2882

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# PARÁLISIS DIFTÉRICAS

TESIS INAUGURAL

DE

FRANCISCO S. VILA

EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL MILITAR

BUENOS AIRES

Imprenta de obras de J. A. BERRA, Bolivar 455

1895

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# PARÁLISIS DIFTÉRICAS

TESIS INAUGURAL

DE

FRANCISCO S. VILA

EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL MILITAR

BUENOS AIRES

Imprenta de obras de J. A. BERRA, Bolivar 455

1895

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las Tesis.

*Art. 162 del Reglamento.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Decano**

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

**Vice-Decano**

Doctor D. PEDRO MALLO

**Académicos Titulares**

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JOSÉ M. ASTIGUETA
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES

**Académicos Honorarios**

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENCO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

**Secretario Titular**

Doctor D. LUIS M. ACUÑA

**Pro-Secretario**

Doctor D. ZENON AGUILAR

# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | | Catedráticos Titulares |
|---|---|---|
| Anatomía descriptiva | Doctor | Juan José Naon. |
| Anatomía topográfica | » | Juvencio Z Arce. |
| Histología (teórica-pratica) | » | Andrés F. Llobet. |
| Fisiología general y humana | » | José M. Astigueta. |
| Higiene pública y privada | » | Melitón G. del Solar. |
| Patología general y ejercicios clínicos | » | Roberto Wernicke. |
| Materia Médica y Terapéutica | » | Justiniano Ledesma. |
| Patología externa | » | Guillermo Udaondo. |
| Patología interna | » | José Penna. |
| Anatomía patológica | » | Telémaco Susini. |
| Medicina operatoria | » | Adalberto Ramaugé. |
| Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica | » | Jacob de T Pinto. |
| Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica | » | Manuel Blancas. |
| Enfermedaddes de los ojos y Clínica Oftalmológica | » | Pedro Lagleyze. |
| Enfermedades nerviosas y su Clínica | » | José M. Ramos Mejía. |
| Enfermedades mentales y Clínica respectiva | » | Domingo Cabred. |
| Clínica Quirúrgica | » | Julian Aguilar.<br>Antonio C. Gandolfo. |
| Clínica Médica | » | Eufemio Uballes.<br>Gregorio N. Chaves. |
| Obstetricia y Clínica respectiva | » | Samuel A. Molina. |
| Medicina legal y Toxicología | » | Eduardo M. Perez. |
| Química aplicada á la Medicina | » | Pedro N. Arata.<br>Atanasio Quiroga. |
| Botánica médica | » | Adolfo Mu ica. |
| Física médica | » | Jaime R Costa. |
| Historia Natural Médica | » | Eliseo Canton. |
| Fisio-patología experimental | » | Juan B. Señorans. |
| Enfermedades venéreas y dermatología | » | Baldomero Sommer. |
| Laringología, otología, rinología | » | Eduardo Obejero. |
| Farmacia teórica | » | Juan A. Boeri. |
| Práctica farmacéutica, | » | J. Manuel Irizar. |
| Obstetricia para alumnas parteras | » | Juan R. Fernandez. |
| Odontología | » | Nicasio Etchepareborda: |

| Asignaturas | | Catedráticos Sustitutos |
|---|---|---|
| Anatomía descriptiva | Doctor | Juan D. Piñero. |
| Anatomía topográfica | » | Avelino Gutierrez |
| Histología teórico-práctica | » | Rodolfo de Gainza (en ejerc) |
| Fisiología general y humana | » | Pedro J. Coronado. |
| Higiene pública y privada | » | Enrique Revilla. |
| Patología general y ejercicios clínicos | » | Gregorio Araoz Alfaro |
| Materia Médica y Terapéutica | » | Enrique E. del Arca.<br>Angel M. Centeno. |
| Patología externa | » | Obdulio Hernandez (en ejerc.)<br>Pascual Palma. |
| Patología interna | » | Marcial V. Quiroga. |
| Anatomía patológica | » | Carlos Malbran. |
| Medicina operatoria | » | Diógenes Decoud. |
| Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica | » | Enrique Bazterrica. (en ejer)<br>Alfredo Lagarde. |
| Enfermédades de los niños y Clínica pediátrica | » | Antonio F. Piñero.<br>Facundo Larguía. |
| Enfermedades de los ojos y Clínica oftalmológica | » | Francisco Barraza.<br>Teófilo A. Moret. |
| Enfermedades nerviosas y su Clínica | » | José A. Esteves. |
| Clínica Quirúrgica | » | Juan B. Justo.<br>Alejandro Castro. |
| Clínica médica | » | Abel Ayerza.<br>Julio Mendez.<br>Francisco Sicardi (en ejerc.) |
| Física Médica | » | Juan J. Galiano (interino) |
| Obstetricia y Clínica respectiva | » | Luis F. Vila. |
| Medicina legal y Toxicología | » | Francisco de Veyga. |
| Laringología, otología, rinología | » | Wenceslao Tello |
| Enfermedades venéreas y dermatología | » | Maximiliano Aberastury |
| Obstetricia para alumnas parteras | » | Enrique Pietranera |

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO: Dr. MANUEL BLANCAS

A mis padres

*A mis hermanos*

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES PROFESORES:

Someto á vuestra ilustrada consideración este trabajo inaugural que versa sobre «Parálisis Diftéricas», las complicaciones más importantes y tal vez más caprichosas que el terrible flajelo de la difteria trae consigo con relativa frecuencia.

