



Año 1917

Núm. 3354

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

POLINEURITIS EN LA INFANCIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AGUSTÍN MORCHIO

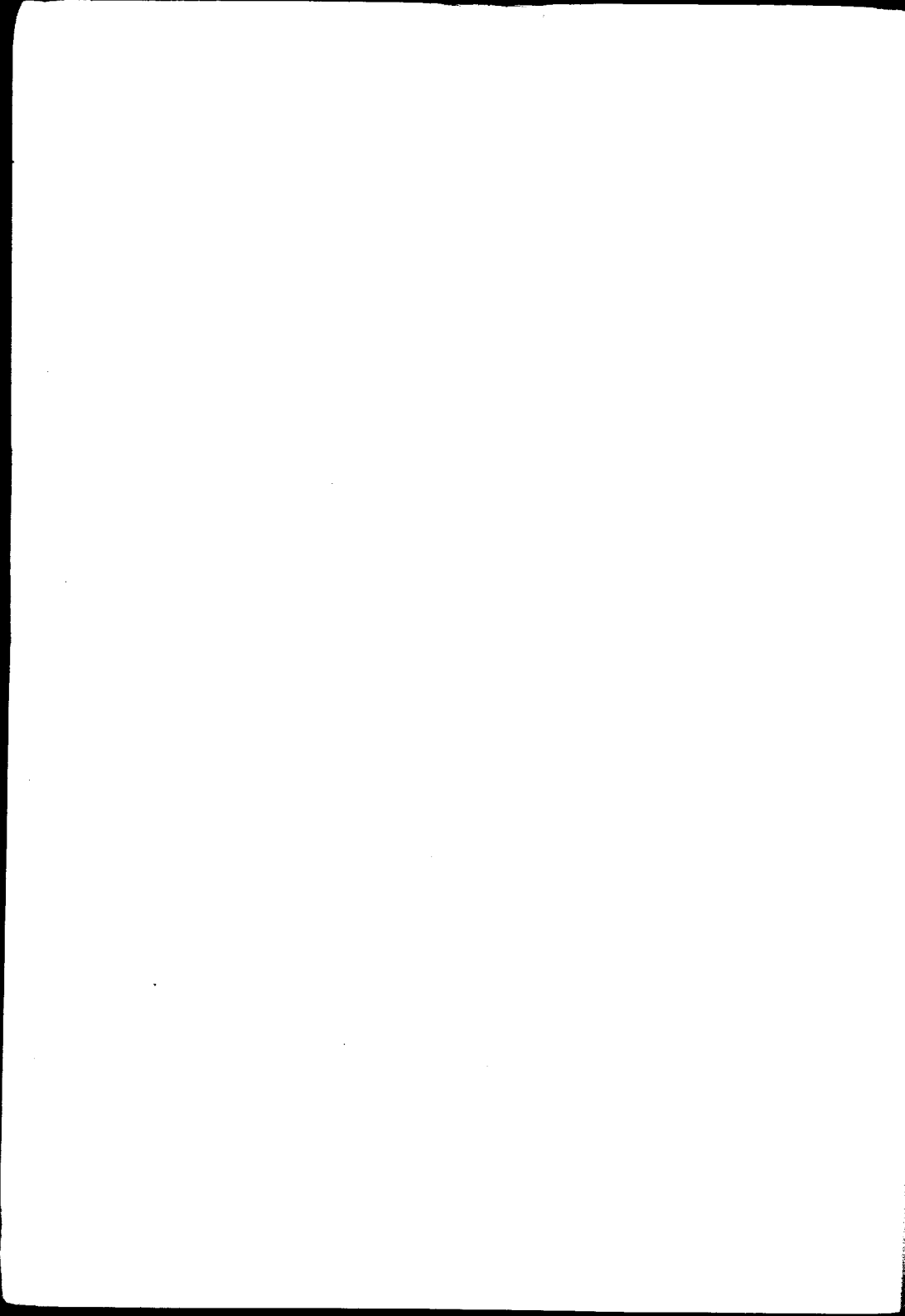


"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

Misc. B. 18.14

POLINEURITIS EN LA INFANCIA



Año 1917

Núm. 3354

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

POLINEURITIS EN LA INFANCIA

— — — — —
T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

P O R

AGUSTÍN MORCHIO



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GUEMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PIÑERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO
24. " " PEDRO BENEDIT

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONTI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO
6. " " CARLOS CHAGAS
7. " " MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

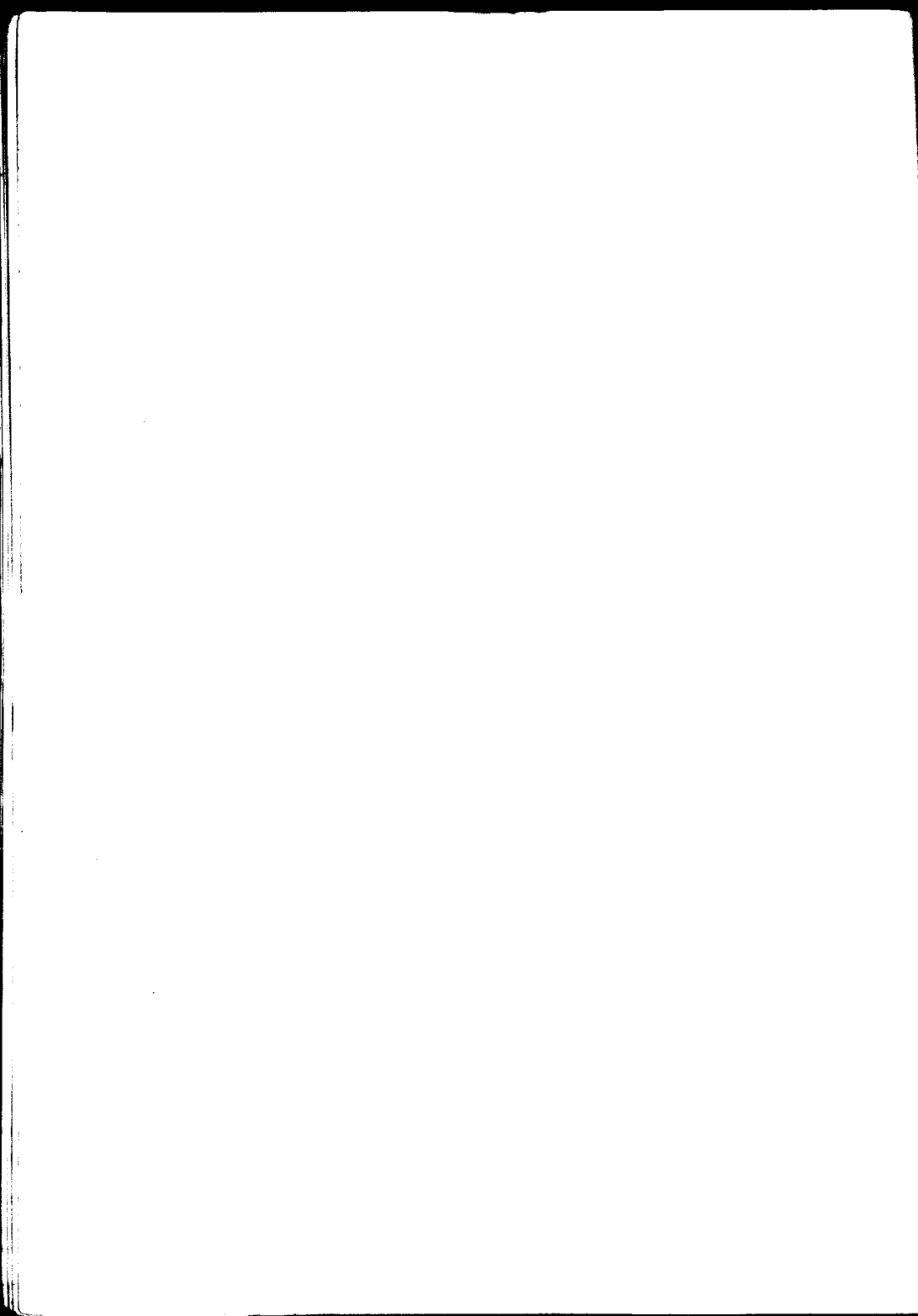
DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
.. .. ELISEO CANTON
.. .. ANGEL M. CENTENO
.. .. DOMINGO CABRED
.. .. MARCIAL V. QUIROGA
.. .. JOSÉ ARCE
.. .. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
.. .. DANIEL J. CRANWELL
.. .. CARLOS MALBRAN
.. .. JOSÉ P. MOLINARI
.. .. MIGUEL PUIGGARI
.. .. ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
.. .. FANOR VELARDE
.. .. IGNACIO ALLENDE
.. .. MARCELO VISAS
.. .. PASCUAL PALMA

Secretarios

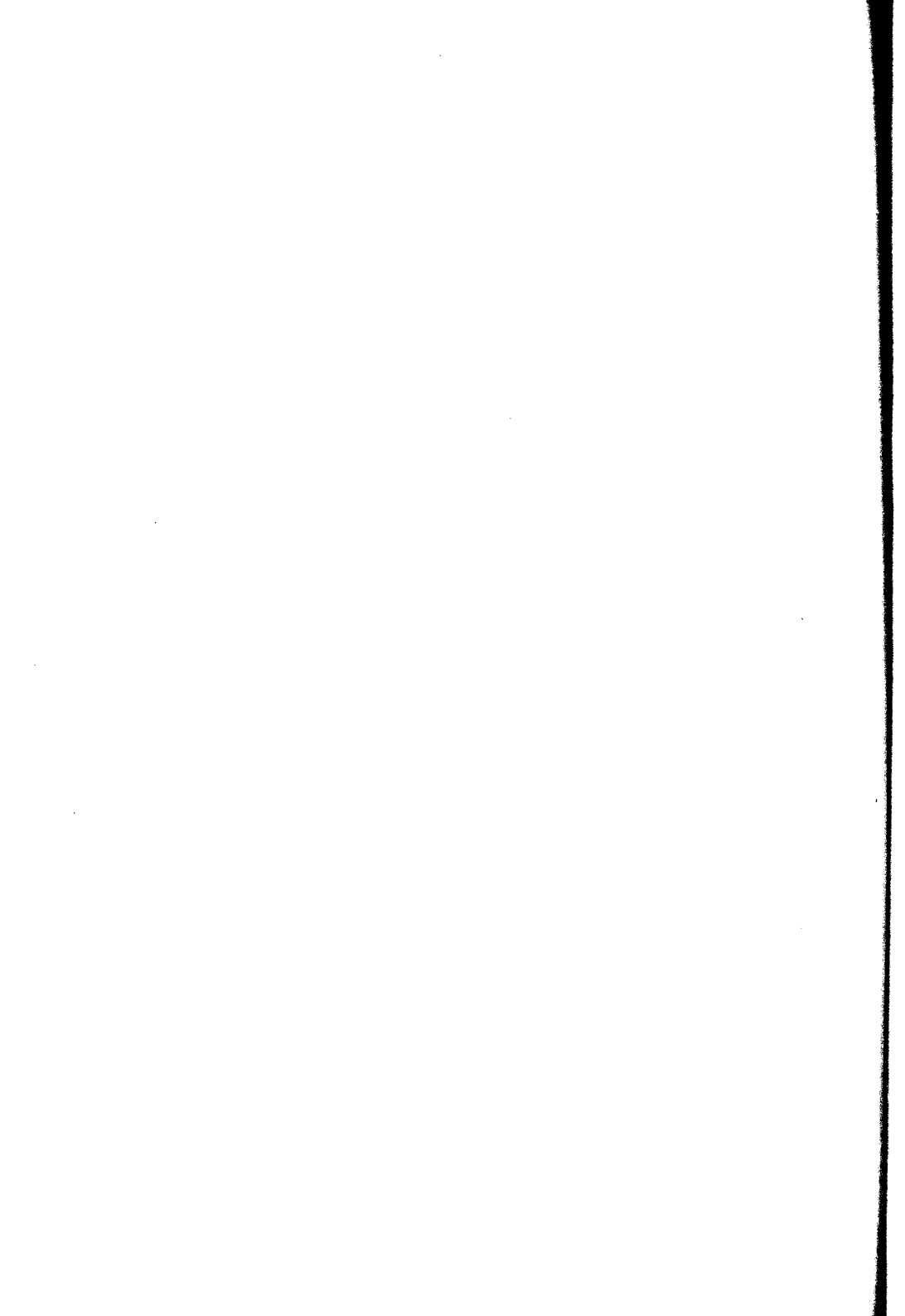
DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

