

en niños recién nacidos; que Rilliet y Barthez han referido varias observaciones de mielitis aguda en niños de mas edad, y por último nos contentaremos con hacer mencion de las causas siguientes que indican los autores sin pruebas bastantes: *masturbacion, escesos venéreos, coito en la posicion vertical, afecciones del corazon, convalecencia de las enfermedades graves, repercusion de una afeccion cutánea, etc.*

§ III.—Síntomas.

Muchos *síntomas* que varían según que la enfermedad reside en tal ó cual punto de la médula espinal; pero hay otros que son comunes á todos los casos y que conviene dar á conocer los primeros. Rilliet y Barthez han dividido la afeccion en dos formas, la *tetánica* y la *no tetánica*; pero por desgracia no nos dicen si estas dos formas corresponden á lesiones diferentes, ya sea por su asiento ó por otro motivo.

Invasion. En algunos casos se ha anunciado la invasion de la enfermedad por vómitos biliosos, lo mismo que en la meningitis; pero por desgracia no se ha averiguado cuál era entonces el punto afectado de la médula. Girard, de Marsella, ha referido un hecho en el que no tan solo han sido los vómitos el primer síntoma, sino que han persistido por mucho tiempo; pero como no se ha hecho la autopsia, tampoco ha podido comprobarse suficientemente la naturaleza de la lesion en este caso por otra parte sumamente notable (1). Por lo comun empieza la enfermedad por hormigueos y entorpecimiento en los dedos de las manos y de los piés, y á veces solo se observan al principio convulsiones parciales. Es raro que aparezca el dolor al mismo tiempo que estos fenómenos; pero cuando ha de existir no tarda en aparecer. En algunos casos desaparece este aparato de síntomas para volver á presentarse mas tarde.

Descripcion de los síntomas. Todos los autores indican el *dolor* como uno de los síntomas importantes de la enfermedad; sin embargo, se ha citado cierto número de casos en que no existia este fenómeno. ¿Había realmente entonces una inflamacion ó no era mas que un reblandecimiento no inflamatorio? Esto es lo que por desgracia no se ha averiguado suficientemente. Según los autores del *Compendio* (2), la causa mas comun de estos dolores es la inflamacion de las meninges espinales, en lo cual creemos que hay exageracion, porque en la mayor parte de las observaciones que hemos consultado, las membranas estaban intactas. Cuando existe el dolor, es fijo, no presenta exacerbaciones manifiestas y *aumenta* por lo comun *al hacer movimientos*. Hay sin embargo casos en que la sola *presion* bien prac-

(1) Girard (de Marsella), *Observation d'un cas remarquable d'affection de la moelle epiniere* (Arch. gen. de med., 4.^e série, t. I, p. 462.)

(2) MONNERET et FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, Paris, 1846, t. IV, p. 415.

ticada puede desarrollarle. Klohss (1) ha asegurado que el decúbito dorsal aumenta el dolor; pero Olivier no ha reconocido este efecto en ninguno de los casos que ha observado, de modo que todo induce á creer que Klohss ha tomado la escepcion por la regla.

Ollivier propone que para hallar el asiento del dolor se vayan aplicando sucesivamente uno ó dos dedos sobre todas las apófisis espinosas, comprimiendo ligeramente en cada una de ellas, por cuyo medio ha ocasionado dolor en puntos hasta entonces no dolorosos. Se concibe difícilmente que despues de esto diga el mismo autor que la presion no exacerba este dolor, lo cual podrá suceder en algunos casos; pero es seguro que no en todos.

Copland (2) ha recomendado otro medio de exploracion, que consiste en ir pasando con lentitud á lo largo del raquis una esponja empapada en agua bastante caliente. Esta agua solo produce en las partes sanas una sensacion de calor; pero en el punto inflamado esta sensacion es de quemadura. Los autores del *Compendio* citan casos en que esta exploracion no ha dado ningun resultado.

Es importante determinar de un modo exacto, siempre que sea posible, el sitio del dolor, puesto que puede ser muy útil el conocer el asiento del mal cuando se quiere fijar la gravedad del pronóstico.