Algunos casos de estas parálisis, que he tenido ocasión de observar como practicante, llamaron mucho mi atención, tanto por su modo de aparición como por la marcha muy particular que afectan en su desarrollo. Esto me determinó á tratar este interesante punto que, desde el primer momento, siempre lo juzgué de gran importancia.

Los maravillosos resultados que en la curación de la difteria viene realizando la seroterapia,—precioso medio terapéutico destinado, tal vez en época no muy lejana, á modificar de una manera completa la faz de las enfermedades infecciosas me hizo pensar que

su acción benéfica pudiera también haberse extendido á estas complicaciones post-diftéricas.

A este respecto, me informé de una de nuestras más distinguidas autoridades en la materia, el Dr. Penna, quien me aseguró que el nuevo tratamiento de la difteria no modificaba en nada los accidentes consecutivos, ó al menos, que no había motivos que indujesen á pensarlo así.

Proponíame hacer un estudio más ó menos completo del desarrollo que las parálisis diftéricas han tenido entre nosotros y establecer cuadros comparativos al respecto. A este fin he recorrido los diversos hospitales, logrando tan solo muy deficientemente este resultado.

En la misma Casa de Aislamiento no me fué posible recojer datos precisos, manifestándonos su director que la aparición tardía que caracteriza á estas parálisis es la causa de que no se lleven anotaciones completas, pues una vez curada la difteria, los enfermos dejan el hospital, cortándose de esta manera el hilo de las observaciones.

Es, pues, en la clientela particular donde con más frecuencia se presentan estos casos. Es precisamente de allí, debido á distinguidos médicos, á la vez que de diversos autores y revistas extranjeras, que he recojido el material que me permite abordar este estudio, que espero lo juzguéis con benevolencia.

---

## I

Las observaciones que se han hecho sobre las parálisis diftéricas corresponden recién á estos últimos tiempos, lo que es debido, sin duda, á la tardía aparición de sus manifestaciones y su marcha muy particular. Los mismos Trousseau y Bretton-neau tardaron mucho en reconocerlas y Weber menciona todavía un caso de parálisis diftérica que fué considerada como meningitis tuberculosa, en la que todos los síntomas de esta afección, vómitos, estrabismo, constipación, depresión del pulso, etc , alejaron completamente la idea de atribuir el origen de esta enfermedad á la difteria que se había producido anteriormente.

Ya á principios del siglo XVII encontramos en algunos autores indicaciones que al parecer se refieren á las parálisis diftéricas. Así Marcus Aurelio Severino, al tratar de una epidemia que hubo en Nápoles el año 1618, dice lo siguiente: «Eso no obstante, se observó á menudo haber muerto de esta enfermedad niños que se encontraban ya con las úlceras sanas, los cuales habían sido declarados fuera

de peligro. El 5° día, y aún después del 30 y 40 ya arrancados á los furores de la enfermedad, murieron de repente, en contra de la opinión de todos. Tan poderosa y oculta es la fuerza del veneno.» (Página 440).

Aún cuando en el siglo pasado una serie de autores, principalmente Fothergill, Chomel, Ghisi, Samuel Bard, etc., llamaron la atención de los médicos sobre esta materia, y Ozanam, en una disertación sobre la angina gangrenosa, dice: «quedaba á menudo, después de la enfermedad, una obstrucción en la nariz, la voz gangosa, un debilitamiento de la vista y de los miembros inferiores....»; empero, les quedaba reservado principalmente á Orillard y Brettonneau el dar signos ciertos sobre esta misteriosa enfermedad. Brettonneau, á quien al principio no habían llamado la atención una serie de parálisis diftéricas, llegó á entrar por fin en el verdadero camino y trató de acercarse á la enfermedad por la vía anátomo patológica; según él, las parálisis diftéricas son una alteración puramente local, una incapacidad en el funcionamiento de las fibras musculares á consecuencia de una inflamación; opinión que se halla refutada por el largo intervalo entre el principio de la enfermedad y la parálisis, y la circunstancia de que puede haber, por ejemplo, parálisis del paladar también después de la difteria de la piel ú otros órganos.

Abundan muchos datos recogidos sobre este parti-

cular por observadores eminentes. Trouseau y Laségue publican en 1851 su obra sobre la paralización del velo del paladar, tema que también abordó Moriseau. Trousseau era de una opinión muy distinta de la de hoy día respecto de la naturaleza de las parálisis. «¿Cuál es la naturaleza de estas parálisis? Es posible atribuirlas á una lesión material apreciable de los centros nerviosos? Nó, por cierto». Así dice en sus conferencias clínicas, donde trata también con detención de esta enfermedad. Declara que las parálisis, como la sífilis, son la consecuencia de un envenenamiento de la sangre.

A Marigault le cabe el mérito de haber explicado fisiológicamente, con exactitud, la correlación que existe entre el velo del paladar, la voz articulada, la deglutación y el acto de soplar, etc.

