceros pensar en una meningitis medular; pero el medio más preferible es la inyección de morfina, siendo ésta el único que puede calmar los atroces dolores que experimenta el enfermo. Es necesario también 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 paraplegias debidas á las afecciones de la médula.

De los trastornos de defecación.

Por parte del intestino, tenemos los estreñimientos pertinaces ó la incontinencia de las materias fecales. Respecto al estreñimiento, es tributario de un tratamiento por los drásticos; estos medicamentos, no solamente restablecen las deposiciones, sino que también 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 más violentos no podrán vencer el estreñimiento, 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 olvidéis nunca que las inflamaciones de la médula pueden acompañarse de trastornos tróficos, y que á menudo, á pesar de todas las precauciones que toméis, 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 más soportable la vida á estos desgraciados paralíticos.

El trastorno que la meningo-mielitis produce en las funciones urinarias tiene todavía consecuencias más 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 éste 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; necesitaréis también dar al interior medicamentos que se opongán á dicha fermentación, tales como el ácido benzoico, la trementina, la esencia de sándalo, el boldo, el buchú, etc.

De los trastornos de la orina.

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 paraplégica, 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 devolver los movimientos á los miembros inferiores, y aquí la hidroterapia, los amasamientos, 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 exigen 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 inyecciones 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 mercúricos amónicos desempeñen el papel más importante, pueda hacer desaparecer la mielitis quedando su causa productora. Estos son los ca-

sos de paraplegias 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

(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 los 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 Vulpíán, de cada veinte 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 veces bastante vivos desde el principio, recorren los miembros inferiores de arriba abajo, pasando como relámpagos (dolores fulgurantes de Romberg). Otras veces estos dolores se parecen á mordeduras, picaduras ó ligaduras, pudiendo acompañarse de movimientos bruscos. De intensidad variable, son ordinariamente pasajeros, pero pueden también ser persistentes, y en estos casos se localizan en tal ó cual punto. En el tronco los dolores son constrictivos en la cintura, y su violencia dificulta á veces la respiración. En la cara, los dolores afectan el tipo fulgurante y el tipo persistente continuo; los enfermos se quejan de dolores continuos con exacerbaciones y sensibilidad exagerada de la piel al rededor de las órbitas, en la raíz de la nariz ó al nivel del tronco suborbitario. En ocasiones, el enfermo dice que le parece que le arrancan el ojo.

Por parte de los ojos se observan trastornos consistentes en parálisis ó parestia del tercero ó cuarto par de los nervios craneales, caída del párpado superior, estrabismo (á menudo estrabismo alterante), ambliopía ó una diplopia más ó menos manifiesta. Estos trastornos pue-

De la
esclerosis
de los cordones
posteriores.

palabra *progresiva*, con la que Duchenne caracteriza la entidad patológica que acabo de describir, indica el poco valor que la terapéutica puede tener en esta afección, y al denominarla así Duchenne pronunció su fallo de incurabilidad. Después, la terapéutica no ha levantado este fallo, y preciso es reconocer que esta afección está muy á menudo bastante por enci-

Su
incurabilidad.

den, por lo demás, ser pasajeros. Además de estos síntomas, la primera fase de la enfermedad presenta también trastornos de la sensibilidad general, trastornos funcionales del aparato genito-urinario, trastornos de la motilidad, parálisis parciales bastante raras y hemiplejías.

Los trastornos de la sensibilidad general consisten en anestesia, analgesia, alternestesia ó hiperestesia y parestesias diversas. Cuando la piel de la planta del pie está afectada de anestesia, el enfermo pierde la sensibilidad de la resistencia, de la dureza del suelo, y no tiene una idea exacta del terreno sobre que marcha; le parece que marcha por un tapiz ó por una tierra muy blanda.

Por parte del aparato genito-urinario se observa retención de orina ó incontinencia nocturna lo más á menudo; satiriasis, después anafrodisia y á veces espermatorrea.

Las crisis dolorosas pueden comprender las vísceras y determinar crisis gastrálgicas con vómitos, dolores vesicales y uretrales ó lumbares, simulando cólicos nefríticos. Fereol ha indicado trastornos laringo-bronquiales con espasmo de la glotis, tos convulsiva é hiperestesia de la mucosa laríngea.