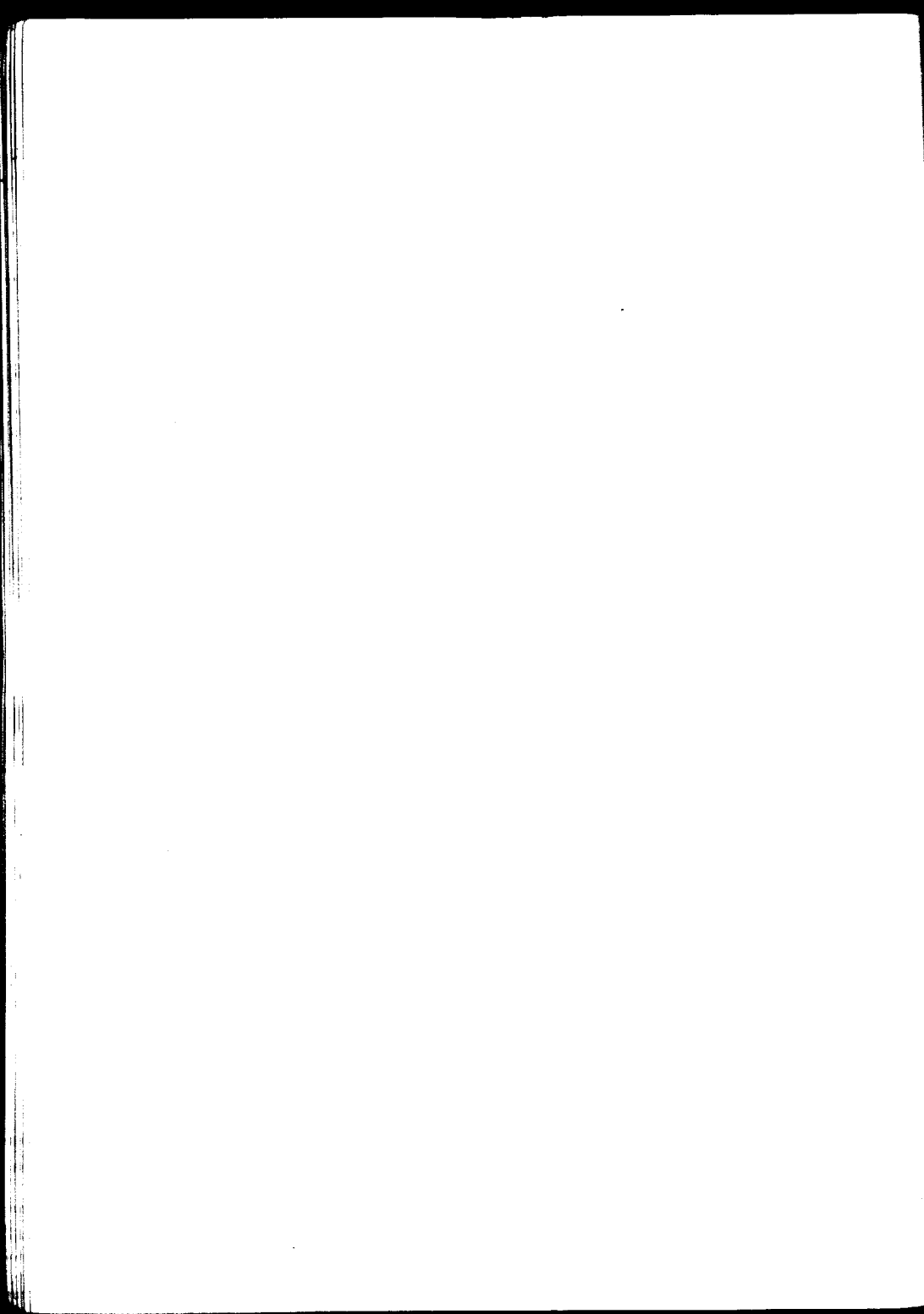
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
„ JUVENCIO Z. ARCE
„ PEDRO N. ARATA
„ FRANCISCO DE VEYGA
„ ELISEO CANTON
„ JUAN A. POERI
„ FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

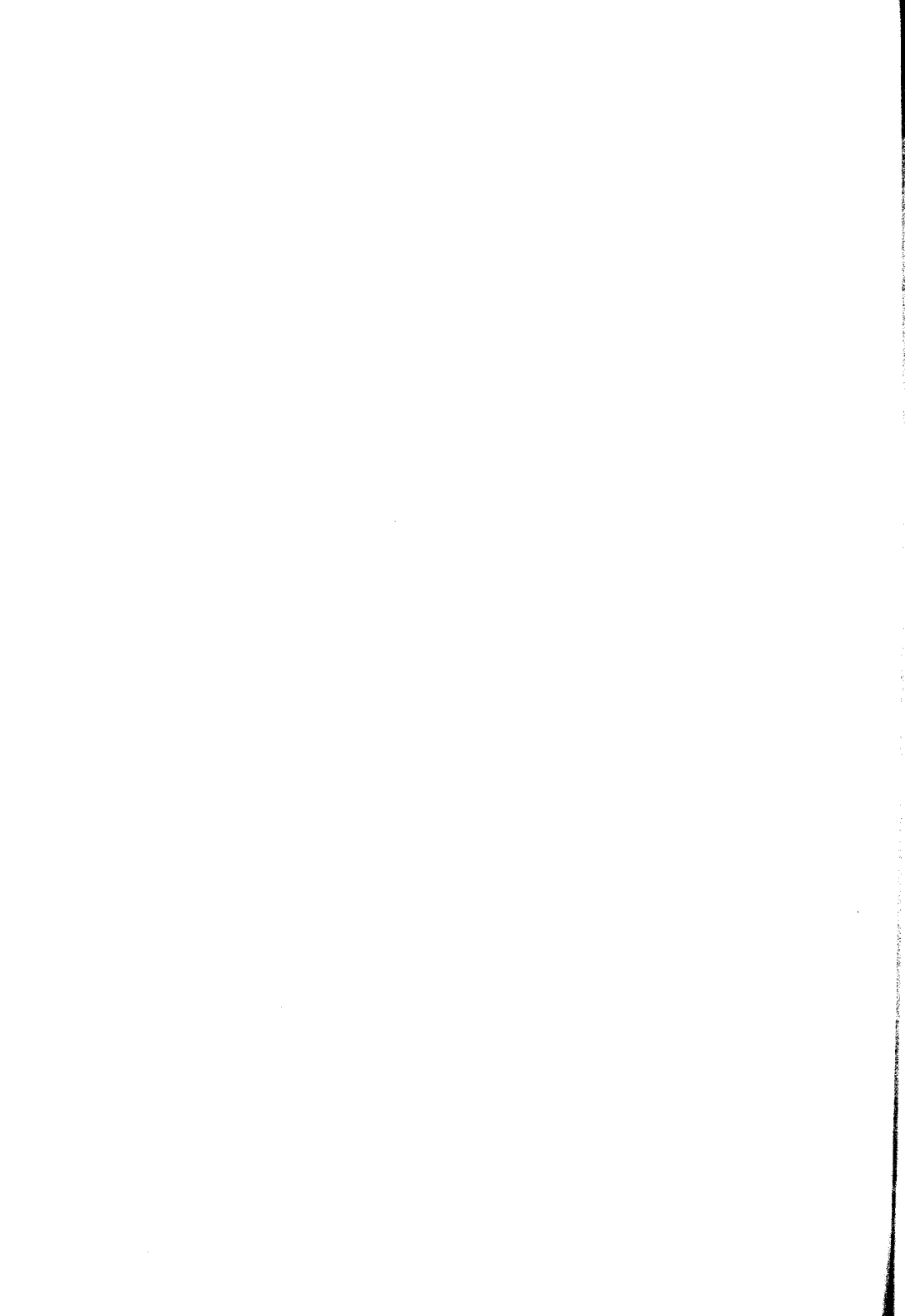
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos ...	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	„ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	„ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Génito-uritarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SENORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	„ ENRIQUE B. DEMARIA
„ Médica	„ LUIS GUEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELO T. VISAS
„ Neurológica	„ JOSÉ A. ESTEVES
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pediatría	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

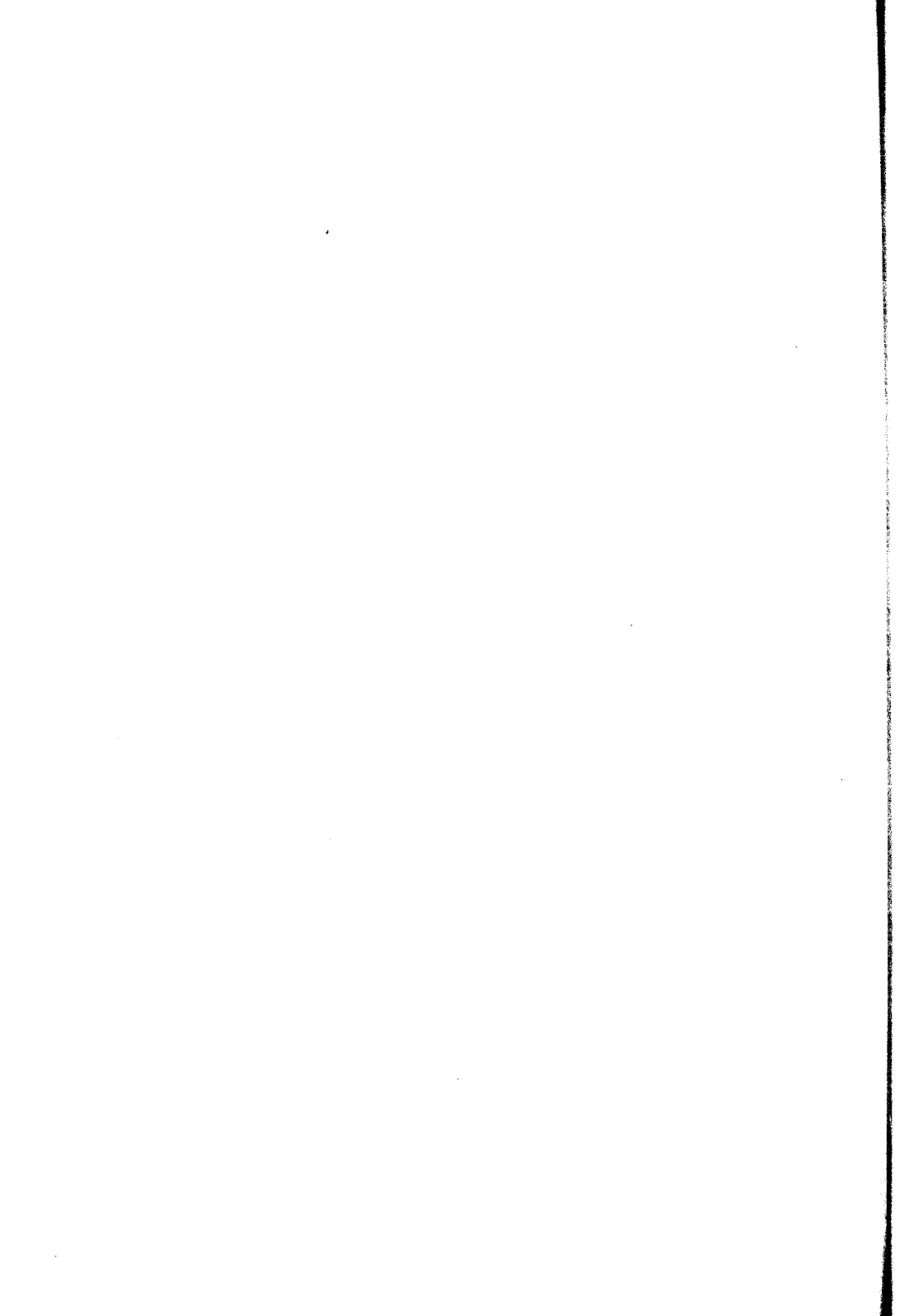
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clinica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica	„ ANTONIO F. FISERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica	„ FRANCISCO LOBET
	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
	„ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI
„ Psiquiátrica	