La literatura va enriqueciéndose cada vez más á este respecto, principalmente en Francia, donde encontramos los trabajos de Perraté, Perin, Ranque, Bouillon-Lagrange, Faure, etc., Inglaterra y Alemania tampoco han quedado atrás en sus observaciones sobre este punto. Mencionaremos la obra del doctor Gull quien supuso como causa una continuación de la inflamación desde la faringe hasta las vértebras más próximas, y en seguida hasta la porción cervical de la columna vertebral. Kingsford y Bellyse mencionan casos muy interesantes de entre sus enfermos. Hugh George, apuntó en cien enfermos de difteria, tres ve-

ces alteraciones de la vista y dificultad en la deglución. Las perturbaciones de la acomodación—pues de éstas trátase en su mayor parte—no fueron reconocidas y la perturbación de la vista fué considerada y descripta bastantes veces. Donders fué el primero que calificó la llamada «debilidad de la vista», después de la difteria, de «parálisis de la acomodación». Después de él, otros, pero principalmente Jacobson, se ocuparon también de este asunto, afirmando la hipermetropía. Una serie de médicos ingleses, entre los que se puede citar á Dixon, Book, Yenner, etc., completaron y enriquecieron con nuevos datos el conocimiento de las parálisis diftéricas.

Eisenmann las consideró como consecuencia de una coagulación en las arterias. Remak acusó al simpático del cuello al declararse la parálisis, por motivo de que aquel preside la acomodación, admitiendo como causa una infiltración de los ganglios cervicales superiores.

Weber, autor de un trabajo excelente, en el que trata de 39 casos, manifiesta una opinión mucho más satisfactoria. Supone un cambio progresivo de los nervios desde la periferia hasta la médula, desde donde se inician en seguida las perturbaciones de la inervación. Weber hace una comparación genial entre la parálisis diftérica y el tétano traumático. «El tétano traumático y las perturbaciones de los nervios tienen esto de común: que hay siempre un cierto

lapso de tiempo entre el principio de la lesión periférica y la aparición de los fenómenos centrales; que como no todos sinó raros casos de heridas conducen al tétano, así también algunos casos de difteria siguen las perturbaciones de los nervios en cuestión; y, finalmente, que del mismo modo que las más pequeñas heridas pueden producir el tétano, así los casos más leves de difteria pueden también producir sus perturbaciones peculiares de los nervios».

Las diversas teorías y observaciones habían llegado hasta aquí sin dar todavía suficiente luz. Buhl y Oertel tienen el mérito de haber sido ellos los primeros en suministrar los datos más detallados, de carácter anátomo-patológicos, sobre las parálisis diftéricas. Buhl encontró los nervios espinales, en el punto de unión de sus raíces anteriores y posteriores, considerablemente aumentados de volumen, de un color oscuro por la extravasación sanguínea y parte como resblandecidos y amarillosos. Las extravasaciones sanguíneas las considera como una consecuencia de la contracción de los vasos, determinada por estas filtraciones, las cuales m´s tarde son reabsorbidas ó convertidas en tejido de nueva formación. Este tejido conjuntivo en tales condiciones, está naturalmente comprimiendo los filetes nerviosos y de ahí su incapacidad temporaria de funcionar; y declara que los hechos clí-

nicos confirman este modo de pensar. Oertel, su discípulo, constató las hemorragias descubiertas por Buhl, y vió que estas pequeñas hemorragias capilares eran apenas del tamaño de una lenteja, en su mayor parte aisladas en la sustancia blanca del cerebro.

En casos posteriores, en que estos fenómenos nerviosos alcanzaron á un grado muy elevado, las hemorrajias capilares se encontraron principalmente en la pía-madre y convexidad del cerebro; al principio muy finas y apenas perceptibles, van aumentando gradualmente hasta tomar, como observó Buhl, las proporciones de una lenteja.

Kebs, más tarde, se ocupa detenidamente del asunto y explica cómo se producen en el cerebro estas hemorrajias. Descubrió en todas partes donde hubo hemorrajias una numerosa agrupación de elementos afectando la forma de botoncitos perfectamente iguales á los que se encuentran en la superficie de las membranas diftéricas. Estos cuerpos pequeñísimos circulan en la sangre y modifican de tal manera la pared de los vasos, que se produce una verdadera diapedesis de corpúsculos sanguíneos. y, como una consecuencia de esta extravasación, resulta una compresión mecánica de los vasos que interrumpe casi por completo la circulación. A estas hemorrajias atribuye la causa de las parálisis, y considera las modificaciones inflamatorias, el amontonamiento de las células redondas en los tejidos, en los músculos

y alrededor de los nervios, como un hecho secundario, debido á la continua formación de los schisomisetos. Además, agrega que se encuentran focos de sangre de distinta época en las diversas partes del cerebro, en que los más viejos han sufrido una transformación regresiva, fenómenos que ha encontrado también en la médula espinal con todos los caracteres de las difusas, mielitis centralis. Las manifestaciones clínicas y sintomatológicas concuerdan igualmente á favor de un asiento central. Nunca se observa en los mismos nervios enfermos las perturbaciones de la sensibilidad ó los dolores que acompañan á las neuritis periféricas; las parálisis alternas, la ataxia diftérica, las afecciones del vago, la participación de los nervios del ojo, se pueden explicar mejor en un origen central.

