

lis aguda, lo cual dista mucho de ser la espresion de los hechos.

La mielitis crónica ha sucedido á veces á accidentes que podian atribuirse á la inflamacion aguda de la médula; pero en otros casos puede presentarse la afeccion desde luego con su forma crónica, aun siendo idiopática, de lo cual presenta un ejemplo la primera observacion que refiere Louis.

Es mucho mas frecuente que la mielitis crónica se desarrolle en un punto próximo á un tumor de las meninges, á una cáries vertebral ó un tumor aneurismático ó de naturaleza tuberculosa que ocupe el cuerpo de las vértebras.

Respecto á las demás causas, tales como el vicio venéreo, reumático, etc., solo tenemos datos sumamente vagos acerca de este punto.

§ III.—Síntomas.

Algunos atribuyen á la inflamacion casi todas las lesiones crónicas de la médula.

Invasion. En la primera de las observaciones de Louis, antes de declararse completamente la enfermedad, el sugeto acusó por un tiempo bastante largo, un dolor fijo en un punto muy circunscrito de la columna vertebral, y luego tuvo prurito é inquietud en las extremidades inferiores. Esta última sensacion era tan penosa que el enfermo se veia precisado á hacer algunos movimientos para evitarla, y así se disipaba la inquietud despues de andar algunos instantes. Tambien sentian los enfermos un calor incómodo en los miembros inferiores.

¿Existen constantemente estos síntomas en la invasion de la mielitis crónica? Relativamente al dolor, puede decirse que si existe en todos ó casi todos los casos, á lo menos en cierto número, es bastante ligero, pues llama muy poco la atencion de los enfermos. En cuanto á los otros fenómenos que acabamos de enumerar, los demás autores no han investigado bastante su existencia, escepto, sin embargo, el prurito y hormigueo de los miembros de que todos hacen mencion.

Los *síntomas de la enfermedad confirmada*, segun los describen la mayor parte de los autores, no se diferencian de un modo sensible de los que caracterizan la afeccion en el estado agudo, y solo su curso es diferente segun dichas descripciones.

El *dolor* de que acabamos de hacer mencion, puede persistir durante todo el curso de la enfermedad; pero en cierto número de casos, presenta alternativas de disminucion y exacerbacion por lo comun muy manifiestas, y en otros se disipa á cierta época. Muchas veces se observan *punzadas dolorosas*.

Tambien pueden durar por mucho tiempo los hormigueos, el entorpecimiento y cierto grado de debilidad, y luego sobreviene la *parálisis* que va apareciendo con lentitud y que apenas se diferencia de la que hemos demostrado en la primera parte de este artículo. Hé aquí las particularidades que se han observado: en los primeros tiempos se

disipa la debilidad de las extremidades andando, de tal modo que despues de algun tiempo de quietud, notan los enfermos que es mas difícil á sus miembros sostener el peso del cuerpo que despues de ejecutar movimientos prolongados. Ollivier explica este hecho por la congestion de la médula cuando los sugetos están en la posicion horizontal ó sentados; pero esta asercion carece completamente de demostracion. En algunos casos parece que la parálisis queda limitada por mucho tiempo á los piés ó á las piernas. Ollivier ha observado enfermos que andaban con mucho trabajo, y que puestos de rodillas, ejecutaban movimientos rápidos de progresion; sin embargo, queda la duda de si la longitud de la palanca, mas difícil de mover al enfermo estando en pié, será la causa única de esta diferencia. Los sugetos que padecen mielitis crónica tienen algo de notable en su modo de andar, segun el mismo autor, y consiste en una inclinacion manifiesta de la cabeza y del tronco hácia atrás; pero esta particularidad se observa en todos los casos de paraplegia, cualquiera que sea la causa, y se explica perfectamente por las leyes de la física.