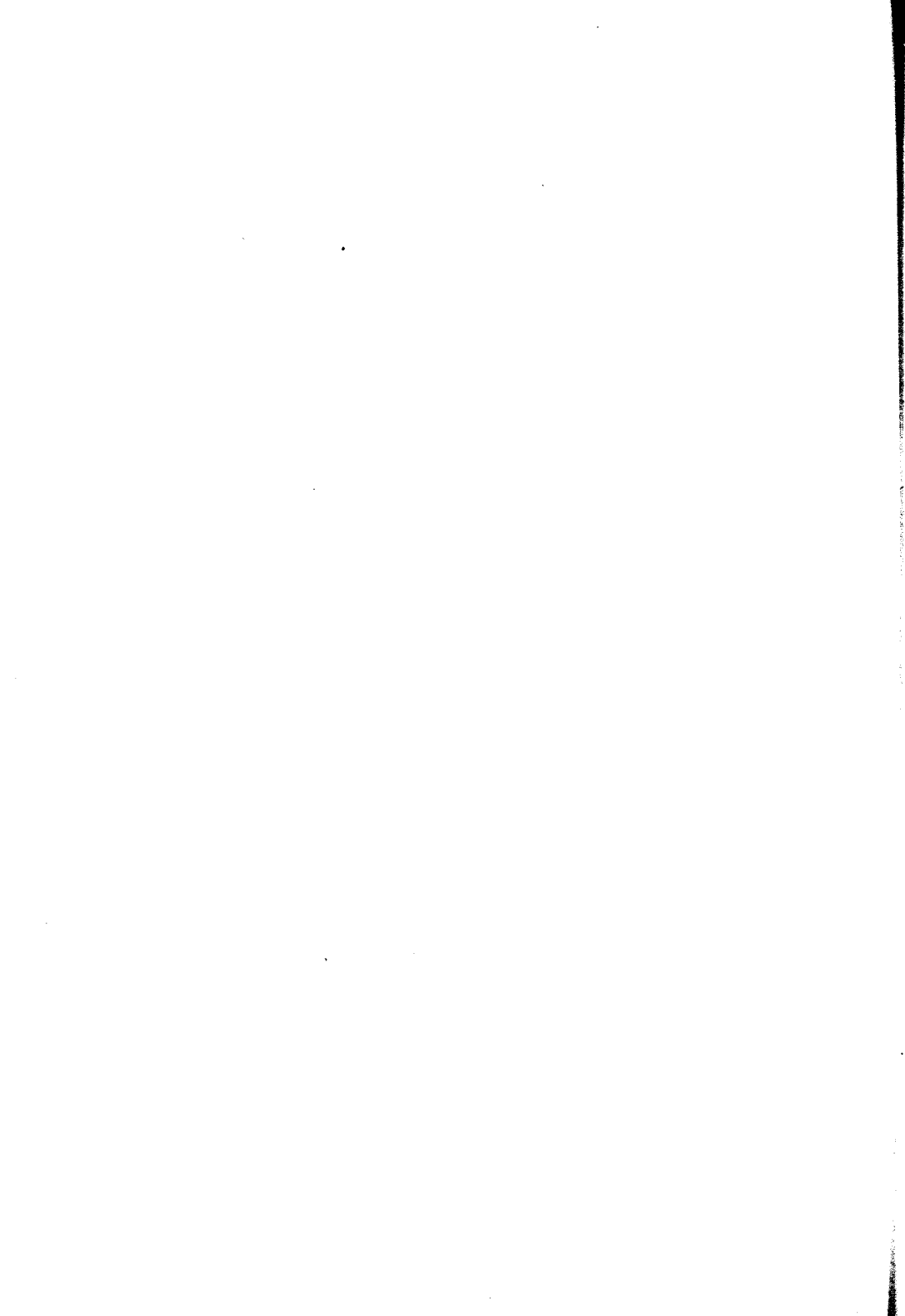
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO GALLI
	" JUAN JOSE CIRIO
Fisiología general y humana	" FRANK L. SOLER
	" BERNARDO HOUSSEY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	" SALVADOR MAZZA
Química Biológica	" BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARRONELL
Semelología y ejercicios clínicos	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITON
Anatomía Patológica	" JOAQUIN L. AMPLIAS
Anatomía Topográfica	" ANGEL H. ROFFO
Materia Médica y Terapia	" ANGEL F. SAN MARTIN
Medicina Operatoria	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
Patología externa	" CASTELFORT LUGONES
	" ENRIQUE M. OLIVIERI
	" ALEJANDRO CEBALLOS
Clínica Dermato-sifilográfica	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO L. BALISA
" Epidemiológica	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTEFANO
" Oftalmológica	" ANTONINO MARCO DEL PONTI
	" ADOLFO SOCIETI
	" RAUL ARGASAKAZ
" Oto-rino-laringológica	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" FELIPE J. BASAVILBASO
	" ANTONIO R. ZAMBIRINI
	" ENRIQUE FERREIRA
	" PEDRO LABAOTI
Patología Interna	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARIARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
Clínica Quirúrgica	" PEDRO CHITRO
	" JOSE M. JORGE (Mjo)
	" OSCAR COPPELO
	" ADOLFO E. LANZIVAR
	" JORGE LEYRO DIAZ
	" ANTONIO F. CELESTIA
	" TOMAS B. KENNY
Clínica Neurológica	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO H. CHIAVOTTI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
" Médica	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" TULLIO MARTINI
	" CANDIDO PATINO MAYER
	" MARIANO ACUSA
" Pediatría	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS XAVARRO
	" JAIMÉ SALVADOR
" Ginecológica	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" JULIO HIBARNE
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONCE
" Obstétrica	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOSÉ BERUETI
	" NIXANOR PALACIOS COSTA
	" VICTORIO MONTEVERDE
	" JOAQUIN V. GNECCO
Medicina Legal	" JAVIER BRANDAN
Clínica Psiquiátrica	" ANTONIO PODESTA
	" AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.	Dr. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica	„ FANOR VELARDE
Puericultura	„ URBALDO FERNANDEZ



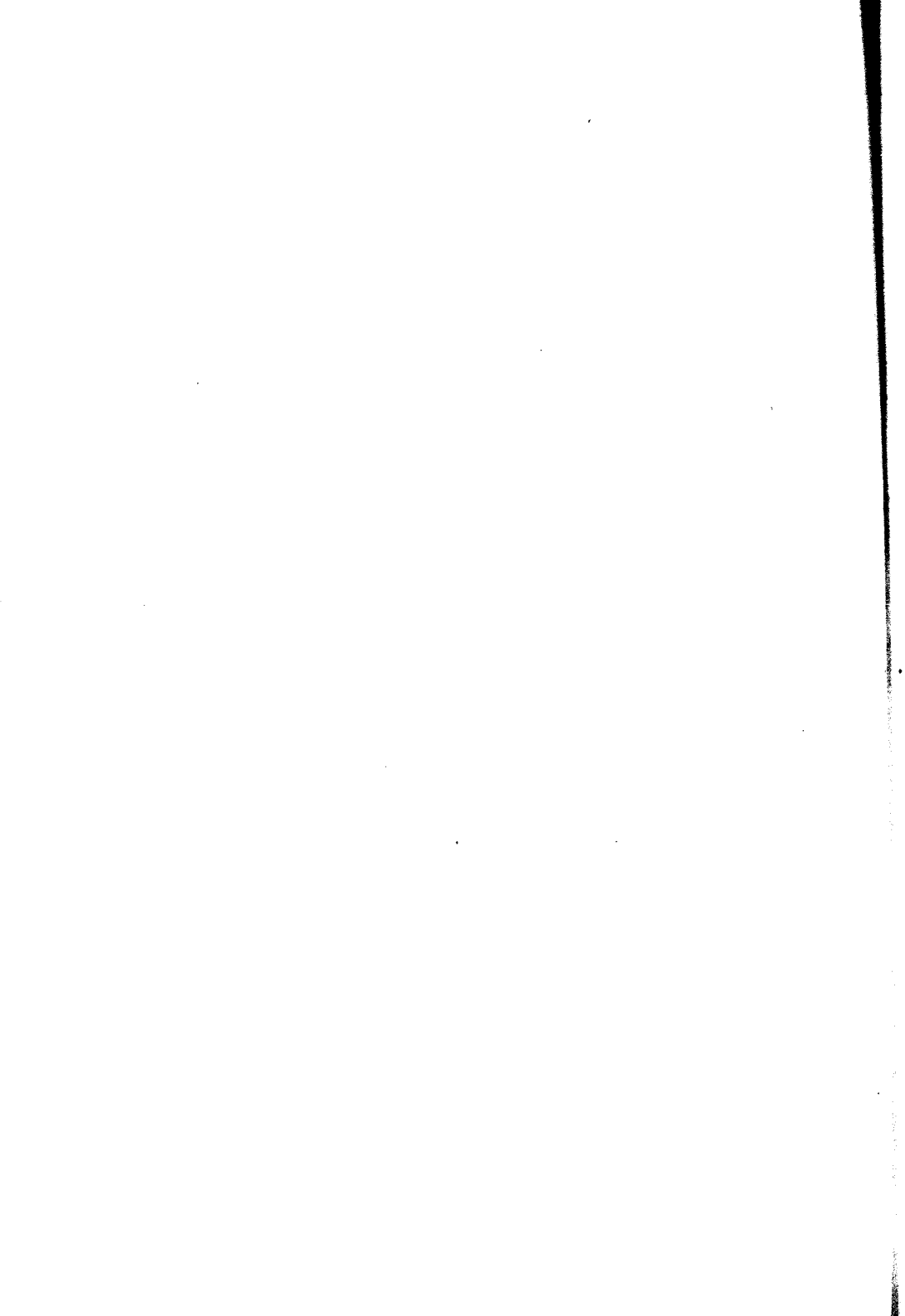
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica..	„ MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal...	„ ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica ...	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er. curso).	„ J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	„ RICARDO SCHULTZ
Química analítica general	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Técnica farmacéutica (2.º curso)..	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica	Dr. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica..	„ ANGEL SABATINI
„	„ EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
„	„ PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica....	Dr. PEDRO J. MESIGOS
„	„ LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial	Sr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general	Dg. JUAN A. SANCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas...	—
Mineralogía y Geología.....	—
Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina
Química analítica aplicada (Medicamentos)	Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejer.)
Química biológica	„ PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología)	—
Física general	—
Bacteriología	Dr. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal.....	„ JUAN B. SESORANS



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZZUIN
2.º año	" LEON PEREYRA
3er. año	" N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

- DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3.er año)
- DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)
- SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)
- SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)