Después otros investigadores sostienen la firme opinión de que las parálisis diftéricas obedecen á modificaciones de los nervios periféricos. Así, Vulpian y Charcot, declaran ya, en 1862, haber encontrado que las fibras de los nervios palatinos, después de parálisis diftérica del paladar, habían experimentado una dejeneración grasosa y presentaban un aspecto granuloso.

Las investigaciones han sido cada vez más nume rosas. Dejérine da cuenta de cinco casos; en todos ellos encontró una dejeneración parenquimatosa de las raíces anteriores. Sainclair, quien á más de la

difteria encontró un proceso inflamatorio en las vainas de los nervios, en las de los vasos y en los espacios linfáticos, alrededor de los nervios en general, llama á esta afección meningo-linfitis, estableciendo así otra teoría, y opina que los casos que cita Dejerine no han tenido nada que ver con las verdaderas parálisis diftéricas sinó con las «Parálisis ascendentes post-diftéricas».

Leyden y Pablo Meyer dieron gran impulso al estudio de las parálisis diftéricas. El primero encontró los nervios periféricos, sobre todo en sus extremidades, fuertemente afectados; las pequeñas ramificaciones de los nervios más finos eran espesas y como abultadas, sin que pudiera probarse claramente la hipertrofia de sus elementos anatómicos.

Los músculos del velo del paladar, por ejemplo, presentaban el aspecto de la miositis atrófica. En estos últimos tiempos se ocupa repetidas veces del asunto y considera las parálisis diftéricas como neuritis ascendentes, procediendo la inflamación en dirección centrípeta, y se empeña en sostener su teoría también clínicamente.

Como Leyden, Pablo Meyer encuentra también en los nervios modificaciones inflamatorias, tanto *parenquimatosas* como *intersticiales*, pero no puede declararse de acuerdo con la neuritis ascendente porque describe, en los órganos centrales, los núcleos nerviosos como más ó menos afectados. «Me parece

mucho más natural, escribe, atribuir la propagación sorprendente de las alteraciones de dejeneración en partes periféricas y centrales del sistema nervioso, simplemente á que la infección diftérica puede obrar en los varios puntos del sistema nervioso, tanto en la periferia como en el centro espinal, en nuestro caso. »

Son tantos los autores que se han ocupado con detención de este importante punto de la medicina, que sería largo enumerarlos todos, por lo que daré por terminada esta breve reseña histórica, en la que á la vez creo haber tratado suficientemente la parte anátomo patológica de las parálisis diftéricas y pasaremos al estudio de su etiolojía.

---

## II

Las parálisis son las más importantes de las complicaciones tardías de la difteria. Ellas pueden atacar los músculos de los miembros, del tronco ó asímismo de las vísceras; ellas aparecen dos ó tres semanas después del fin de la enfermedad ó más tarde todavía.

Al afrontar la responsabilidad de este trabajo siempre nos animó la esperanza de poder reunir todos los datos que fueran suficientes á fin de sentar con más ó menos exactitud la proporcionalidad con que estas manifestaciones post-diftéricas, se presentan en Buenos Aires; pero esto ha sido superior á todo esfuerzo, en vista de que en nuestros hospitales no se ha dado una atención preferente á este importante punto, ó más bien, será la dificultad en poder seguir estas parálisis en sus diversas manifestaciones, ya por su modo de aparición como por observarse con más frecuencia en la clientela particular.

Los informes de distinguidos médicos de nuestra capital, que nos han sido galantemente cedidos, nos

permiten constatar la frecuencia con que se presentan entre nosotros estas parálisis consecutivas de la difteria y que, á estar á algunas estadísticas europeas que hemos consultado, puede establecerse, más ó menos, la misma proporcionalidad. Bouillon Lagrange (anjina epidémica en el Dto. del Sena y Oise (Gacette des Hopitaux paj. 317) ha observado, en 73 casos, 23 fallecimientos, apenas se produjo la enfermedad, y en los otros cincuenta 4 parálisis; por consiguiente el 8 °/₀.

Roger (Recherches cliniques et statistiques sur la paralysie consécutive á la Diphtérie. L'union méd. tomo XII. 1881 paj. 607) refiere, que en el Hospital de niños, en 210 enfermos de difteria hubo 36 parálisis, por lo tanto el 16 °/₀, y descontando á los fallecidos por la epidemia en los primeros días, alrededor del 30 °/₀. Estamos también nosotros de acuerdo respecto de esta cifra elevada, pues si se reflexiona que, por un lado, una gran parte de los niños atacados de difteria mueren cuando todavía no se ha producido parálisis, y, por otro lado, que las parálisis de carácter más leve pasan generalmente desapercibidas y es á menudo hasta imposible conocer las parálisis de la sensibilidad, no creemos ir demasiado lejos si nos declaramos completamente conformes con las cifras susodichas.