El síntoma mas importante de esta afeccion es la *parálisis* que afecta principalmente á la *motilidad*. A los hormigueos y al entorpecimiento de las extremidades sucede una debilidad sensible por lo comun en los piés ó en las manos antes de invadir el resto del miembro; luego se estiende á estos y como este síntoma se presenta especialmente en las extremidades inferiores, vamos á empezar la descripcion por la parálisis de estas.

En los casos de que tenemos noticia, ha aparecido la *paraplegia* de un modo lento y hé aquí lo que se ha observado: el enfermo siente primero una debilidad manifiesta en la articulacion tibiotarsiana, no levanta tan bien como antes la punta del pié del suelo, y si el sitio por donde camina no es llano, tropieza con frecuencia. Mas tarde lleva arrastrado la punta del pié á cada paso y deja caer la planta de plano; estos síntomas van luego aumentando y al cabo de mas ó menos tiempo se estiende la debilidad á la articulacion fémorotibial y se dobla la rodilla cada vez que el enfermo apoya la extremidad contra el suelo. Mas tarde aun, apenas puede el miembro sostener el peso del cuerpo; y cuando el sugeto le quiere levantar del suelo, hace un movimiento de la cadera y del tronco para arrastrar esta masa casi inerte, de modo que la progresion se efectúa mas bien á espensas de los músculos de la pélvis y del tronco que de los del muslo y de la pierna. Por último, llega un momento en que ya el miembro no puede ejecutar ningun movimiento, y entonces el enfermo no puede levantarlo en la cama

(1) Klohss, *Dissert. de myelitis*; Halæ, 1820.

(2) Copland, *Obs. on the sympt. and treat. of the disease of the spine*, etc.; Londres, 1815.

y en cuanto quiere apoyarse sobre él, se dobla y se cae con mucha facilidad.

Acabamos de describir esta parálisis como si no ocupase mas que un solo miembro, únicamente para que comprendiese mejor, pues ocupando la inflamación de la médula los dos lados de este órgano, la parálisis es doble. No obstante, es bastante frecuente observar un miembro afectado mas profundamente que el del lado opuesto, lo cual se conoce pronto haciendo andar al enfermo, si aun puede hacerlo, pues entonces el pié del lado afectado se levantará con mucha mas facilidad del suelo que el opuesto. Si el enfermo está en la cama, se conoce esta diferencia mandándole que levante sucesivamente cada una de las extremidades inferiores.

En casi todos los casos, llega un momento en que es absolutamente imposible el menor movimiento voluntario. Si entonces los enfermos tienen las piernas cruzadas, no pueden separarlas y se ven precisados á mover con sus manos los miembros paralizados, como si fuesen masas inertes.

Algunas veces se observan *sacudimientos convulsivos* durante los cuales es fácil percibir la contracción brusca de los músculos flexores cuya prominencia y dureza son tanto mas notables cuanto que el miembro se ha puesto flácido y demacrado. He visto casos de efectuarse estas contracciones repetidas veces en poco tiempo y en cada vez doblarse un poco mas el miembro. Esto me conduce á decir dos palabras de un *movimiento involuntario* que ha señalado Louis (1) en la *mielitis crónica* (*Memoires et recherches*, etc.), y que por desgracia no se ha tratado de ver si existia en la aguda. En efecto, al hablar de esta enfermedad en el estado crónico, veremos que en casos bien caracterizados, se ha notado una contracción involuntaria é insensible que vuelve á la flexión los miembros que se hallaban estendidos. ¿Debe incluirse este sintoma entre las convulsiones sucesivas de que acabamos de hablar? Así lo creemos, pero aun son necesarias nuevas investigaciones acerca de este punto.