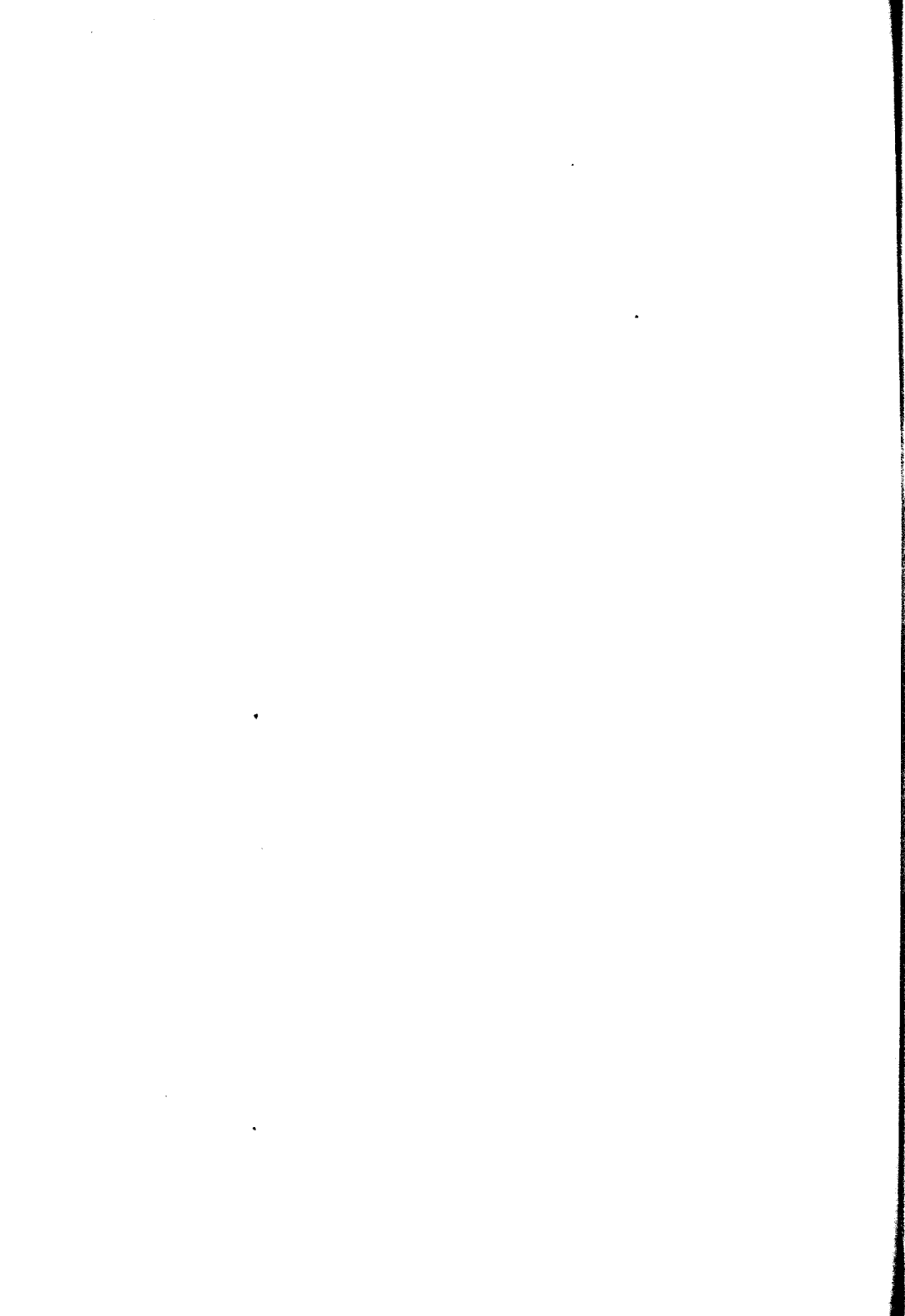


Padrino de tesis:

Dr. DELIO AGUILAR

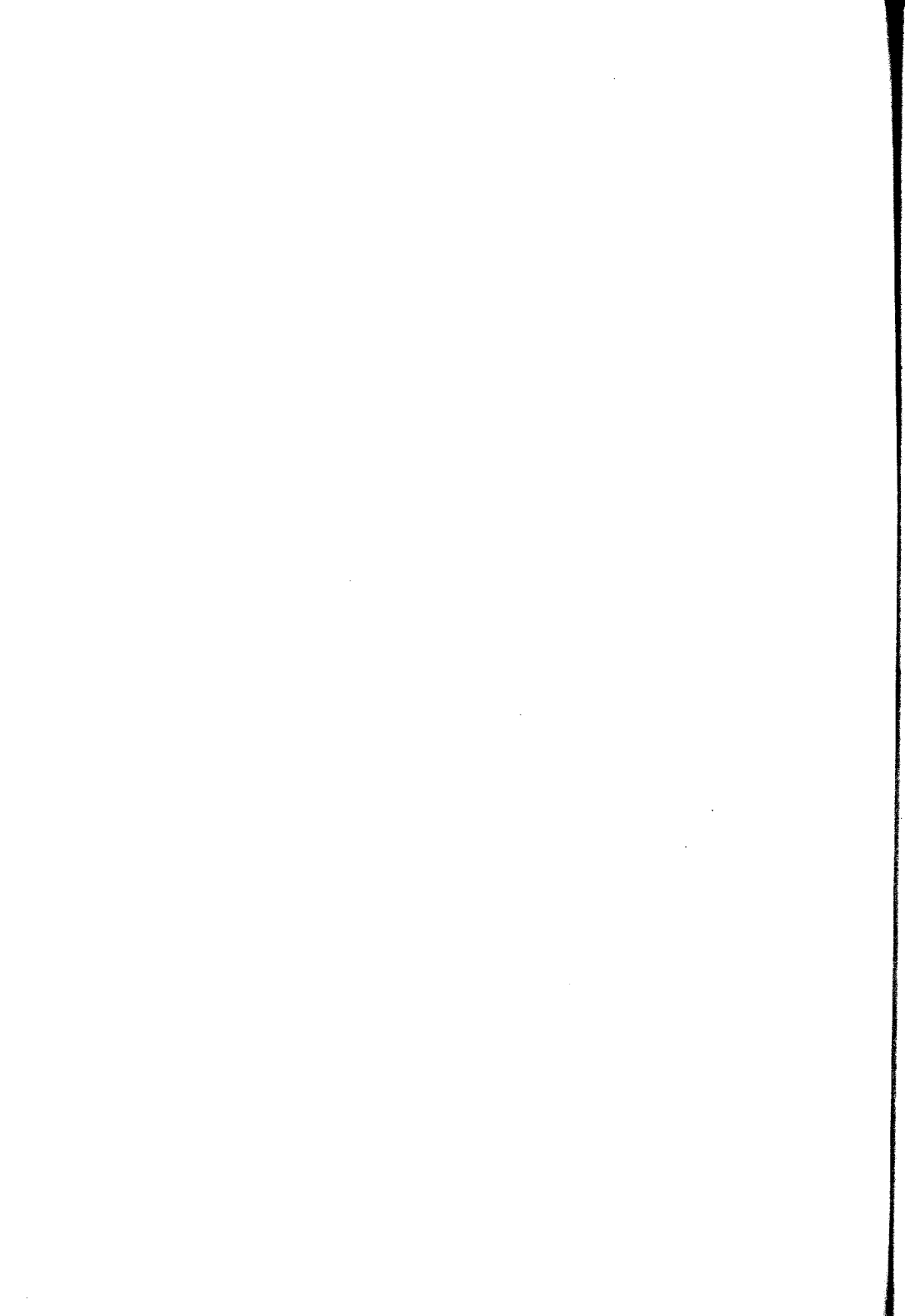


A MIS PADRES



·A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS:

AGUSTIN MORCHIO
Y JOSÉ MAGGIO



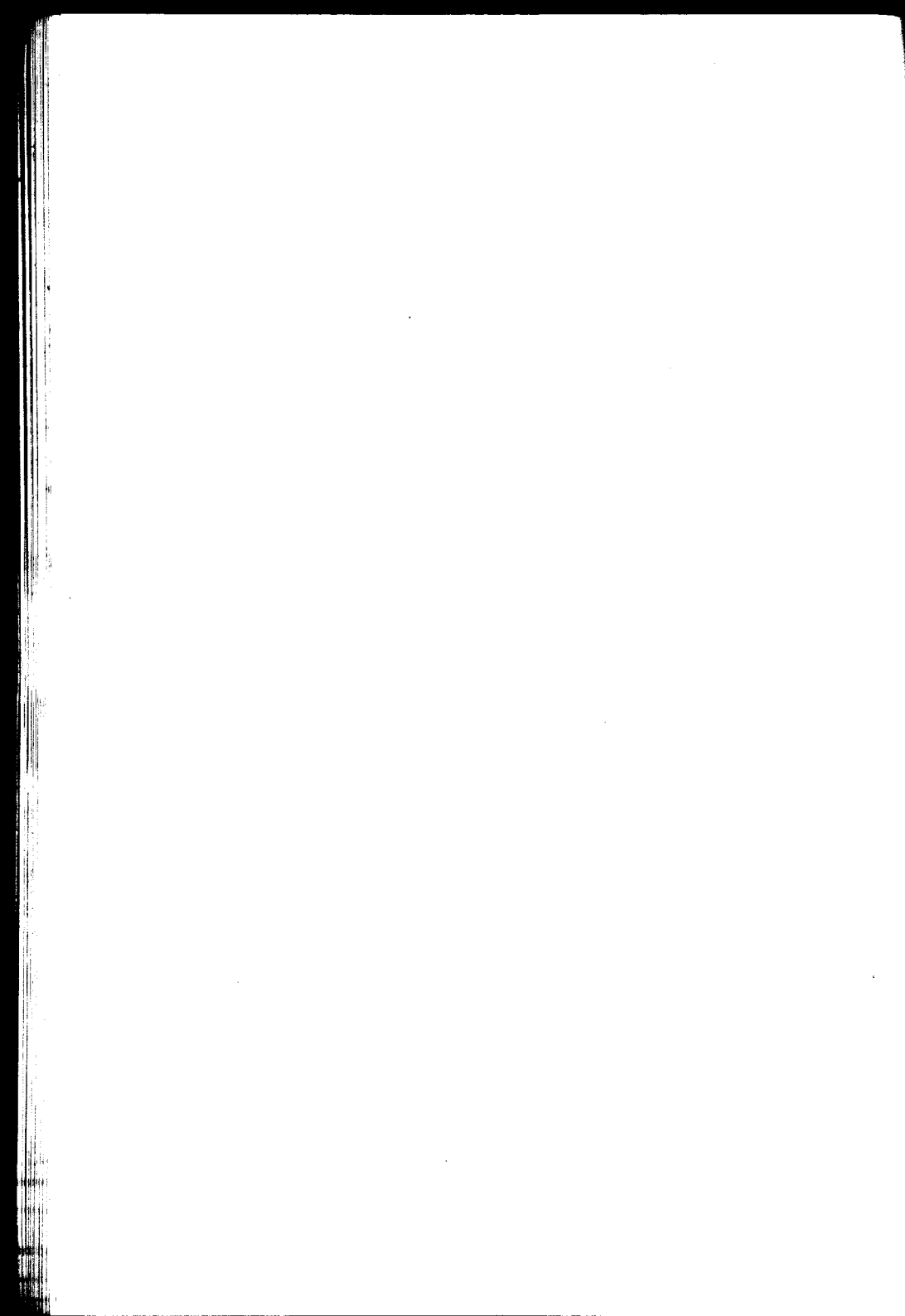
A MI ABUELA:

MARIA C. DE MORCHIO

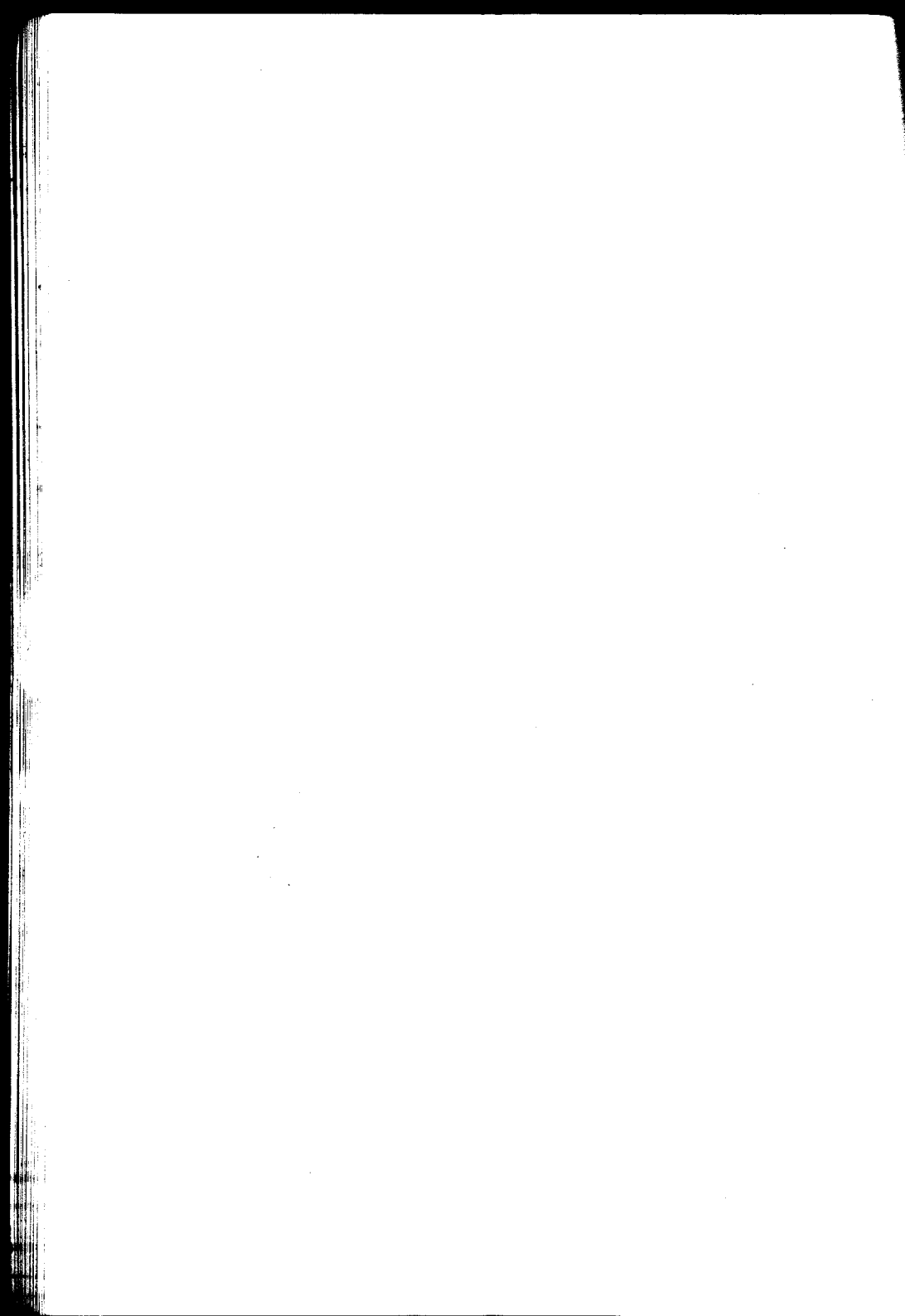


A LA MEMORIA DE MIS HERMANAS:

CATALINA, JOSÉFA PIA Y CATALINA ANA



A MIS HERMANOS y HERMANAS

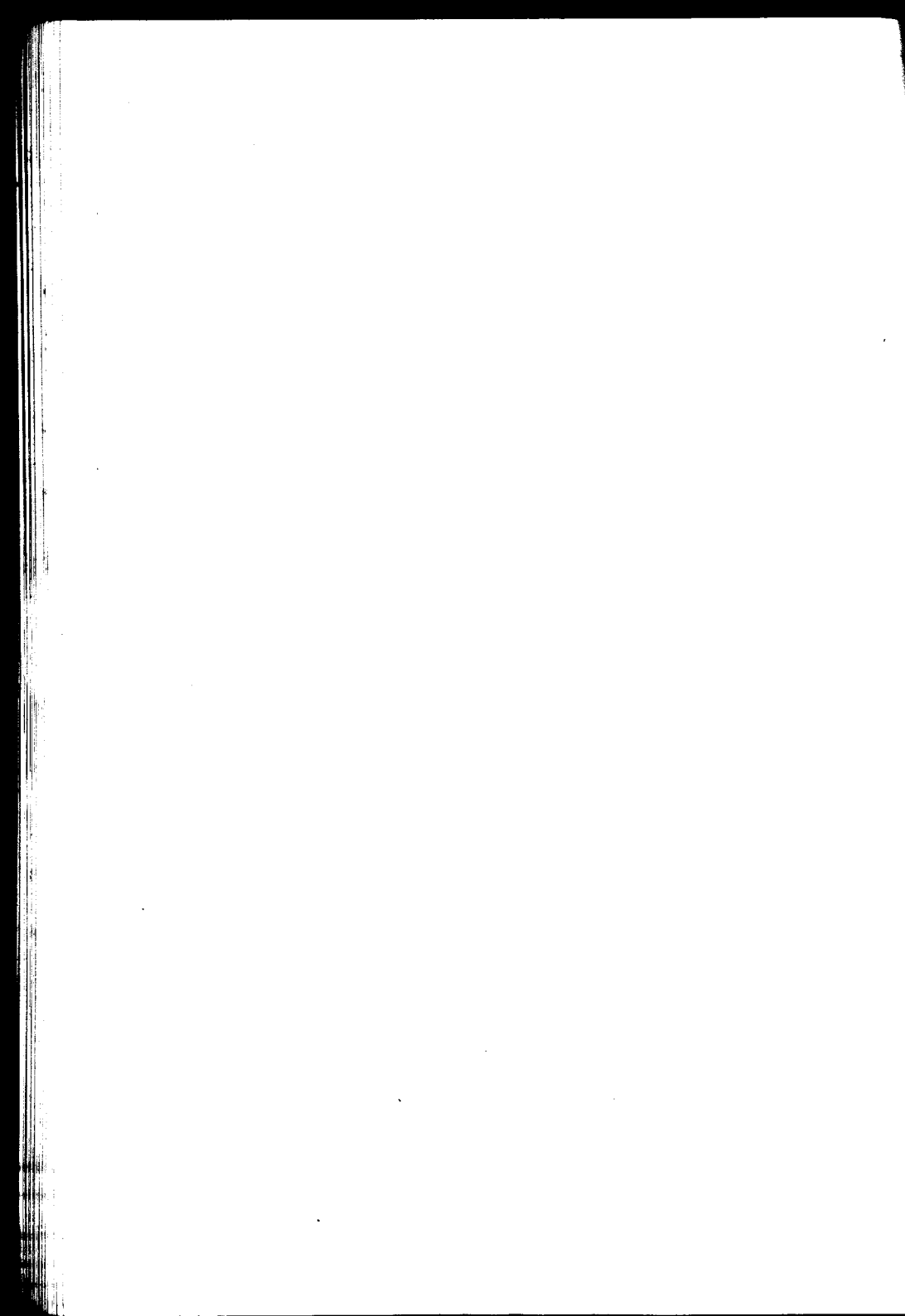


A MI NOVIA



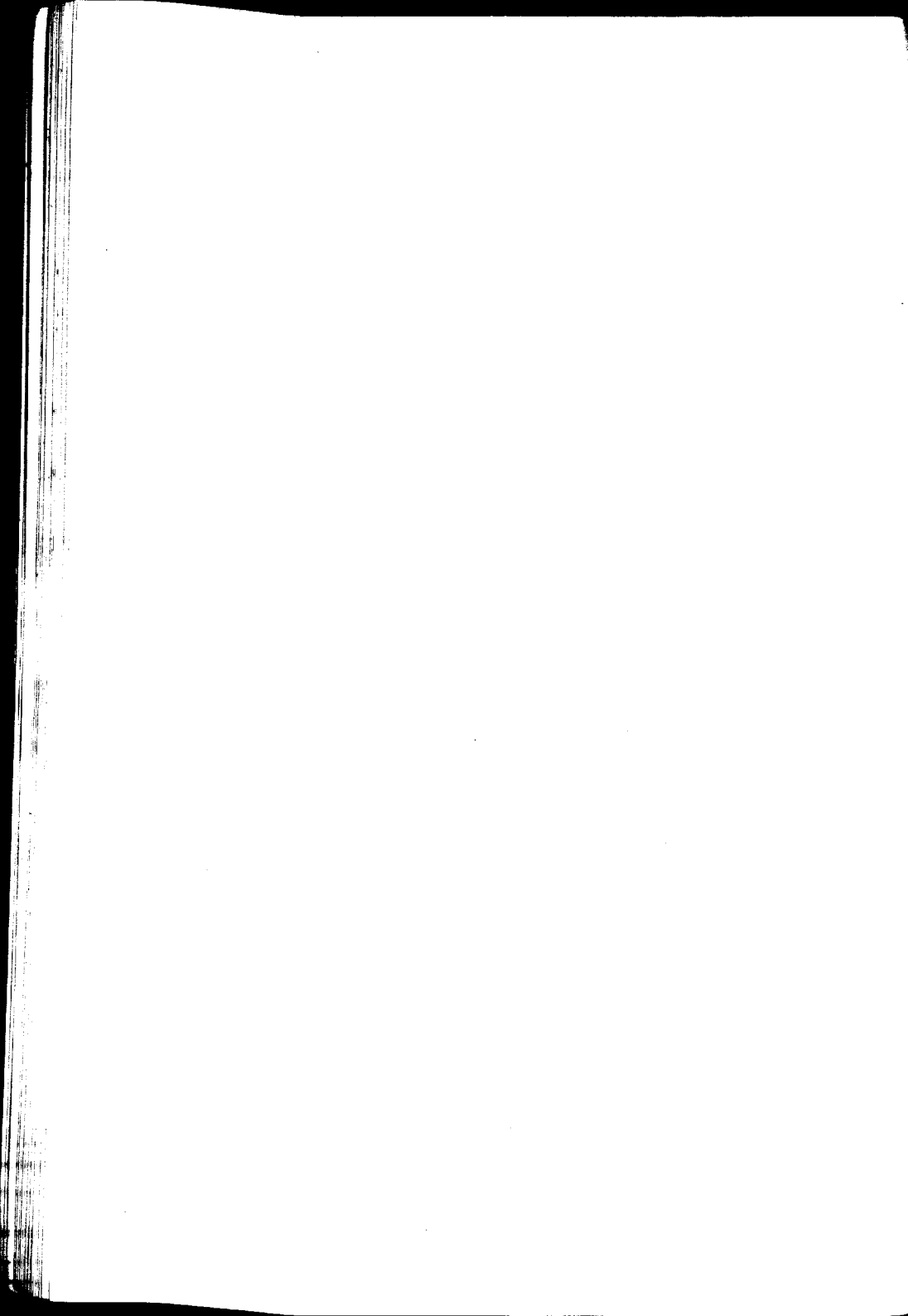
A LA MEMORIA DEL DOCTOR

MIGUEL S. CASTAGNETO



Introducción

La dificultad del diagnóstico de la polineuritis en los niños, sobre todo por debajo de tres años, ha hecho que fuera considerada esta enfermedad como poco común; no pudiendo decirse, sin embargo, que sea frecuente; pero al decir de los autores quizás dicha opinión sea debida a lo difícil del diagnóstico en primer lugar y a la confusión que puede hacerse con otras enfermedades, como la poliomiélitis, por ejemplo, como tendremos ocasión de ver en algunos casos que voy a presentar en la presente tesis.



Etiología

Vamos a mencionar tan solo las causas predisponentes como el frío, el surmenage, la herencia, etc., para pasar a considerar de lleno las causas determinantes en mucho más importantes por las consecuencias y ventajas que pueden darnos, como guía en el tratamiento y pronóstico de la afección.

Como causa determinante debemos señalar, en primer término, la difteria, cuyas polineuritis, sobrevenida ya la curación de la afección o posteriores a la curación de la angina y demás formas activas del proceso, han sido también minuciosamente estudiadas y relatadas en comunicaciones médicas y monografías, desde años atrás, por varios autores.

Han sido también estudiadas como causas infecciosas de muchos trastornos polineuríticos, y aunque en menor escala, las fiebres eruptivas,

la escarlatina, el sarampión, la rubeola y la varicela, como han relatado y estudiado Seifer, Remak, Vassette, Ortholan, Allaria, etc.