Las extremidades paralizadas presentan lo mismo que en la mielitis aguda, aunque con menos frecuencia, *rigidez*, *contractura* y *convulsiones* clónicas á intervalos mas ó menos distantes y por un tiempo mas ó menos largo. Pero hay *contracciones involuntarias* que merecen una mencion especial, como son las que ha indicado con particularidad el profesor Louis. Este observador ha visto que por efecto de contracciones musculares pequeñas, independientes de la voluntad, y semejantes á unos sacudimientos, los miembros tienen una gran propension á doblarse y aproximarse el uno al otro. Por el contrario, la estension solo puede efectuarse con la ayuda de las manos del enfermo ó de un asistente, escepto ciertos movimientos de que luego hablaremos. Si se estienden los miembros paralizados, pronto los músculos flexores entran en contraccion por sacudidas pequeñas que se hacen sensibles por la prominencia y dureza de su masa por debajo de la piel que se ha puesto flácida y van volviendo así poco á poco las extremidades á la flexion, de modo que á veces llegan los piés á tocar las nalgas. Si se separan los miembros uno de otro (ya se supone que nos estamos ocupando de la paraplegia, puesto que casi siempre ocupa la parálisis las extremidades inferiores), se van aproximando poco á poco segun que se van doblando. He tenido ocasion de comprobar muchas veces la exactitud de estas observaciones, y solo en un caso que tengo actualmente á la vista, la flexion involuntaria es poco manifiesta, al paso que la aproximacion de los miembros se verifica inmediatamente despues de que se han separado, y en otro, he notado que las contracciones involuntarias que vuelven á la flexion los miembros previamente estendidos, eran muy manifiestas á la izquierda y casi insensibles á la derecha.

Dejamos dicho que por lo general no pueden ponerse las extremidades en estension á no ayudarse el enfermo con sus manos; pero en

ciertos sujetos sobreviene por momentos un espasmo de los músculos, una verdadera convulsión que vuelve rápidamente á la estension los miembros doblados, y si luego sobrevienen los síntomas como acabamos de esponer, vuelven á empezar los movimientos de flexión. No es posible asegurar que sucede siempre como acabamos de indicarlo; pero el silencio que guardan muchas observaciones acerca de este punto está lejos de probar que sean raros estos síntomas, porque no habiendo los autores fijado su atención en ellos, es más que probable que hayan existido muchas veces sin ser observados.

Rara vez está abolida la sensibilidad, y hasta en ocasiones se conserva completamente íntegra; pero no es raro hallarla obtusa en toda la estension de las extremidades afectadas. No se ha indicado positivamente la exaltación de la sensibilidad en la mielitis crónica, como se ha hecho en ciertos casos de su forma aguda. Se han citado algunos hechos en los que la disminución de la sensibilidad no correspondía perfectamente por su asiento á la parálisis.

La parálisis de la vejiga y del recto dista mucho de ser un fenómeno constante, y cuando existe, aparece con lentitud y es primeramente muy incompleta, de tal modo que el enfermo solo tiene al principio una ligera dificultad al orinar y mover el vientre, dificultad que en una época avanzada de la afección puede aumentar hasta el punto de exigir que el sujeto tenga siempre el orinal en la cama y pase muchos dias sin hacer una deposición. Las evacuaciones alvinas involuntarias solo aparecen como último síntoma; pero la parálisis completa de la vejiga, que exige el uso frecuente de la sonda, puede presentarse mucho mas pronto. Indicaremos, como lo hemos hecho en la mielitis aguda, la alcalinidad de la orina, pero este síntoma ha sido mucho menos estudiado en la forma que nos ocupa.

Por lo comun no hay calentura durante casi todo el curso de la enfermedad, y solo aparece en los últimos momentos; y aun entonces suele depender de una complicación. En un caso que he observado hace poco, hubo unas tres semanas antes de la muerte un escalofrío diario é intenso que duraba por mas de una hora, pero al que no seguian calor ni sudor.

Es tan fácil aplicar á la mielitis crónica lo que hemos dicho de la aguda, al considerarla respecto al sitio que ocupa, que sería inútil volver á repetirlo aqui.

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

El curso de la enfermedad puede presentar momentos de mejoría bastante manifiestos y de larga duracion; pero por lo comun la afección no cesa de hacer progresos. En muchos casos es sumamente notable el curso ascendente del mal, que hemos indicado al hablar de la mielitis aguda.

La duracion de la mielitis crónica es por lo comun larga, y por lo

regular no mueren los enfermos hasta despues de uno y medio, dos ó tres años, y á veces mucho mas tiempo; sin embargo, en algunos casos sucumben mas presto.