Se ha observado á veces una *rigidez* mas ó menos pronunciada de las extremidades afectadas, y en estos casos, lo mismo que en los que acabamos de citar, los miembros se doblan, pero cuesta trabajo estenderlos, porque se oponen á ello las contracciones de los músculos flexores. En estos mismos casos están por lo comun las extremidades inferiores aproximadas la una á la otra y cuesta bastante separarlas. A veces esta rigidez llega á hacerse considerable. Esta rigidez no es un sintoma continuo y así despues de haberla presentado los miembros por mas ó menos tiempo, vuelven á caer en su inercia, y luego se reproduce y aun esto repetidas veces hasta que hácia el fin de la enfermedad, la *resolución viene á ser completa*.

Esta parálisis no alcanza en algunos casos á la *vejiga* ni al *recto*,

(1) Louis, *Memoires et recherches*; Paris, 1826.

pero tampoco son raros los casos en que la *retención* mas ó menos completa de orina y el *estreñimiento* por la acumulación de materias fecales en los intestinos gruesos, alternando con deposiciones abundantes, vienen á anunciar, aun en una época poco distante de la invasión, que se hallan afectados estos dos órganos. Todos los prácticos saben cuánto interesa tener siempre presente la posibilidad de la existencia de estos síntomas.

He observado con tanta frecuencia, dice Ollivier, la coincidencia de estos dos fenómenos, á saber: la lentitud mayor ó menor de la expulsión de la orina desde el principio, y la contracción convulsiva de las extremidades inferiores en los enfermos que habian acusado dolores reumáticos articulares mucho tiempo antes de haberse manifestado la afección de la médula espinal, que no dudo hoy en considerar á la *mielitis* como *reumática* cuando los sujetos presentan estos dos síntomas desde el origen de su enfermedad. Y luego añade. «¿Los sacudimientos convulsivos y algunas veces dolorosos de los músculos de los miembros no denotarán que en estos casos participan de la inflamación las cubiertas fibrosas de la médula espinal? Esta pregunta basta para probar que la opinion del autor acerca de la naturaleza de la enfermedad en los casos á que aludimos, no está sólidamente fundada en los hechos, pues por una parte no indica que á lo menos en cierto número de sujetos, no se ha comprobado el diagnóstico por la autopsia, y por otra es evidente que si para que se efectúen las contracciones es necesario que se estienda la inflamación á las cubiertas fibrosas de la médula espinal, no es posible decidirse de un modo afirmativo acerca de la naturaleza reumática de la enfermedad, puesto que semejante inflamación, de cualquiera naturaleza que sea, puede producir el mismo efecto.

Es bastante frecuente observar la pérdida de la *sensibilidad* al mismo tiempo que se debilita la motilidad. En los primeros tiempos lo conocen los enfermos principalmente al andar, pues apenas sienten el suelo cuando plantan el pié sobre él, y aunque pisen una piedra, les parece que van andando sobre una alfombra gruesa. Mas tarde van siendo cada vez menos sensibles los pellizcos y picaduras en la piel, hasta que por último queda completamente abolida la sensibilidad, lo cual no es lo comun.

Por el contrario en algunos casos, la sensibilidad está exaltada á lo menos durante cierta parte del curso de la enfermedad, y finalmente no es muy raro que permanezca la sensibilidad en el estado normal, aun hallándose completa ó casi completamente abolida la motilidad. Mas adelante veremos á qué se han atribuido estas diferencias.

Algunos enfermos acusan *dolores* á veces sordos y continuos en las extremidades afectadas, pero por lo comun intensos y pasajeros, y hay casos, aunque raros, en que es imposible imprimir un movimiento al miembro sin causar un dolor agudo. En mis investigaciones acerca de las *neuralgias*, he hallado que los sujetos que padecen pa-

raplegia están muy espuestos á las neuralgias de las estremidades inferiores; pero en los casos que he observado, no he podido determinar de un modo bastante exacto si realmente existía una inflamacion de la médula.