En cuanto al tiempo que pasa entre la primera aparición de la difteria y cuando se presentan manifies-

tos los primeros síntomas de parálisis, es muy variable. Por nuestros informes y los casos que hemos podido observar, este tiempo varía entre 4 y 70 días, ó, sea, un término medio de 23 á 24 días después de la difteria. La edad de los enfermos acusaba un término medio de 4 á 5 años variando de 2 á 14 años. Por lo que respecta al sexo, que en los enfermos de difteria la cifra es más ó menos igual, en las parálisis se observa que en las niñas la proporción es casi el doble. Es este un hecho cuya causa no nos podemos explicar con exactitud, á no ser que la constitución de las niñas, menos resistente contra la enfermedad, desempeñe un rol importante

En cuanto á la estación, parece que en el invierno se presentan con más frecuencia, debido sin duda á que es esta la estación más predilecta de la difteria entre nosotros.

Finalmente, por lo que hace á la etiolojía en particular, hemos supuesto ya tácitamente que las parálisis están en íntima correlación con la difteria. Más tarde veremos que también su carácter es muy particular, específico, aún cuando algunos, por ejemplo, E. Bernard, Gubler y en estos últimos tiempos Dejérine, las consideran análogas á las parálisis que sobrevienen como consecuencia de otras enfermedades infecciosas (fiebre tifoidea, escarlatina, viruela, etc.) Su aparición tardía, su marcha muy particular, lo que revela la autopsia — citaremos

solo las múltiples y pequeñas hemorragias cerebrales—son tan peculiares como no las suele haber en ninguna otra enfermedad.

Volviendo á la patojenesis, Brettoneau hizo ya lo posible para dar una explicación de este difícil problema. El creyó que la propagación de la difteria hacia la nariz y la duración del proceso que de ello resulta (Etat cronique), podría ser la causa de las parálisis. Pero en muchos casos de difteria las fosas nasales quedan indemnes, habiendo, asimismo, parálisis, y háse observado del mismo modo difteria de la nariz sin parálisis.

Las parálisis no deben tampoco su orijen á la debilidad y anemia general, pues los niños atacados no son siempre mal alimentados.

Estando las parálisis en la difteria en relación con pequeñas y múltiples hemorrajias, se podría ciertamente señalar aquí un estado parecido, es decir, con la anemia perniciosa progresiva, en la que suele haber hemorrajias y parálisis producidas por ellas. Pero no solo las parálisis si las hay, son de una natura leza muy distinta, aquí, sino también las hemorrajias. De consiguiente, á pesar de ciertas analojías, hay grandes diferencias, y á nadie que conozca las relaciones de ambas enfermedades se le ocurirá identificar las hemorrajias en las parálisis diftéricas y las que se producen en la anemia progresiva, como en las parálisis que de ésta resultan.

Finalmente, hay la opinion de que la intensidad de la difteria ejerce un gran influjo sobre la aparición de las parálisis. Esto no podría admitirse de una manera absoluta, puesto que después de muy leves ataques de difteria se han orijinado parálisis extensas El Dr. Domínguez Delaney nos ha referido á este respecto un caso muy particular, en que le fué muy difícil constatar la difteria, pues que un solo puntillo blanco se veía en una amígdala, y que, sin embargo después hubo parálisis muy marcadas. Uno de los casos de nuestra observación, que citaremos más adelante, es también un hermoso ejemplo. En la anamnesis no se constataba farinjitis. La niña tuvo vómitos y transitoriamente diarrea; después sobrevino una tos seca, violenta, seguida luego de parálisis, primero del velo del paladar; después de las extremidades, etc. En este caso, no constatamos difteria al principio y apesar de ésto nos inclinamos á diagnosticar parálisis diftérica. Los síntomas, la marcha, el proceso y el haber sanado pronto y del todo el enfermo, justificaron la deducción que hicimos de que la difteria no se había precisamente notado por haber desaparecido rápida y suavemente. Con todo, creemos que la frecuencia en la aparición de las parálisis está en razón directa con la gravedad de la afección primaria.

---

## III

Las observacionos que se han hecho entre nosotros concuerdan con los autores y estadísticas europeos en asignar mayor frecuencia á las parálisis del velo del paladar. Por nuestra parte nos inclinamos á creer que ellas son jeneralmente la manifestación primaria de estas complicaciones de la difteria; sin embargo, de ser cierto, como lo han demostrado algunos autores, que no es absolutamente necesario que haya una parálisis del velo del paladar, mientras puede haber, por ejemplo, muy graves lesiones de los músculos del ojo ó de las extremidades. No solamente las farinjitis diftéricas los producen; su aparición puede también ser orijinada por la difteria de la piel, de la vajina ú otros órganos. En el caso que cita Philipeaux, por ejemplo, después de la difteria de una herida producida por un vesicatorio hubo parálisis del paladar, de la lengua, de las extremidades inferiores, de los músculos del dorso, de la vejiga, de las extremidades superiores y muerte.

La parálisis del velo del paladar se observa jeneral-

mente de ambos lados, pero ha habido también casos de paresias de un solo lado. Hemos observado un caso en que estaba visiblemente descendido hacia la derecha. En jeneral está en una inmovilidad completa y su sensibilidad ha desaparecido; cuando la parálisis se extiende á la lengua y á los labios resultan todos los síntomas de la parálisis, labio grosolarinjea. Cuando se junta á la parálisis de la farinje se produce una disfájea tal, que apesar de las más grandes precauciones tomadas por el enfermo y por más esfuerzos que haga, el bolo alimenticio camina mal, los alimentos se desvían hacia la larinje y provocan accesos de sofocación y á veces la muerte.