La segunda fase de la enfermedad está caracterizada por la aparición de fenómenos atáxicos. Se establece la incoordinación de los movimientos muy progresivamente, con

lentitud, poco á poco y hasta insidiosamente.

La ataxia empieza por los miembros inferiores; al principio el enfermo observa que se fatiga con facilidad, que no puede dar largos paseos. Después observa que se inhabilitan sus piernas, tropieza y cae fácilmente; le es muy difícil ponerse en marcha; al cabo, después de algunas tentativas se hace segura la marcha. Más tarde la incoordinación hace progresos, el enfermo no puede dirigir la fuerza á su gusto, así como la dirección y extensión del movimiento; no puede dar un paso sin tener los ojos fijos en sus pies, su pierna se levanta, y lanzándola con fuerza vuelve á caer sobre el suelo, que el talón golpea violentamente; el enfermo no puede marchar sin apoyo, sin bastón; en la oscuridad, la incoordinación es todavía más marcada; la marcha y aun la estancia en pie se hace imposible. Si el enfermo está acostado ejecuta con facilidad los movimientos que se le mandan, pero frecuentemente lo hace con demasiada violencia y se pasa del objeto

La fuerza muscular permanece intacta, como se puede observar por medio del dinamómetro; únicamente falta la coordinación.

Fenómenos análogos pueden observarse en los miembros superiores, y poco á poco se hacen imposibles los trabajos manuales.

La sensibilidad presenta también desórdenes: disminución, abolición

ma de los recursos del arte; sin embargo, se han curado y se curan todavía ataxias, pero estos son casos excepcionales, y á pesar de los períodos de calma y de tregua, que pueden durar meses y años, el atáxico ve progresar lentamente ó por sacudidas la afección que padece.

Estos casos de curación se refieren, sobre todo, á atáxicos sifilíticos. Sin adoptar por completo la opinión exclusiva de Fournier, que pretende que todos

ó perversión de las sensaciones del tacto y del dolor. Además se observa un *retardo* notable en la percepción de la sensibilidad; un enfermo, al que se le pica, no siente el dolor hasta cuatro ó cinco segundos después; hay *errores de sitio*, no pudiendo el enfermo con los ojos cerrados indicar el punto picado. Sin embargo, las impresiones producidas por el contacto de un cuerpo frío se perciben más rápidamente; finalmente, los errores de sitio son menos considerables.

La sensibilidad de los músculos, sentido ó conciencia muscular (Duchenne) de los huesos, de las articulaciones se afecta igualmente; los enfermos pierden la noción de la posición; es decir, que con los ojos cerrados no pueden indicar la posición de sus piernas en la cama.

Se observa á menudo, al fin del primer período ó al principio del segundo, artropatías (bien estudiadas por Charcot) que ocupan con frecuencia las grandes articulaciones (rodilla, codo, espalda). Las articulaciones, fuertemente hinchadas, desfiguradas por el líquido, son poco ó nada dolorosas, y los movimientos espontáneos se hacen únicamente con dificultad á causa de la hinchazón; al cabo de un tiempo variable, según los casos, se asiste á la destrucción de los cartílagos y del tejido óseo.

La excitabilidad refleja de la médula es á veces considerable en el atáxico, y el contacto de un cuerpo, sobre todo de un cuerpo frío, sobre la piel, provoca á menudo movimientos reflejos más ó menos extensos. La flexión forzada del pie sobre la pierna produce el fenómeno de la trepidación refleja, así como la percusión sobre el tendón de Aquiles ó sobre el tendón rotuliano.

Las alteraciones tróficas observadas en el curso del segundo período consisten en erupciones cutáneas diversas, en un adelgazamiento de los miembros, una disminución de los músculos ó rarefacción del tejido óseo, que da lugar á fracturas relativamente muy frecuentes.

Los trastornos intelectuales son bastante raros; sin embargo, se puede observar delirio más ó menos pasajero y á veces demencia.