Es fácil aplicar á las *estremidades superiores* lo que acabo de decir de las inferiores, pues en ellas se observan del mismo la parálisis, la rigidez y la contractura, ya existan iguales fenómenos en los miembros inferiores, ó se hallen solo afectados los superiores. En un caso que he visto hace poco en el anejo del Hotel Dieu, lo que especialmente llamaba la atención era el dolor, pues el menor movimiento que se comunicase al brazo derecho causaba tormentos acerbos en el hombro, y luego sobrevino progresivamente la resolución del miembro con alternativas de contractura. En el lado izquierdo solo hubo esta contractura y estaba menos debilitada la potencia muscular.

En los primeros tiempos de la enfermedad, no se observan fenómenos muy notables en los *órganos digestivos*, á no ser que haya una calentura algo intensa. Así se nota cuando la enfermedad se va desarrollando progresivamente, que los sujetos conservan el apetito y solo se quejan de estreñimiento. Pero en un número bastante considerable de casos, hay *calentura* desde el principio. «El pulso, dice Ollivier, es frecuente, desarrollado, irregular y tumultuoso, en una palabra, hay un estado febril á veces con *paroxismos*, la respiracion se halla alterada y frecuente.»

Por último se ha indicado como síntomas de la mielitis aguda la *erección del pene* (lo cual es raro) y la *orina alcalina*.

Hacia el fin de la enfermedad parece que la inercia alcanza á todas las funciones, los enfermos se ponen flacos y pálidos, su piel toma un color térreo, y entonces es cuando sobrevienen las deposiciones involuntarias, que los debilitan considerablemente, hasta que por último sucumben por lo comun despues de una agonía bastante larga y conservando por lo regular su conocimiento, cuando no hay complicacion por parte del encéfalo.

Hecha esta descripción general, pasemos ahora á ver siguiendo el ejemplo de Ollivier, cuáles son los síntomas que se observan segun que la inflamacion ocupa tal ó cual punto de la médula espinal.

Mielitis del bulbo cefálico. «Cuando la inflamacion reside en la porcion superior ó craniana de este cordón nervioso, hay por lo comun *trastorno de los sentidos, delirio furioso, trismo y rechinamiento de dientes*; la *lengua* está rubicunda y seca, la *deglucion* es difícil y la *palabra* imposible; los *movimientos respiratorios* son acelerados y tumultuosos, hay por lo comun *vómitos*, etc., y en algunos casos se han observado síntomas de *hidrofobia*. A estos fenómenos sucede una *hemiplegia* mas ó menos repentina, á la que sigue una *parálisis* general, ó bien *solo una hemiplegia* segun que el reblandecimiento ocupa uno solo ó los dos haces anteriores de la médula. Hay veces que, en este último caso, la parálisis del movimiento y de la sensibilidad invade

simultáneamente las cuatro estremidades...» Tambien puede haber *contracturas de los miembros, fenómenos convulsivos, disnea é irregularidad en los movimientos del corazón.*

Mielitis en la porcion cervical. «Puede haber tambien estos síntomas, dice Ollivier, de quien tomamos estos pormenores porque ha sido el que ha analizado los principales hechos, cuando la mielitis reside en la parte cervical, y además se observa entonces con bastante frecuencia un *dolor fuerte en la nuca y en la parte posterior del cuello*, una *rigidez* marcada en los *músculos de esta region* como igualmente en las *estremidades superiores y la respiracion* es por lo comun muy penosa y diafragmática. La mielitis aguda que ocupa esta region puede ser precedida de una sensacion de *estorbo al deglutir* y de los demás *síntomas de una angina* mas ó menos intensa. Estos fenómenos persisten algunos dias con *aceleracion y dureza del pulso*, y en seguida sobrevienen *hormigueos en los dedos* de una ó de otra mano, á los que sucede mas tarde la *parálisis de las estremidades superiores sin la de las inferiores*, lo cual es raro (1), y por lo comun la de unas y otras. La *disnea* aumenta considerablemente y sucumbe el enfermo. Segun Desportes (2), deben atribuirse algunos *torticolis* á la inflamacion de esta parte de la médula y esta flegmasia ocasiona al mismo tiempo un *dolor singular é insoportable* en la region occipital, con opresion ó dificultad de la respiracion é imposibilidad de mantener la cabeza en una ú otra posicion, á pesar de que los *músculos del cuello* apenas sean sensibles al tacto. No conozco ninguna observacion en que la autopsia haya demostrado que la mielitis ocasiona semejantes fenómenos.»