En orden de frecuencia siguen las perturbaciones paralíticas de los ojos.

Entre nosotros, ocurren siempre estos casos, sin que al respecto se haya llevado hasta ahora estadística, debida á las causas que hemos señalado antes, refiriéndonos á las parálisis post-diftéricas en general. Estas perturbaciones tienen lugar de dos á trece semanas después de la difteria; término medio 6 semanas próximamente.

Por lo que respecta á la edad, varía entre 5 y 16 años, lo que acusa un término medio de 9 1|2 años, si hemos de atenernos á las estadísticas extranjeras, ya que entre nosotros, como lo hemos manifestado, no ha habido la precaución de llevar anotaciones. Schweizer ha encontrado, sin embargo, un caso de un

niño de 2 años atacado de esta afección y 9 casos entre 16 y 28 años.

Nos ha parecido interesantes un cuadro de este observador, en que indica la proporción que guardan entre sí las varias parálisis y todas las que tienen su asiento en el globo del ojo, en general, por lo que creemos oportuno consignarlo aquí:

| Años | Parálisis de la acomod. en general | Parálisis diftérica de la acomod. | Parálisis de los músculos en general | Parálisis diftérica muscular |
|---|---|---|---|---|
| 1878 | 11 | 4 | 49 | 1 abductor izquierdo |
| 1879 | 9 | 1 | 45 | 1 |
| 1880 | 4 | 1 | 33 | — |
| 1881 | 11 | 3 | 66 | 1 |
| 1882 | 5 | 1 | 40 | — abductor izquierdo |
| 1883 | 7 | 1 | 46 | — |
| 1884 | 12 | 1 | 35 | — |
| 1885 | 6 | 1 | 34 | — |
| Suma | 65 | 13 | 348 | 3 abductor izquierdo |

Como vemos, mientras que á 348 parálisis de los músculos de los ojos originadas por otras enfermedades (traumatismo, sífilis, etc.), solo 3 provienen de difteria, encontramos 13 paresias de acomodación de origen diftérico sobre 65 de carácter general, de consiguiente el 20 o|o. Los rectos del ojo son muy rara vez atacados y esto solo débilmente, mientras que los abductores, por el contrario, se paralizan muy á menudo.

Las parálisis diftéricas, musculares, se distinguen de las que tienen lugar después de otras enfermedades, como el cólera, tifus, viruela en que en estas

últimas hay parálisis solo después de casos muy graves, mientras que se notan parálisis diftéricas después de apariciones locales muy débiles y poco propagadas; además, en las parálisis diftéricas hay generalmente un intervalo bastante largo entre el principio de la enfermedad y estas manifestaciones consecutivas, lo contrario de las otras que siguen inmediatamente á la enfermedad originaria.

La agudeza de la vista se encuentra á veces debilitada. No parece que participa en ello el nervio óptico.

Donders ha observado un aumento de la hipermetropía durante la parálisis. Jacobson da una explicación muy plausible de este cambio, de cuya opinión participan otros autores. El admite que como se trata de cristalinos jóvenes cambian fácilmente durante la parálisis, aplanándose su superficie, volviendo después de desaparecida la afección á su estado normal.

Todas estas perturbaciones oculares son generalmente pasajeras, son bastante movibles, siendo entre ellas las más frecuentes, el estrabismo, la caída del párpado (ptosis), midriasis, miopía, ambliopía y á veces la ceguera completa.

Merecen en tercer lugar mencionarse las parálisis de las extremidades. Estas son en su mayor parte obstinadas. Ofrecen en general, una gran similitud con las perturbaciones de coordinación. No solo

algunos ó grupos de músculos son atacados, sinó que muchas veces presentan el carácter de parálisis tan marcadas, que los pacientes no pueden mantenerse en pié, aunque estando en cama pueden moverse en todas direcciones; en una palabra, presentan todo el aspecto de la ataxia. Estas parálisis no se establecen repentinamente; por lo general los pacientes sienten al principio debilidad y cansancio en las piernas y en seguida las apariciones se van paulatinamente desenvolviendo hasta llegar á la completa parálisis de las extremidades inferiores, primero, y después de las superiores. Lo más característico que se nota es la marcha vacilante, el andar sobre los talones, en fin, el abandono y dificultad en los movimientos de los brazos y de las piernas. Si los niños están en estado de mantenerse en pié lo hacen abriendo las piernas, tambalean y si intentan caminar caen fácilmente. Ellos permanecen siempre en un estado de indiferencia, cuidándose poco de lo que pasa á su alrededor. Casi siempre están atacadas ambas extremidades, pero sin que deje de observarse también de un solo lado. Más adelante citaremos un caso á este respecto en que hemos tenido la ocasión de observar la parálisis de ambas piernas y de un solo brazo. Se nota también alteraciones de la sensibilidad sintiéndose dolores en los dedos de los pies y de las manos.