Las mismas dudas que nos hemos visto precisados á emitir relativamente á la terminacion de la mielitis aguda, aparecen al hablar de la crónica.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Lo mismo que en la mielitis aguda, la principal lesión anatómica es un reblandecimiento mas ó menos considerable del tejido de la médula. Este reblandecimiento está por lo comun muy adelantado, y entonces ya no se distingue la sustancia gris, y la médula aparece en forma de una papilla cremosa y las mas veces rosada, presentando en unos casos un tinte apizarrado, y en otros un aspecto purulento. Este reblandecimiento ocupa casi siempre todo el grueso de la médula espinal; sin embargo, se han citado casos de hallarse solo afectados los haces posteriores, y haber, por consiguiente, parálisis de la sensibilidad y no del movimiento; y otros mas numerosos en los que la lesión de los haces anteriores habia ocasionado tan solo la parálisis del movimiento.

Quando la mielitis es idiopática ocupa por lo comun el reblandecimiento una estension considerable de la médula; pero si se estudian con atención cada uno de los puntos alterados, puede hallarse una diferencia bastante marcada respecto á la antigüedad de la lesión en las diversas partes en que se presenta. En una autopsia que he hecho hace poco, he hallado el color apizarrado del reblandecimiento en la parte superior del engrosamiento inferior y en la estension de 5 ó 6 centímetros, que indicaba una inflamación ya antigua, y luego iba cediendo este color y cambiaba en un tinte rosado muy marcado, segun que se iba subiendo hácia el engrosamiento superior. La lesión ocupaba, por consiguiente, todo el espacio comprendido entre los dos engrosamientos, y hasta el superior estaba convertido en papilla. En este caso ha comprobado evidentemente la autopsia el curso ascendente de la enfermedad que los síntomas habian dado á conocer durante la vida.

La mayor parte de los autores han hablado de un aumento de volumen de la médula que coincidía con el reblandecimiento; y Louis ha hallado, al contrario, que el órgano habia disminuido de volumen en el punto afectado. Por mi parte no he visto aumentado ni disminuido el órgano en los casos que he tenido ocasion de observar.

Debemos tambien hacer mención de las destrucciones mas ó menos estensas de la médula, ya de la sustancia gris sola ó de todo el grueso del órgano; pero los casos de este género se asemejan de tal modo á los que hemos indicado al hablar del reblandecimiento cerebral, que nada importante tenemos que añadir á lo que entonces hemos dicho.

Tambien se han atribuido á la mielitis crónica las induraciones y

diversos productos morbosos que se han hallado en la médula; pero como nada hay menos probado que la naturaleza inflamatoria de estas afecciones bastará que digamos de ellas dos palabras en un artículo destinado á las alteraciones crónicas de este órgano.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico no se diferencia del que hemos espuesto en la mielitis aguda, y por consiguiente no creemos necesario estendernos acerca de este punto. Los signos diagnósticos se sacan principalmente del curso de la enfermedad, y solo tenemos que añadir que es preciso tener siempre presentes los fenómenos notables que ha indicado Louis, porque son exclusivos de la afección que nos ocupa.

§ VII.—Tratamiento.

«En la mielitis crónica, dice Ollivier (1), se usa con ventaja un tratamiento *antiflogístico* moderado, pero continuado por mas ó menos tiempo, cuando hay dolores agudos ó congestiones cerebrales bastante frecuentes. Por el contrario, cuando solo hay una parálisis sin dolor y sin ningun fenómeno de escitacion, deben emplearse los *revulsivos* bajo diversas formas y cada vez mas enérgicos. Se han visto muchas veces los mejores efectos del uso de *purgantes repetidos*, asi como de los *chorros* de que ya hemos hablado (*duchas saladas*) (2), y cuya temperatura se hace variar de 30 á 40 grados. Los *baños de mar* son con especialidad de una eficacia notable en las paraplegias antiguas, y por lo general el primer efecto que producen es el reblandecimiento de las funciones de la vejiga, y cuando ocasionan sacudimientos tetánicos á lo largo del raquis y calambres en los miembros paralizados, hay motivo para esperar una mejoría en el estado del enfermo.

«Entre los revulsivos locales cuya accion puede ser útil, haremos mencion de los *vejigatorios ambulantes* aplicados sucesivamente á todos los puntos del raquis, las *mozas*, los *sedales* y las *fuentes*, cuya supuracion se sostiene escitándolas mas ó menos por medio de algunas pomadas irritantes, segun los progresos de la enfermedad; estas fuentes deben ser anchas y profundas y se mete en la cavidad de cada una de ellas un *pedazo de raiz fresca de lirio* al que se dá la figura de una semi-esfera.