La parotiditis infecciosa también ha contribuido a la casuística como los estudiados por Renillon y Long, Allaire.

Glorieux nos los presenta en la grippe. Pitres y Vaillard en la fiebre tifoidea, Raymond y Vaillard en la apendicitis. Möbius en la coqueluche y también con él otros autores. Pitres y Vaillard, Carriere, Perrin los observan en la tuberculosis. Gioseffi en el paludismo.

Las infecciones de orden faríngeo y gastrointestinal han sido causa también de muchas polineuritis; en especial debemos mencionar las intoxicaciones alimenticias, en las que no se ha podido hallar ningún germen específico.

Se han presentado muchas veces estas polineuritis de origen intestinal con carácter verdaderamente epidémico y asociadas o coexistentemente con epidemias de poliomiелitis, como tendremos ocasión de señalar en un caso que presentaremos más adelante.

En los niños las intoxicaciones entran en mucho menor número que en los adultos, como causa de esta afección hemos de señalar como la más frecuente la intoxicación por el plomo y

han sido presentados muchos casos cuya causa ha sido atribuída a juguetes y vasos a base de plomo; otras veces se ha señalado la absorción de medicamentos saturninos.

Hahm describe casos en los que ha podido atribuir como agentes de intoxicación a la medicación por medio de la aplicación de diachylon.

Después del plomo por orden de frecuencia mencionaremos el arsénico, siendo absorbido el tóxico también en forma medicamentosa especialmente como resultado del tratamiento de la corea por sales arsenicales dadas a altas dosis.

Las aguas impuras principalmente en Inglaterra han sido observadas también como agentes de intoxicación.

Jacob ha apuntado como causa la intoxicación alcohólica. Jacobi y Collins la han descrito después de exceso de absorción de cerveza.

El ácido fénico inyectado en los quistes hidatídicos de hígado como tratamiento, ha sido causa de parálisis en la acomodación, como ha observado Prat.

También la intoxicación por el óxido de plomo puede ocasionar desórdenes polineuríticos.

Como caso de polineuritis después de una enfermedad infecciosa, vamos a relatar el siguiente:

Polineuritis después de una rubeola (Revi-
llied et Long, Arch. de Med. des Enfants, 1906,
nº .6).

Este hecho destinado a demostrar que a pe-
sar de su benignidad habitual, la rubeola puede
complicarse a continuación de polineuritis como
todas las enfermedades infecciosas, se refiere a
un niño de 5 a 6 años tomado por una rubeola
de media intensidad y que después de algunos
días de su curación comenzó a sentir accidentes
nerviosos sucediéndose en la forma siguiente:
Fenómenos paralíticos, comenzando de una ma-
nera insidiosa por los miembros inferiores, diez
días después de la aparición del exantema de
la rubeola; extendiéndose poco después al tron-
co y a los miembros superiores y agravándose
rápida y progresivamente durante tres semanas.

Dolores neuríticos, vagos al principio, no
manifestándose netamente sino al fin de la se-
gunda semana y en el curso de la tercera sema-
na, y desapareciendo bien antes del retorno de la
motilidad.

Esta última mejora después de la tercera se-
mana lentamente primero, después más rápida-
mente; pero no vuelve al estado normal sino des-
pués de dos meses.

Reflejos tendinosos abolidos durante el cur-

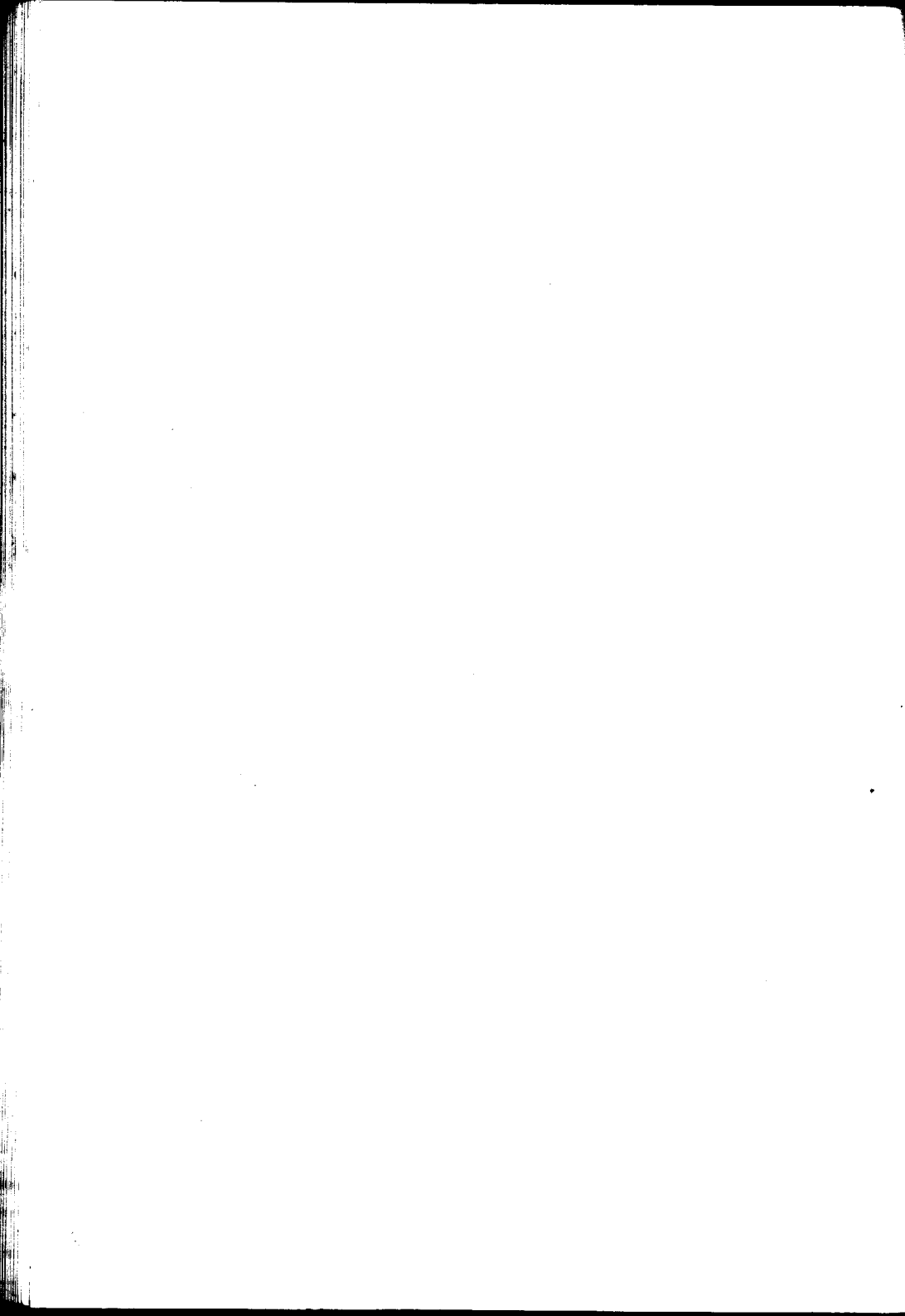
so de la enfermedad, y aún un tiempo bastante largo después de la curación aparente.

Reacciones eléctricas de los músculos debilitados cualitativamente sin reacciones de degeneración.

No hay atrofia muscular netamente aparente. Es pues un caso de polineuritis del más típico, habiendo tomado los filetes motores más que los sensitivos.

Hay que notar que hubo durante algunos días diplopia, localización rara de la polineuritis.

Se trata en suma de una polineuritis intensa y generalizada, complicación de rubeola no señalada antes.



Anatomía patológica

No hay diferencia en la lesión anatómica de los nervios en los niños y en los adultos; se trata en ambos casos de lesiones microscópicas habitualmente degeneración walleriana, que tiene por asiento el extremo periférico del nervio seccionado, y es la desintegración de la mielina que se presenta en bolas por multiplicación de núcleos inter-anulares que termina rechazando la vaina de mielina y destruyendo el cilindro eje.

En las formas lentas se puede encontrar la neuritis segmentaria periaxil de Gombault.

Pueden presentar las mismas lesiones además de los nervios periféricos las raíces, y pueden interesarse también la médula misma, atrofiándose las células de los cuernos anteriores o simplemente encontrarlas en cromatolisis con desplazamiento hacia la periferia del núcleo; sue-

le encontrarse en proliferación a la neurolia y los vasos dilatados.

Algunos han discutido sobre si estas lesiones medulares son contemporáneas a las lesiones neuríticas o secundarias.

Punto éste que no ha podido ser dilucidado todavía ni en el niño ni en el adulto.

Bajo el punto de vista práctico parece que la intensidad de estas alteraciones medulares cuando son secundarias a las lesiones neuríticas, no reviste mayor gravedad y se hace completamente la regeneración.

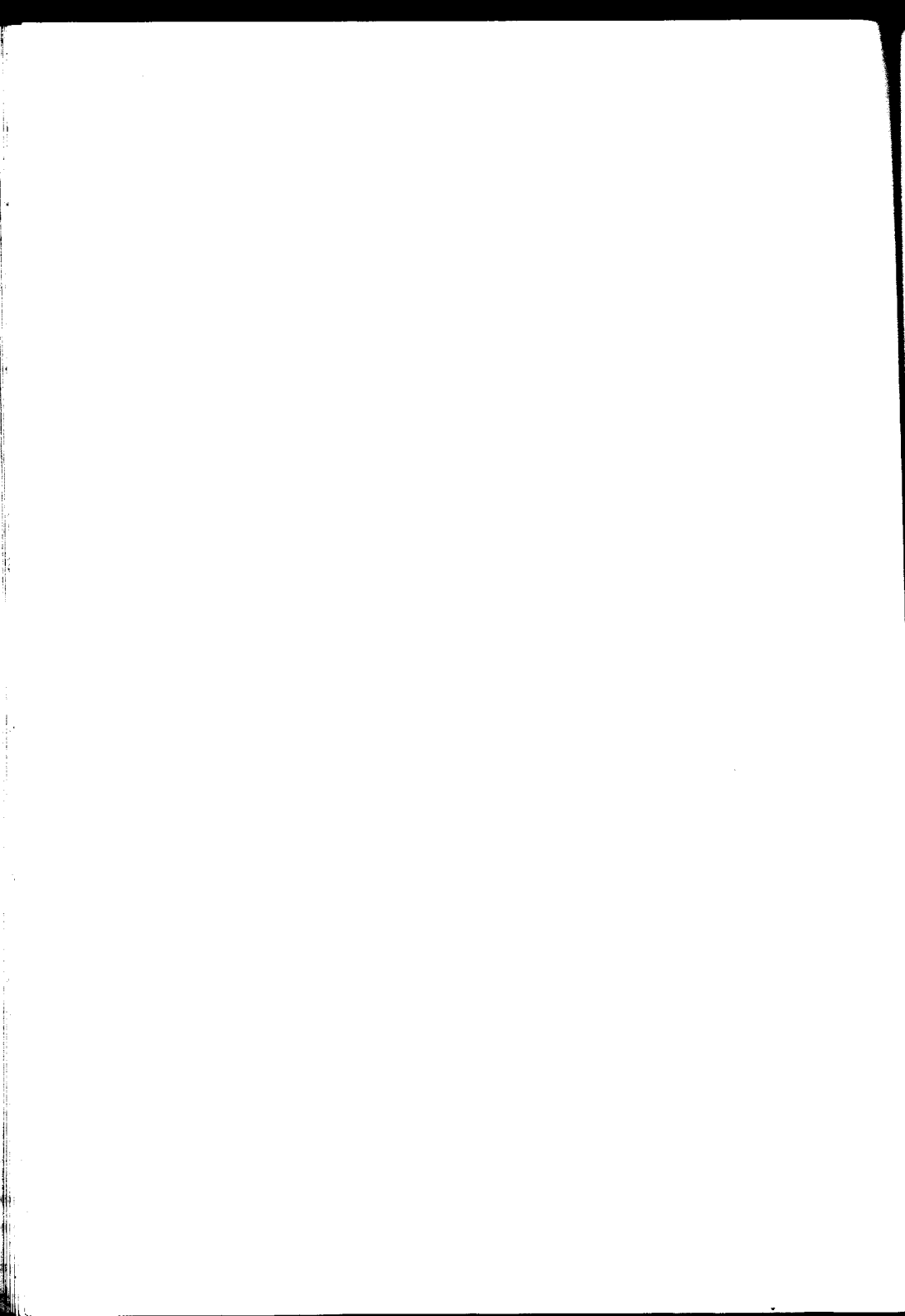
En cambio cuando las lesiones medulares y nerviosas son contemporáneas, la severidad del pronóstico en cuanto a la regeneración *ad-integrum* depende de la intensidad del proceso habido. Puede también un mismo agente infeccioso dañar a la vez las diferentes partes del neurón motor y del neurón sensitivo y la reacción mórbida depende entonces de la forma como ha sido atacada tal o cual porción de dichos neurones.