Mielitis de la region dorsal. «En la mayor parte de los casos, continúa Ollivier, en que se desarrolla la inflamacion del tejido nervioso en la porcion dorsal, entre los dos engrosamientos de la médula, se han observado *sacudimientos convulsivos y continuos* del tronco y una *agitacion general*, á la que sucede una *resolucion* mas ó menos completa. La *respiracion* es corta, precipitada, y se efectúa en totalidad por la accion de los *músculos respiradores esternos*. Hay *calentura, palpitaciones y latidos irregulares del corazón*, á veces bastante fuertes para hacer creer que existe un aneurisma.»

Mielitis de la porcion lumbar. «Cuando la inflamacion reside, añade este autor, en la parte inferior de la porcion dorsal y en la porcion lumbar, ó bien en el engrosamiento crural de la médula, se observa mas particularmente la *parálisis de las estremidades inferiores y la emision involuntaria* ó la *retencion de las materias fecales y de la orina*, y un dolor profundo limitado á la region de los lomos. El enfermo acusa á veces *dolores cólicos fuertes, contracciones convulsivas de las paredes del abdomen*, y siente una *constriccion penosa* en esta region. Algunas

(1) Así sucedía en el caso que he observado y de que he hablado antes de ahora. Ollivier cita otro ejemplo de lo mismo.

(2) Desportes, *Revue médicale*, febrero de 1825.

veces pueden *propagarse de abajo á arriba*, hasta mas allá del asiento de la alteracion, los efectos de un reblandecimiento agudo de la porcion dorso-lumbar de la médula espinal, y así, en un caso que refiere Calmeil, hubo sacudimientos convulsivos de las extremidades torácicas y parte superior del tronco, que han dado por consecuencia la asfixia cada vez mas inminente, así como el trastorno de la circulación y la muerte rápida del enfermo.

En cuanto á las *funciones del intestino y de la vejiga*, he observado varias paraplegias tratadas desde el principio por las emisiones sanguíneas generales y locales y seguidas de curacion, en las que habia desaparecido en pocos dias la parálisis del recto, y sobre todo la de la vejiga, al paso que el entorpecimiento de las extremidades inferiores continuaba en el mismo grado, sin haber disminuido de intensidad hasta despues de un tiempo mas ó menos largo. Esta porcion de la médula espinal ejerce una influencia sobre el útero, y así hemos visto el *aflujo periódico de sangre acompañado de dolores lumbares*, que se disipaban despues de haber cesado las reglas. Por otra parte, puede efectuarse la *menstruacion* aun cuando haya una paraplegia completa. No he observado que la mielitis aguda de la region dorso-lumbar haya ocasionado algunos desórdenes funcionales en el útero y sus anejos. Finalmente, algunos individuos en cuya autopsia se halló un reblandecimiento pultáceo de esta parte de la médula, han presentado en vida *accesos de epilepsia*.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la mielitis aguda es en general continuo, aun cuando puede tener mejorias aparentes y de duracion variable. Así se observa, por ejemplo, que despues de haber estado paralizada una extremidad, recobra en parte su movimiento y que se calman los dolores despues de un tiempo mas ó menos largo; pero al fin se conoce que la afección no ha hecho mas que estar un instante estacionaria para hacer pronto nuevos progresos. Ya hemos indicado antes de ahora este curso particular de la enfermedad, en que la inflamacion vá sin cesar haciendo progresos de abajo á arriba, y ataca sucesivamente las diversas porciones de la médula.

La *duracion* puede ser muy corta: en los hechos que refieren los autores hay casos de haber ocurrido la muerte en quince ó veinte horas. «Por lo comun, dice Ollivier, sucumben los enfermos del tercero al cuarto dia, y puede prolongarse la enfermedad hasta el treinta.»