«Tambien se pueden obtener algunos efectos ventajosos de la administracion de la *estricnina por el método endérmico* para despertar la accion muscular. ¿Sería útil entonces la *electro-puntura*? Cuando hay punzadas dolorosas en las estremidades paralizadas, uso con ventaja el *hidroclorato de morfina á dosis de 15 á 25 miligramos* aplicado en la

(1) Ollivier (d'Angers), *Loc. cit.*, p. 438.

(2) Véase Gaudet, *Nouv. recherches sur l'usage et les effets des bains de mer*, Paris, 1844.

superficie de los cáusticos si se han puesto algunas en la columna vertebral. En el caso contrario, aplico la sal de morfina en la superficie de un vejigatorio colocado en el raquis al nivel de las dos últimas costillas. Finalmente, se sonda al enfermo si hay retencion de orina, y se deja aplicada una sonda cerrada ó un orinal, si hay emision continua é involuntaria de este liquido. En este último caso he visto que la *tintura de cantáridas* administrada diariamente al interior, corrige esta incomodidad tan desagradable para los enfermos. Se remedia el estreñimiento por medio de *laxativas purgantes* aplicadas de cuando en cuando.

Pueden ser útiles las *ventosas escarificadas* aplicadas cada ocho ó diez dias, cuando el enfermo conserva aun sus fuerzas: estoy asistiendo en la actualidad á un enfermo en el que existen de un modo notable las contracciones involuntarias de los miembros que antes de ahora hemos descrito, y que ha sufrido en un mes tres aplicaciones de ocho ventosas escarificadas, con un alivio evidente de cada vez. Si se cree conveniente la administracion de la *tintura de cantáridas*, debe darse á la dosis de 10 á 20 gotas en una pocion de 150 gramos. Debe abandonarse pronto la electro-puntura si ocasiona dolores demasiado intensos ó un quebrantamiento muy considerable de los miembros electrizados. Los cauterios son principalmente útiles en los casos en que la mielitis crónica es consecutiva á una cáries vertebral, y entonces es de rigor la *quietud absoluta*.

ARTICULO IV.

HIPERTROFIA É INDURACION DE LA MEDULA.

Hipertrofia de la médula. Sus sintomas no están bien determinados, y no se sabe á qué causas atribuirla en los casos en que se la puede considerar como idiopática. Bastará decir que en los sujetos que habian presentado ya una exaltacion de la sensibilidad táctil, ya convulsiones, movimientos coréicos, etc., se ha encontrado que la médula llenaba mas ó menos completamente la cavidad raquidiana. Algunas veces la hipertrofia es solo de la sustancia gris, de lo que Monod (1) ha referido un ejemplo.

Induracion. La hipertrofia está por lo comun acompañada de la induracion del órgano; pero ¿esta induracion es el resultado de una inflamacion? Los importantes trabajos de Luwing Turk (2) sobre la *esclerosis* del sistema nervioso y en particular de la médula espinal y los mas recientes de los autores franceses entre los que citaremos á

(1) Monod, *Bull. de la Soc. anat.*, núm. 18.

(2) L. Turk, *Über die degeneration einzelner Rückenmarksstränge (Sitzungsberichte der K. K. Akademie zu Wien, naturwissenschaftliche classe)*, Wien, 1856.

Bouchard de Lyon (1) han dado nueva luz á esta cuestion. Nos ha parecido mas oportuno tratarla en el artículo ATAXIA LOCOMOTRIZ, enfermedad en la que se sabe juega esta alteracion el principal papel.

Segun Calmeil, los *sintomas* de la induracion son: calambres, hormigueos, un entorpecimiento mas ó menos marcado, y al cabo de cierto tiempo la debilidad, la rigidez y una disminucion notable de la sensibilidad de los miembros. Este autor añade que la parálisis es rara vez completa, que hay atrofia de los miembros afectados, y que el curso de la enfermedad, semejante al de la mielitis crónica en cuanto á los progresos ascendentes del mal, se diferencia solo en que un miembro es primeramente atacado, y que solo al cabo de cierto tiempo es atacado el del lado opuesto. ¿No seria este un caso de *atrofia muscular progresiva*, tales como los ha descrito Aran (2)?