Terminaremos este capítulo citando á la lijera otras parálisis que también suelen sobrevenir, aun-

que más raramente y que tienen por asiento otros órganos. Así, se han observado parálisis del esófago, en que la deglución se ha dificultado de tal modo que se ha hecho necesario recurrir á la sonda para alimentar al enfermo; pueden atacar también las ramas del neumogástrico que inervan los bronquios y el corazón, determinando, en el primer caso, la asfixia por las mucosidades brónquicas que se acumulan, y, sobreviniendo, en el segundo, la muerte por parálisis cardíaca; la parálisis del diafragma qne, si si ella es bi-lateral, puede tener por consecuencia la muerte por asfixia; señalaremos, por último, las parálisis de la vejiga, del recto y de los esfínteres, y aún por parte de los órganos genitales se ha notado impotencia.

---

## IV

El diagnóstico de las parálisis diftéricas no ofrece generalmente dificultades cuando se ha constatado la existencia anterior de la difteria y sobre todo dónde hizo ésta su primera aparición. Se hace más fácil todavía cuando se ha seguido la evoluciónn de la anjina, pero «ocurren casos en que el enfermo se presenta con perturbaciones paralíticas y anestésicas, debilitamiento muscular generalizado, paraplejia incompleta, incontinencia de orina, parálisis facial, ambliopía, amaurosis, perturbaciones dispnéicas, y en el primer momento, se piensa, según el caso, en una afección de la médula, del cerebro ó de los nervios.» Si se reflexiona que las varias perturbaciones postdiftéricas no se presentan de golpe en plena intensidad, sinó que aumenta paulatinamente, aún las que asientan en la farinje en la mayor parte de los casos, que por lo que respecta á las extremidades es generalmente bilateral, que, además, tienen un carácter muy notorio de movilidad, cambiando rápidamente de sitio y hasta desapareciendo para volver á aparecer, y que, finalmente, la inteligencia del paciente es casi

siempre inalterable; teniendo bien en cuenta todos estos hechos, en la gran mayoría de los casos, pueden excluirse todas aquellas parálisis que reconociesen otra causa etiolójica.

Hemos hecho notar anteriormente al tratar de las parálisis de las extremidades la gran semejanza que éstas ofrecen con las que se orijinan en la enfermedad de Duchene, pero si se tiene presente que la ataxia es propia de la edad adulta, dificilmente podría incurrirse en error.

---

## V

En cuanto al pronóstico, está en relación con el asiento y extensión de las parálisis. Benigno cuando la parálisis está limitada; es grave y aún terrible cuando ataca los músculos de la respiración y el corazón, sin saberse jamás fijamente cual será la marcha de la parálisis. Leyden describe casos de muerte por parálisis del corazón con alteraciones del pulso y cuyas modificacienes musculares tienen gran semejanza con las que se producen por la fiebre tifoidea.

Por nuestra parte, solo uno de los casos observados revistió alguna gravedad, en que notamos una bronquitis bastante extensa con tendencia á bronco-neumonia.

Es indudable que el tratamiento contribuye al buen pronóstico.

---

## VI

En lo que concierne al tratamiento, requiere preferente atención una buena alimentación. Deben preferirse siempre los alimentos de fácil digestión, tales como la leche, huevos, buen caldo, jugo de carne, etc.

Los reconstituyentes en general, ferruginosos, preparaciones quínicas, etc., se imponen igualmente, pues, casi siempre los enfermos presentan un estado bastante marcado de anemia.

Las condiciones higiénicas desempeñan también un rol importante, debiendo observárselas con escrupulosidad.

Si la deglución se hace tan mal que, aun comiendo despacio y con cuidado, entran alimentos en la larinje, sobre todo si hay perturbación de sensibilidad, no hay tos regular apesar de haber entrado algo en la glótis, como también si no es ya posible tragar, es preciso recurrir á la sonda farinjea para facilitar la alimentación.

Un poderoso auxiliar es la electricidad, tanto la corriente farádica como la galvánica. Aún cuando á

veces resulta ineficaz, creemos, sin embargo, que en general presta muy buenos servicios.

La hidroterapia entra también en estos casos como elemento muy importante y muchos recomiendan, á menudo, los baños fríos.

Podría indicarse, del mismo modo, las inyecciones de estricnina recomendadas por Jacobi, pero su empleo requiere ciertas precauciones. Dieulafoy, aconseja el sulfato de estricnina á la dosis de 2 á 6 milig. por día.

Si las parálisis se limitasen al velo del paladar, solamente, bastaría el reposo y un réjimen higiénico adecuado.

## OBSERVACIONES

### PRIMERA

R. G. de tres años de edad, fué nuestra primera observación en 20 Mayo del 92, en que la epidemia de difteria revistió caracteres tan alarmantes. Cuando el paciente tenía dos años experimentó ataques epilépticos; tuvo después la coqueluche dos meses antes de que lo viéramos, enfermándose entonces una noche de vómitos y diarrea. Hasta un mes antes podía estar en pié todavía. Dicen que nunca sufrió de farinjitis, sin embargo encontramos el paladar blando y la faringe ligeramente hinchada y de color rojo. El velo del paladar muy flácido, se movía poco al tocarlo; el habla muy gangosa é incomprensible. Varias veces tuvo disfajia. Se notaba en él una gran agudeza del oído. Las pupilas bastante dilatadas, sin diferenciarse una de otra. No se constataban alteraciones sorprendentes de sensibilidad y motilidad en el tronco y extremidades,

cuando el paciente permanecía acostado; pero, al pararse ó andar, el cuerpo oscilaba en todas direcciones; se notaba gran inseguridad y las piernas se abrían mucho. Los órganos internos no presentaban nada de anormal.