Se da ya como sentado que ciertos venenos y toxinas tienen una predilección especial a localizarse sobre la médula unos y sobre los nervios otros, pero la especificidad del asiento hoy por hoy ya no se admite: se sabe por ejemplo que la difteria considerada durante mucho tiempo

como no pudiendo dar lugar sino a lesiones periféricas, puede también dar lugar a alteraciones graves de la médula y del bulbo, como resulta de las investigaciones de Ferré, Berger, Rocaz, etc.

Las experiencias de Bavonneix significarían que la toxina correría a lo largo de los nervios periféricos y llegaría hasta los centros nerviosos por una verdadera neuritis ascendente; pero en todos los casos esta patogenia no se presenta en la misma forma y las lesiones secundarias de la médula y del bulbo no tienen la misma gravedad cuando la infección diftérica se localiza al mismo tiempo sobre los nervios periféricos y sobre la médula o sobre esta última de primera intención.

El raciocinio que hacemos para la intoxicación diftérica lo extendemos a todas las intoxicaciones.



Síntomas

La sintomatología de la polineuritis es compleja y varía de un caso a otro, ante todo podríamos dividirla para su estudio y ser más claros en la exposición, en dos grupos, según se trate de niños por arriba de los tres años o por debajo de dicha edad.

Arriba de los tres años la polineuritis se presenta con signos que hacen recordar los del adulto, y varían según la topografía de las lesiones.

Pues depende no sólo de la extensión del proceso y de la gravedad de la lesión periférica, sino también de su localización y de la función de los nervios, sean éstos sensitivos, motores, mixtos o tróficos.

Se pueden admitir hasta cierto punto dos formas clínicas: la forma sensitiva y la forma motriz; en la primera predominan los síntomas

correspondientes a los nervios sensitivos, siendo poco marcados los disturbios motores; podemos señalar como ejemplo el pseudo-tabes, sea el de origen infeccioso o tóxico, donde los disturbios sensitivos y dolorosos son extremadamente pronunciados; en el otro caso asentándose la lesión en forma exclusiva o en forma predominante sobre los nervios motores los disturbios sensitivos están reducidos a su mínima expresión. Pero si esta división es justificable para facilitar su estudio no es menos cierto que la inmensa mayoría de los casos uno se encuentra en presencia de disturbios mixtos en que los síntomas derivados de las lesiones motoras y sensitivas se presentan con la misma intensidad.

Así la parálisis y la atrofia en los miembros se presentan acompañadas de disturbios eléctricos y dolores vivos, ya espontáneos y paroxísticos, ya provocados por la presión de los troncos nerviosos y de las masas musculares; todas las gradaciones son posibles de notarse en estas formas mixtas sensitivas y motrices.

En todas estas polineuritis, ya sean debidas a enfermedades nerviosas, ya sean a intoxicaciones, los disturbios sensitivos en los casos que son predominantes, no se sigue de ellos que no vayan acompañados de disturbios motores,

pues se observan todas las gradaciones en la intensidad de las parálisis desde la impotencia funcional casi absoluta hasta la paresia ligera, permitiendo, aunque con cierta dificultad, la estación de pie y a menudo hasta la marcha, como veremos en uno de los casos observados por nosotros.

Bajo el punto de vista sintomático la poli-neuritis puede ser dividida en forma generalizada y en forma localizada, en formas mixtas, sensitivas o motrices.

Bajo el punto de vista de la marcha y de la evolución, pueden ser divididas en formas agudas, subagudas y crónicas.

El comienzo se hace en el niño generalmente en forma violenta con fiebre, agitación, delirio o postración.

La parálisis es generalizada o limitada tan solo a ciertas regiones, particularmente a nivel de los miembros inferiores, donde toma casi siempre los extensores. Los reflejos abolidos a veces y generalmente disminuídos, las reacciones eléctricas muy irregulares. Así se ven ciertos músculos con paresia reaccionar normalmente y otros completamente paralizados dar su reacción simplemente debilitada; en fin, músculos ya completa, ya incompletamente paralizados, podrán

dar abolición completa de las reacciones eléctricas.

Los disturbios de la sensibilidad responden a hiperestesias cutáneas de la región cutánea de la región de los nervios tomados y dolor vivo a lo largo de los troncos nerviosos. Es difícil apreciar en los niños los disturbios que responden a alteraciones de la sensibilidad objetiva; sin embargo, cuando existen o se pueden observar, éstos son idénticos a los observados en los adultos, es decir, hormigueos, hipoestesias, anestias, analgesias, termoanestesia, lentitud de la transmisión, errores de localización en relación con territorios nerviosos y no radiculares.

Cuando pasados los fenómenos ruidosos respondiendo a la iniciación del proceso, el enfermo entra en el período de estado, los disturbios paralíticos persisten.

Y si la localización es inferior se nota en la marcha, incoordinación cayendo los pies en estepage; si examinamos de nuevo los reflejos notaremos una tendencia en volver a aparecer en los músculos cuya movilidad también reaparece, y en cambio los notaremos persistentemente abolidos en los músculos que continúan paralizados.

Los músculos tomados se adelgazan y atrofian.

Si volvemos a examinar los disturbios sensitivos, notaremos que ellos no han progresado nada; son idénticos como al principio.

En cambio los disturbios de la sensibilidad subjetiva y el dolor son un poco menos acentuados.

Es frecuente observar algunas manchas equimóticas sobre la región afectada.

Ahora si volvemos a examinar en el período de terminación, notaremos primero el estado general; veremos que el adelgazamiento esquelético de los miembros y la considerable atrofia muscular con tendencia a la reparación.

Si examinamos los reflejos los volveremos a hallar normales; las deformaciones y actitudes oscilantes de los miembros desaparecen, volviendo el tono y la actitud correcta a presentarse; la sensibilidad vuelve a la normalidad.

Por debajo de tres años—Por debajo de tres años ya la sintomatología de la polineuritis es mucho más difícil de apreciar.

El comienzo como en el caso anterior casi siempre febril, con delirio y muchas veces con convulsiones, acompañándose de parálisis más o menos generalizadas.

Observando los reflejos tanto tendineos co-

mo cutáneos, se hallan generalmente abolidos en las regiones afectadas, aunque a veces persisten, a pesar de todo.

Las reacciones eléctricas como en el caso anterior presentan las mayores irregularidades. Así músculos paralizados dan reacciones eléctricas y músculos paresiados presentan abolición completa de reacciones eléctricas.

Está claro que en estos casos es muy difícil investigar los disturbios de la sensibilidad, y únicamente podrán apreciarse por los gritos que dé el niño al tocar sus miembros paralizados.

Con el progreso de la enfermedad se notará al cabo de algunos días que la impotencia y la parálisis serán de más en más intensas; el cuello, el tórax, los músculos respiratorios pueden ser tomados, la cabeza cae flácida, hay incoordinación de los movimientos en las manos y lo mismo en los músculos inferiores; y si el niño ya comenzaba a caminar, no sabe más, titubea y cae por tierra.

Es necesario dejar pasar varios meses para que todo vuelva a su estado normal; volviendo los movimientos a su estado normal, reapareciendo los reflejos, las reacciones eléctricas reaparecen completamente.

Como hemos dicho, la polineuritis puede

afectar una marcha aguda; reaccionar con todo el cortejo sintomático de una enfermedad infecciosa aguda febril.

Sin embargo, los fenómenos febriles pueden faltar, los fenómenos infecciosos del principio ser más o menos manifiestos, la marcha ser más o menos lenta y el cuadro clínico reproducir el de la poliomielitis anterior aguda o el de la parálisis general espinal aguda de Duchenne.

Pero en estas diferentes variedades tratándose de polineuritis casi siempre existen disturbios sensitivos más o menos marcados. En otros casos los síntomas sensitivos son los que sobre todo o exclusivamente llaman la atención.

Nos encontramos, por ejemplo, en un caso de forma sensitiva de la polineuritis generalizada, designada aún bajo el nombre de neurotabes o de pseudo-tabes periférico.

Formas clinicas

Para considerar las diversas variedades clínicas de esta afección la estudiaremos primero en una forma generalizada y luego en la forma localizada, presentando esta última, subdivisiones y variedades distintas según el lugar.

1° FORMA GENERALIZADA - Si examinamos a un niño afectado de polineuritis en la forma generalizada nos llamará la atención en primer lugar el adelgazamiento general.

No hay asimetría facial y los músculos de las mejillas, de los labios y de la nariz se contraen, es cierto, pero lo hacen con más lentitud que al estado normal.

Los músculos del cuello muy debilitados se encuentra el niño casi imposibilitado para ejecutar los movimientos correspondientes a la negación, afirmación y no puede echar la cabeza ha-

cia atrás. Si se le sienta en su camita ayudándolo, pues ya no lo puede hacer solo si lo hacía antes (si el niño pasa de los 15 o 18 meses), la cabeza cuelga hacia adelante, hacia la derecha o a la izquierda colgando cae sobre el pecho como una masa demasiado pesado y oscilante. En cada contracción diafragmática el tórax se levanta bastante regularmente, el abdomen deprimido; a menudo muestra una disminución de sus reflejos cutáneos superior e inferior. Los miembros superiores muy adelgazados presentan sus movimientos voluntarios débiles e indecisos; si se presenta al niño acostado sobre el lecho un juguete, penosamente eleva su bracito arriba de la cama y sus manos planean haciendo movimientos oscilantes delante de él para tomarlo y al efectuarlo lo tiene con dificultad a causa del adelgazamiento y debilitamiento muscular; los antebrazos y la mano sobre todo presentan generalmente disturbios vaso-motores más rojos que normalmente y se ponen violáceos rápidamente cuando se les deja en el aire sin mover.

A pesar de la dificultad que hay en los niños pequeños para darse cuenta exacta de las alteraciones de la sensibilidad parecen poco alterada, a pesar de que los pinchazos y todas

las reacciones dolorosas son menos vivas, los reflejos se hallan disminuídos.

Al examinar los miembros inferiores los encontramos paralizados, o al menos con paresia a! par de los superiores; no los puede levantar por encima del plano del lecho, sino con gran dificultad y describen movimientos irregulares en el aire, pareciéndose a movimientos atáxicos. Si examinamos los reflejos rotulianos y aquileos, los plantares se encuentran abolidos la mayor parte de las veces o muy debilitados.

La sensibilidad objetiva también presenta gran dificultad para su observación en el niño, pero si uno palpa los miembros y los quiere levantar por encima de la cama el niño grita. Se notan con frecuencia disturbios vaso-motores que se ponen fácilmente violáceos.

Al niño le es imposible no solo sentarse, sino tampoco tenerse sentado cuando se le ha ayudado a hacerlo; se hallan disminuídos los movimientos del tronco y la marcha desde el comienzo de la afección es imposible; más adelante se muestra difícil, tan solo tomando al niño es posible hacerle hacer un simulacro de paso, pues el pie está caído, el talón no hace juego y hay estepage.

Entonces la sintomatología que puede pre-

sentar la polineuritis generalizada, depende no sólo de su localización, sino también de su evolución cuando tiene su asiento a la vez.