Ya hemos visto que Ollivier habla en uno de los pasajes anteriormente citados de ciertos casos de curacion; pero no los refiere, ó á lo menos solo indica un ejemplo único, y este con sus dudas (tomado del doctor Latour); así, pues, aun cuando no parece absolutamente imposible esta *terminacion*, no podemos decir nada de positivo acerca de

este punto. Lo que si hay de muy cierto es que la muerte es la terminacion casi constante.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La lesion mas comun que se halla en la mielitis aguda es un reblandecimiento en grado muy variable, segun los casos. En efecto, unas veces el tejido de la médula está aun bastante resistente, pero cede mas á la presion que las partes inmediatas, y esto de un modo sensible; y otras se halla la parte afectada reducida á un líquido verdadero de color blanco, amarillento y puriforme. El color del tejido alterado merece una mencion especial. En los casos en que la médula conserva en parte su consistencia, el tejido es rosado ó de color rojo mas ó menos oscuro, y ya acabamos de ver que otros casos en que el tejido nervioso se corre como si fuese un líquido, presenta el color amarillento. Cuando sucede esto, se admite generalmente que la médula está inflamada; pero hay casos en que solo se halla, como en el cerebro, un reblandecimiento blanco ó agrisado, segun que se considere la sustancia blanca ó gris, y no es muy raro hallar una porcion mas ó menos estensa de la médula reducida al estado de un líquido que ofrece completamente el aspecto de la crema, y en el cual es imposible reconocer las dos sustancias. ¿Es tambien este un resultado de la inflamacion? Volvemos á hallar aquí la cuestion que ya hemos discutido (1) al hablar del reblandecimiento blanco de la sustancia cerebral.

Quando no ha perdido todavía la médula su consistencia y presenta un color rojo pronunciado, resultado de una inyección sanguínea considerable, se la encuentra por lo comun aumentada de volumen, lo cual es fácil de conocer, porque llena el conducto raquidiano.

Segun Ollivier, el reblandecimiento empieza por la sustancia gris, á no ser que la mielitis sea consecutiva á una meningitis raquidiana. En efecto, esto es lo que generalmente sucede; pero esta regla no carece de escepcion, porque los autores del *Compendio* citan casos en que se ha hallado reblandecida la sustancia blanca, conservando la gris su consistencia, á pesar de estar intactas las membranas.

Nos contentamos con hacer mencion de que puede haber lesiones dependientes de complicaciones, tales como la caries de las vértebras y la meningitis raquidiana.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Las afecciones con que mas fácilmente pudiera confundirse la mielitis aguda, son la *congestion sanguínea de la médula* y la *hemorragia* de este órgano, cuyas descripciones hemos hecho ya antes de ahora.

(1) Véase REBLANDECIMIENTO BLANCO DEL CEREBRO.

Cuando la *congestion* aparece de repente y se disipa del mismo modo, basta esta sola circunstancia para hacer fácil el diagnóstico, porque no es así como se manifiesta el reblandecimiento inflamatorio de la médula; pero si es una de esas congestiones lentas de que hemos hablado, el diagnóstico es más difícil, y se le forma en tales casos atendiendo á los dolores persistentes de los miembros, á la contractura, á las convulsiones parciales y á la rigidez que pertenecen á la mielitis, y no deben contarse entre los caracteres de la *congestion simple*. En esta última es mucho menos frecuente, y en un grado infinitamente más débil la parálisis de la sensibilidad y la del movimiento disminuye con mucha más facilidad á beneficio del tratamiento antiflogístico; por último, en cierta época de la mielitis hay calentura más ó menos intensa, lo cual no sucede en la *congestion*.