¿Cuál es el *tratamiento* de la hipertrofia y de la induracion de la médula? Es muy difícil responder de un modo preciso á esta cuestion, y todo lo que podemos decir es que los medios empleados en los casos citados, se volverán á encontrar en el tratamiento de la mielitis crónica, y que los médicos que miran á la induracion como un resultado de la inflamacion, insisten en la necesidad de los antiflogísticos; mas antes de seguir con confianza semejante consejo se necesitan dar datos mas positivos acerca del diagnóstico.

No hay necesidad de decir por qué las mismas razones me hacen pasar por alto las enfermedades cerebrales incurables, cuyo diagnóstico es muy incierto, ahorrándome de insistir sobre enfermedades raras muy poco conocidas, y sin tratamiento sancionado por la experiencia.

Motivos semejantes me inducen á pasar enteramente en silencio la *hidropesia de la médula* y el *neumatorquis*, que hasta ahora no presentan interés sino bajo el aspecto de la anatomía patológica.

Hidátides, quistes hidatídicos. Estas producciones morbosas determinan segun el escaso número de casos que conocemos, la parálisis de la sensibilidad y de la motilidad. Se comprende que si son poco voluminosos pueden afectar solo una ú otra de estas funciones y aun ejercer sobre un solo lado su funesta influencia.

No avanzaremos mas en el estudio de las afecciones de la médula espinal. Queda mucho por hacer para llegar á un estado satisfactorio de precision en este punto de patologia. Una de las principales condiciones del progreso científico, es que los observadores no se hagan ilusion sobre la estension y firmeza de sus conocimientos cualquiera que sea el resultado de sus nuevas investigaciones.

(1) Bouchard (de Lyon), *Comptes rendus des seances et memoires de la Société de biologie*, año 1864.

(2) Aran, *Recherches sur une maladie non encore decrite du systeme musculaire (atrophy musculaire progressive)*. (*Arch. gen. de med.*, setiembre, 1850, vol. II).

Véase tambien Cruveilhier, *Sur la paralysie musculaire progressive atrophique*. (*Bulletin de l'Acad. de med.*, Paris, 1853, t. XVIII, p. 490, 546, 591).

ARTICULO V.

TUBÉRCULOS, CÁNCER DE LA MÉDULA Y PRODUCTOS MORBOSOS DIVERSOS.

Tubérculos. El estudio de los tubérculos de la médula está mucho menos adelantado que el de los del cerebro, respecto á los cuales reina aun tanta incertidumbre.

Cuando estos productos morbosos ocupan el bulbo raquidiano, los fenómenos se parecen mucho á los que producen los tubérculos cerebrales, y cuando está afectada otra parte de la médula se observan, segun Gendrin, además de la parálisis que aparece como en los casos de inflamacion crónica que ya dejamos descrita, *accesos epileptiformes que empiezan por los miembros*. Este hecho está aun por comprobar.

Por otra parte, esta afeccion debe considerarse como incurable.

Cáncer. El cáncer puede ocupar la médula espinal bajo sus diversas formas (encefaloideo, coloideo, escirro), de lo cual han citado ejemplos interesantes los médicos que se han ocupado con especialidad de la anatomía patológica.

Todo cuanto tenemos que decir de esta enfermedad se reduce á que ocasiona *dolores* mas ó menos intensos, convulsiones, accesos epileptiformes y la parálisis, lo mismo que todas las demás afecciones orgánicas. Nos parece inútil añadir que es incurable.

CAPITULO IV.

ENFERMEDADES DE LOS NERVIOS.

La única enfermedad de los nervios que debe ocuparnos con especialidad es la *nevritis*. Las heridas, las picaduras y los tumores pertenecen á la cirugía, y respecto de algunas lesiones, tales como la *ulceracion* y el *edema* de los nervios, nada interesante pudiéramos decir, porque por una parte estas afecciones no son primitivas, y por otra apenas se hallan, en algunos casos muy raros que se han citado, datos suficientes para que podamos hacer mencion de ellos con alguna confianza. Pero además de esto, pronto veremos que aun la misma nevritis, considerada como enfermedad primitiva é idiopática, es sumamente rara, y que muy poco podremos estendernos en su historia.