Haciendo progresos la incoordinación motriz, el enfermo no puede andar y tiene que guardar cama. Todo movimiento se hace imposible, y la parálisis invade progresivamente los miembros superiores; en ocasiones se observa también contracción de los miembros atacados (tercer período). La cistitis purulenta, ó la incontinencia de orina ó de materias fecales, dan también pronto lugar á la formación de escaras en el sacro ó en otras regiones y el enfermo sucumbe.

los tabéticos son sífilíticos (a), es preciso, sin embargo, reconocer que en gran número de casos la sífilis es causa de la tabes, y cuando se coge la afección al principio, se la puede curar por medio de un tratamiento sífilítico apropiado. Pero no se vaya á creer que siempre sucede así, y en un gran número de casos en los que existe esclerosis medular en los sífilíticos, los tratamientos más enérgicos y violentos no pueden modificar favorablemente la marcha de la afección. Sea lo que fuere, esto es una probabilidad de salud que nunca debemos dejar escapar en presencia de un enfermo de tabes.

De los falsos atáxicos.

También se han curado falsos tabéticos, es decir, neurópatas que presentan fenómenos atáxicos. En estos casos la hidroterapia, ó bien ciertos tratamientos termales, curan completamente á estos enfermos.

Tratamiento de la ataxia.

La primera condición del tratamiento de la esclerosis de los cordones posteriores es evitar todo lo que pueda congestionar la médula, congestión que precede casi siempre al trabajo hiperplásico de la neuroglia. Debéis, pues, prohibir al enfermo las fatigas musculares muy prolongadas, fatigas tanto más perjudiciales por emplear el enfermo una fuerza considerable en los movimientos de la marcha; debéis también prohibir las relaciones sexuales. Asimismo recurriréis á revulsiones muy enérgicas, y en particular á los botones de fuego repetidos á menudo á lo largo de la columna vertebral, y esto, sobre todo, cuando aparezcan signos de una irritación ó congestión de la médula.

Podéis usar en los períodos de remisión, ya el nitrato de plata, ya el fósforo; respecto á este último medicamento, que prefiero, seguiréis rigurosamente los preceptos que os he trazado. Obtendréis casi

(a) Fournier, *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, París, 1862; *De la période préataxique des tabès*, París, 1884.

siempre con esta medicación por el fósforo un estado de alivio percibido más bien por el enfermo que por vosotros mismos; el tabético os dirá, en efecto, que se siente más fuerte, más resistente, y que su incoordinación le parece menor; sin embargo, el examen del enfermo no permite notar progresos reales. Nunca he observado fenómenos de excitación genital á consecuencia de la medicación fosforada, y dudo mucho, por mi parte, de las propiedades afrodisiacas que se han atribuído á este medicamento.

Los dolores fulgurantes son una de las complicaciones más penosas de la ataxia, y los medios más activos que tenemos para combatirlos son las inyecciones de morfina, viéndose por este motivo hacerse morfiómanos una multitud de atáxicos. Algunas veces las variaciones de temperatura disminuyen considerablemente el dolor; he cuidado á un ingeniero francés atáxico que, cuando construía los caminos de hierro rusos, sólo conseguía calmar sus dolores fulgurantes rodeando de hielo sus miembros inferiores; el calor produce los mismos efectos en otros enfermos. Podréis serviros en estos casos de los sacos de cautchuc, muy en uso en Inglaterra, que se pueden llenar de agua caliente ó de agua fría, y que se aplican en seguida sobre los diferentes puntos del cuerpo.

De los dolores fulgurantes.

En fin, se ha propuesto contra estos dolores fulgurantes el estiramiento de los nervios ciáticos; es una operación practicada por vez primera, en Alemania, por Langenbuch en 1879; en Francia, por Debove y Gillette en 1880, y repetida después por Esmarch, Erlenmeyer, Sury-Bienz, Hirschfelder y Rzechaczek; no ha dado resultados definitivos, y si bien determina un alivio pasajero, va acompañada algunas veces de trastornos tróficos de gran intensidad (1).

(1) El primer estiramiento practicado en un caso de ataxia fué hecho por Langenbuch en 1879. Se trataba de un caso de tabes con do-