La *hemorragia de la médula* se distingue de la mielitis aguda por el modo repentino como se manifiesta la parálisis; sin embargo, ya hemos dicho al hablar de esta afección que en algunos casos aparecen los síntomas con cierta lentitud, aun cuando son con mucho los más raros. El dolor, la contractura y la fiebre son igualmente menos frecuentes y menos intensos en la hemorragia de la médula, y apenas se observan más que cuando hay derrame de sangre en las membranas ó reblandecimiento inflamatorio anterior ó consecutivo. Pero ¿cómo formar el diagnóstico en los casos en que ha precedido á la hemorragia de la médula un reblandecimiento inflamatorio? Ya hemos visto que en el ejemplo que refiere Grisolle ha habido dolores fuertes y fijos en un punto de la columna vertebral con otros síntomas propios de la mielitis que han durado muchos días, y que en seguida sobrevino de repente la parálisis de las extremidades inferiores. Pues bien, este cambio brusco en la fisonomía de la enfermedad, es lo que dá á conocer que se ha desarrollado otra afección distinta de la mielitis.

En cuanto á la *meningitis raquidiana*, sus síntomas se diferencian demasiado de los de la mielitis para que el diagnóstico pueda ofrecer verdaderas dificultades. Los signos diferenciales que deben colocarse en primera línea son: la rigidez tetánica del tronco, los dolores fuertes y estensos del raquis y la calentura más intensa.

Queda, por último, la paraplegia sin lesión evidente, la *paraplegia nerviosa* de que nos ocuparemos más adelante; más sería prematuro hablar ahora de este diagnóstico diferencial antes de decir dos palabras de la afección que acabamos de indicar.

Este diagnóstico no ofrece todavía bastante exactitud para que podamos presentarle en cuadro sinóptico.

Pronóstico. Al hablar de la terminación de la enfermedad, hemos dicho que lo que se ha referido respecto al diagnóstico no está fundado en hechos bien observados. Lo que si sabemos positivamente es que la mielitis aguda es una de las afecciones más graves.

§ VII.—Tratamiento.

«Los medios, dice Ollivier (1), que pueden emplearse para combatir esta inflamación en sus principios, son casi los mismos que hemos indicado para la meningitis raquidiana, tales como las *sangrías generales*, las *sanguijuelas* aplicadas en *gran número* á la región dorsal, las *ventosas escarificadas* en el mismo punto, las *lavativas ligeramente laxantes*, si no hay fenómenos de irritación de las vías digestivas, la *dieta severa* y las *bebidas diluentes*. Algunos autores han elogiado los *fomentos fríos*.

«Pasado un mes ó cinco semanas, y cuando se han calmado los fenómenos de excitación, se pueden administrar los *chorros de agua caliente* á 33 ó 34 grados y *muy salada* á lo largo del raquis, por medio de un conducto móvil adaptado á una vasija colocada á seis ú ocho pies de altura, según la fuerza que se quiere dar al chorro. La abertura del tubo debe variar de media á una pulgada de diámetro. También pueden aplicarse en la misma época *dos cauterios* á los lados de las apófisis espinosas en el punto donde el enfermo siente el dolor. Ya hemos dicho que este último medio, manejado por Latour, le había dado excelentes y muy frecuentes resultados.

«Si por los antecedentes del enfermo pareciese que la afección era de naturaleza reumática, se aplicarán sucesivamente *un gran número de vejigatorios ambulantes* á lo largo de la columna vertebral.

«Cuando la paraplegia está acompañada de algunos síntomas sífilíticos, puede bastar un *tratamiento antivenéreo* para hacer desaparecer todos los accidentes.»

2.º Mielitis crónica.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

La mielitis crónica parece ser menos frecuente que la aguda en el estado idiopático; pero si atendemos á que esta afección se presenta con mucha frecuencia como consecuencias de muchas lesiones crónicas extrañas á la médula, y entre otras del *mal vertebral de Pott*, como lo ha demostrado perfectamente el profesor Louis (2), tendremos que convenir en que la mielitis considerada de un modo absoluto, se observa con más frecuencia en el estado crónico.

§ II.—Causas.

Se atribuyen á la mielitis crónica las mismas causas que á la mieli-

(1) *Loc. cit.*, p. 437.

(2) Louis, *Mém. ou rech. anat.-pathologiques: De l'état de la moelle épini. dans la carie vertébr.*, Paris, 1826, en 8.º