El 1° de Junio ofrecía los siguientes caracteres clínicos: voz casi nula; los faciales izquierdo y derecho algo paralizados; la marcha es insegura, tambaleante; no hay hemiplejia; la cabeza inclinada casí siempre hacia adelante. La úvula descendida hasta muy abajo y no se contrae.

Al tragar los líquidos, salen por la nariz.

Las pupilas continúan igualmente dilatadas.

La contractilidad electro muscular disminuída. Ninguna contracción de los músculos del cuello y del externo-cleido-mastóideo.

El paciente no puede apagar una luz soplando. Temperatura á la mañana 37.3; á la noche 38.4; pulso 114. Tratamiento, reconstituyentes y aplicaciones eléctricas constantes.

*6 de Junio.*—El habla mucho más claro.

Su estado general muy regular. Por lo demás el mismo estado. Temperatura, 37.9; pulso 111.

*8 de Junio.*—El paciente conserva su cabeza derecha. No hay más tialismo, ni disfajia. El habla y el andar han mejorado. No se constata más paresia de la cara. Temperatura, 38.1; pulso 112.

*11 de Junio.*—El enfermo vuelve á tragar bastante bien. Temperatura, 37.8; pulso 112.

*15 de Junio.*—Su estado general muy bueno, pero se siente aún muy débil é inseguro en el andar. Está más animado que antes. Temperatura, 37.7; pulso sin variación.

*18 de Junio.*—Se suspenden las aplicaciones eléctricas.

*25 de Junio.*—El paciente se encuentra sano. Anda solo y con seguridad. Temperatura, 37.2; pulso 110.

*26 de Junio.*—Es dado de alta.

---

## SEGUNDA

Amalia **A.**, de seis años de edad, observada el 19 de Abril del año pasado.

La afección había empezado dos días antes con dolores de garganta y de cabeza; en el vecindario no se había producido ningún caso de difteria. La paciente sufría antes de abcesos glandulares. La difteria hizo su curso normal, siendo la enferma dada de alta el 1° de Mayo; dos días después se sintió mal, faltándole el apetito y sufriendo alternativamente de tos, palpitaciones, vómitos, diarrea y albuminuria, hasta que el día 13 se constató una parálisis.

Fenómenos clínicos: niña pálida y muy débil; voz gangosa; al tragar los líquidos salen por la nariz con suma violencia. El velo inclinado á la izquierda y la lengua á la derecha; las pupilas igualmente dilatadas; no hay paresia de los músculos de los ojos. El lado derecho de la cara y el brazo derecho paralizados. La extensión de los dedos es posible, siendo más lenta hacia la derecha; su marcha es insegura; al caminar se cruzan las piernas y hay que sostenerla para evitar que se caiga. La sensibilidad é inteligencia sin alteración. Temp. 38.2, puls. 113.

Como tratamiento: buena alimentación, reconstituyentes y aplicaciones eléctricas 3 veces por semana.

*20 de Mayo* Analizada la orina, se encontró siempre albuminuria. La paciente no se podía tener sola; todavía voz gangosa. Hay más movilidad en la cara; catarro bronquial. Temp. 37.6, pulso 108.

*15 de Junio.* Su estado general muy mejor.

La parálisis del velo había cedido. Temp. 37. 2., pulso 104.

*12 de Julio.* La paciente pudo sentarse muy derecha en la cama. Fiebre ninguna; leves dolores de estómago.

*13 de Julio.* Su andar todavía inseguro. Se continúan las aplicaciones eléctricas.

*17 de Julio.* La enferma, totalmente restablecida, es dada de alta.

Nos limitamos solo á la la descripción de estas dos

observaciones, que, por su importancia y la extensión que alcanzaron sus manifestaciones clínicas, quitan todo interés á otros casos circunscriptos apenas al velo del paladar.

Noviembre de 1895.

F. S. Vila.

# PROPOSICIONES ACCESORIAS

La antisepsia es indispensable como tratamiento en la fiebre puerperal.

Las bronquitis en los niños son casi siempre de naturaleza tuberculosa.

Si un fragmento de pulmón en el recién nacido, continúa flotando en la superficie del agua después de haber sido completamente comprimido, el niño ha respirado.

Buenos Aires, Noviembre 6 de 1895.

Sírvase dictaminar respecto de la admisibilidad de este trabajo, una Comisión compuesta del señor Académico Doctor Luis Güemes y de los señores Profesores Suplentes Dr. Facundo Larguía y Doctor Antonio F. Piñero.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
*Luis M. Acuña.*
Secretario

---

Noviembre 10 de 1895.

Señor Decano:

Esta tesis reune las condiciones de admisibilidad.

*Luis Güemes.*

*Facundo Larguía.* *Antonio F. Piñero.*

---

Buenos Aires, Noviembre 13 de 1895.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
*Luis M. Acuña.*
Secretario

---