Sobre los nervios motores y sobre los nervios sensitivos en las formas mixtas en una palabra, los síntomas paralíticos y atróficos se acompañan generalmente de disturbios sensitivos pronunciados y de fenómenos dolorosos paroxífticos o continuos, a menudo muy vivos en la forma sobre todo motriz; sus modalidades clínicas pueden aún variar según la marcha de la afección, a menudo ésta recordará por la rapidez de su evolución, la intensidad de los fenómenos paralíticos, el cuadro clínico de la parálisis ascendente aguda de Landroy. Otras veces se acercará por su marcha a la sintomatología de la afección descrita por Duchenne bajo el nombre de parálisis general espinal anterior sub-aguda. Otras veces aún por la lentitud de su evolución y la intensidad de la amotrofia hará recordar una atrofia muscular progresiva; con los asientos de preferencia sobre los nervios sensitivos afecta la forma más o menos análoga del tabes, por lo que se le ha llamado pseudo-tabes a esta modalidad clínica de la polineuritis.

2º POLINEURITIS LOCALIZADA - Al describir

las modalidades clínicas de las polineuritis, hemos de hacer observar ante todo que aquellas pueden ser extremadamente múltiples y variables, como se puede colegir de la diversidad de regiones atacadas, pudiendo, en efecto, localizarse en un miembro o en un segmento del miembro; en uno o muchos troncos nerviosos o en un grupo muscular independiente de su inervación periférica.

Provieniendo de las mismas causas etiológicas que originan la polineuritis generalizada, como la anterior puede ser de origen tóxico o infeccioso; como la anterior puede sobrevenir en el curso o la convalecencia de las enfermedades agudas; como la anterior puede aparecer espontáneamente, en ocasión de un enfriamiento o más raramente de un traumatismo.

Estas polineuritis aparecen localizadas desde el comienzo de la afección y se presentan como resultado de una polineuritis generalizada y en vía de curación; en toda la infinidad de variedades que se podrían describir en la polineuritis localizada, señalaremos tan solo tres como las más frecuentes.

La polineuritis de los miembros inferiores, la de los miembros superiores y la del velo del paladar; por orden de frecuencia comenzaremos

por la localización al nivel de los miembros inferiores.

Tiene un comienzo irregular, a veces sin fiebre, por ejemplo, si el origen proviene de una intoxicación arsenical. El niño presenta un gran cansancio en las piernas, aparece luego una fatiga de más en más consideración, de hormigueos en las extremidades, siendo de regla en la polineuritis que sea la extremidad la más tomada, remontando estos disturbios hasta la raiz.

La marcha aparece casi siempre difícil; los músculos se van adelgazando cada vez más; con mucha dificultad se tiene en pie solo, y cuando para ayudarlo a andar se le tiene por la mano echa los pies a derecha y a izquierda sin dominio absoluto de los músculos y al levantar el talón del suelo para hacer el paso, el pie cae hacia adelante tocando la punta del pie en primer lugar (estepage); la marcha se presenta titubeante o incierta, teniendo mucha semejanza con la marcha de un tabético (marcha pseudo-tabética).

Al describir la polineuritis de los miembros inferiores, haremos notar ante todo que esta localización rara vez se presenta sola o primitiva, siendo consecutiva casi siempre a la polineuritis

inferior, tendiendo entonces a entrar en la forma generalizada.

También en este caso son los fenómenos motores los que nos llaman la atención, pues el niño aparece grosero en sus manos y deja caer los objetos que tiene asidos, ya no puede vestirse ni abotonarse el vestido; al comer y al beber lo hace con dificultad; presenta también en este caso incoordinación de los movimientos.

Como hemos visto al hablar de los miembros inferiores en que las extremidades eran las más tomadas también en este caso son las manos las más afectadas, encontrando que la parálisis tiende a disminuir a medida que nos acercamos a la raíz del miembro.

Si queremos examinar los disturbios de la sensibilidad subjetiva y objetiva, pueden notarse sobre todo en los niños de cierta edad.

Se pueden observar disturbios disociados como en el caso descrito por Meirowitz, en el que presenta a un niño intoxicado por arsénico que presentaba perdida la sensibilidad táctil y la sensibilidad al dolor y a la temperatura normal.

La tercera forma de polineuritis localizada que vamos a describir es la muy particular a la difteria; la forma palatina la mayor parte de las veces es la única complicación neurítica de esta

afección; pero aún en los casos en que la neuritis avanza y ésta se generaliza es la primera manifestación neurítica que aparece. Cuando aparecen tomando tan solo el velo del paladar casi siempre el niño acaba de pasar una difteria, se encuentra en plena convalecencia y comienza el niño por sentir dificultad en la deglución atragantándose primero, luego la voz se modifica, se hace nasal y refluyen por la nariz los alimentos, sobre todo líquidos. Si el niño es todavía mami se hace imposible.

Al examinar la faringe del niño, se ve al velo del paladar que cae inerte y que se mueve y por decir así es arrastrado por la corriente del aire inspirado y expirado.

Se presenta disminuído o abolido el reflejo faríngeo; el farix se presenta hipoestesiado.

Evolución. — Pronostico

La evolución ulterior de esta afección es muy diversa, y varía según el modo de comienzo y según la variedad de localización y según la causa de la misma.

Cuando la polineuritis es localizada desde el principio y no tiene tendencia a la generalización, los casos en que los disturbios sensitivos son poco intensos y las reacciones eléctricas se hallan poco o nada modificadas, puede curarse el enfermito tan solo en algunas semanas.

Si en cambio se tratase de una polineuritis difusa con tendencia a la generalización, debe ser el pronóstico mucho más reservado. Puesto que a veces sucede que la parálisis toma no sólo los músculos del abdomen, del cuello o del tórax, sino que también llega a tomar los nervios bulbares; en este caso las funciones vitales del organismo, la circulación y la respiración pueden

alterarse en tal forma de llegar a producir la muerte.

El nervio facial puede también tomarse como lo ha hecho observar Rocaz al de la neuritis pos-diftérica, también pueden tomarse los nervios de la musculatura ocular, manifestándose con estrabismo, parálisis de la acomodación.

Vemos pues, que varía el pronóstico según la evolución ulterior de la afección; sin embargo, aparte las lesiones bulbares que pueden ocasionar la muerte, la vida del niño en general no peligra; en cuanto a la curación completa, ella es de regla constante siempre que sean interesados los nervios solamente sin lesión de los músculos bulbares, medulares o pedúnculo-protuberanciales; sin embargo, a veces es necesario esperar meses y aún años para la vuelta completa a la normalidad; es raro que una polineuritis severamente tratada tenga una duración de más de dos años; en aquellos casos en que la curación no se ha alcanzado y en los que la reacción de degeneración persiste hasta el momento que la estabilidad electiva desaparece por completo, cabe preguntarse si uno se halla delante de un caso de polineuritis pura y si la médula se halla también afectada.

Diagnóstico

El diagnóstico no es siempre sencillo; en el niño es sobremanera difícil a veces el diagnóstico diferencial entre polineuritis y poliomielitis; a veces es necesario confiar de diferenciación a la evolución del proceso. Richaud en su tesis de 1905 (*Les polineurites de la coqueluche*) ha estudiado a fondo esta cuestión y nos ha enseñado que para ello es necesario considerar la mayor o menor edad del niño afectado.

1°—Vamos a considerar el caso de un niño por arriba de tres años. Arriba de tres años el diagnóstico diferencial entre la polineuritis y la parálisis infantil se basa sensiblemente en los mismos signos que encaminan el diagnóstico diferencial entre la poliomielitis anterior y la polineuritis del adulto.

En la polineuritis el comienzo es más insidioso, más latente; la parálisis tarda más tiempo

en llegar a su máximum, va haciendo etapas, preferentemente ataca las extremidades de los miembros; lo primero que siente el enfermito son dolores, y a estos dolores subjetivos se agregan disturbios objetivos de la sensibilidad; haciendo presión sobre los troncos nerviosos es donde sobre todo siente dolor; la reacción de degeneración poco a poco va modificándose hasta desaparición completa después de un tiempo más o menos largo según el caso.

Pero donde encontramos más dificultad diagnóstica es cuando se trata de neuritis localizada.

Si se limita la parálisis a los miembros superiores se puede discutir en la posibilidad de una parálisis radicular del plexo branquial.

Hay tanta mayor dificultad en este caso cuanto la polineuritis a menudo se presenta con esta disposición radicular.

Cuando se trata de una parálisis radicular lo más a menudo presenta el antecedente de un traumatismo (fractura o luxación), caída sobre la espalda, maniobras obstétricas o bien una posición incómoda, por ejemplo, dormirse con el brazo debajo la cabeza.

Sin embargo, puede tener origen esta parálisis radicular en un agente infeccioso; se han citado casos producidos por la disenteria, fiebre

tifoidea, neumonía, reumatismo poliarticular agudo, gripe.

Dejerine ha insistido sobre la gran dificultad que se encuentra clínicamente de diferenciar con presión o infección y a veces sobre todo en los primeros meses es imposible hacerlo.

La misma dificultad se encuentra en los miembros inferiores.

Dejerine y Thomas, en el libro *Maladie de la moelle épiniere*, describen el caso de un niño de once años que cayó enfermo con alta temperatura y después de dos días de continuar en la misma forma comenzó una parálisis de los músculos de la región ántero-externa de la pierna izquierda acompañándose de atrofia y con reacción de degeneración.

El diagnóstico de neuritis del nervio ciático-poplíteo externo pudo hacerse basándose en los disturbios de la sensibilidad subjetiva y objetiva en la región que correspondía a este nervio y se confirmó luego con la evolución de la afección, curó completamente, aunque por lo demás la vuelta a la normalidad tardó dos años en efectuarse.

2º—Por debajo de dos o tres años. El diagnóstico es en este caso aún más difícil de hacer entre estas dos afecciones, pues la polineuritis

y la mielitis a esta edad se presenta por fenómenos generales análogos: delirio, fiebre, agitación, delirio, somnolencia y aún convulsiones; la época de aparición de la parálisis tampoco sirve para el diagnóstico diferencial, pues puede ser tan precoz en uno como en otro caso; la atrofia muscular puede ser tan acentuada en las dos afecciones por igual, por igual los reflejos igualmente abolidos, las reacciones eléctricas modificadas y las reacciones de degeneración existir igualmente, los disturbios de la sensibilidad tan importante para el diagnóstico diferencial, en este caso son bastante difíciles de observar en el niño muy pequeño y tampoco tienen valor en esta edad; el estado de los esfínteres y, en fin, las extremidades en ambos casos pueden encontrarse cianosadas, lívidas y frías.

Se puede apreciar entonces como encontrándose uno en estas condiciones sea imposible hacer el diagnóstico diferencial.

Se encontrará uno en el caso de reservar el diagnóstico y esperar para pronunciarse algunos meses, quizás un año y a veces hasta dos años.

Pero, salvo ciertos casos, como los estudiados anteriormente y donde se encuentra uno a menudo con asociación de lesiones mielíticas, meníngeas, radicales y neuríticas: se despistará

la polineuritis en las particularidades siguientes: la parálisis sin contractura, es simétrica, comenzando por las extremidades va ganando poco a poco la raíz del miembro, siendo siempre más considerable la parálisis en las extremidades para ir decreciendo a medida que nos acercamos a la raíz. Se encuentra coexistencia de disturbios sensitivos, subjetivos y objetivos; los músculos se presentan con una amiotrofia manifiesta; los esfínteres se encuentran normales.

Cuando nos encontramos delante de una radiculitis pura y el niño tiene cierta edad, la reconoceremos por la crisis de dolor intolerable con que se presenta y que se acrecienta con la tos y el estornudo; casi siempre se nos presenta unilateral, presenta siempre una topografía unilateral, mientras que tenemos en la topografía de la polineuritis una topografía periférica a asiento polineurítico.

Otra afección con la que se puede confundir, sobre todo en los casos de polineuritis inferior, es el tabes.

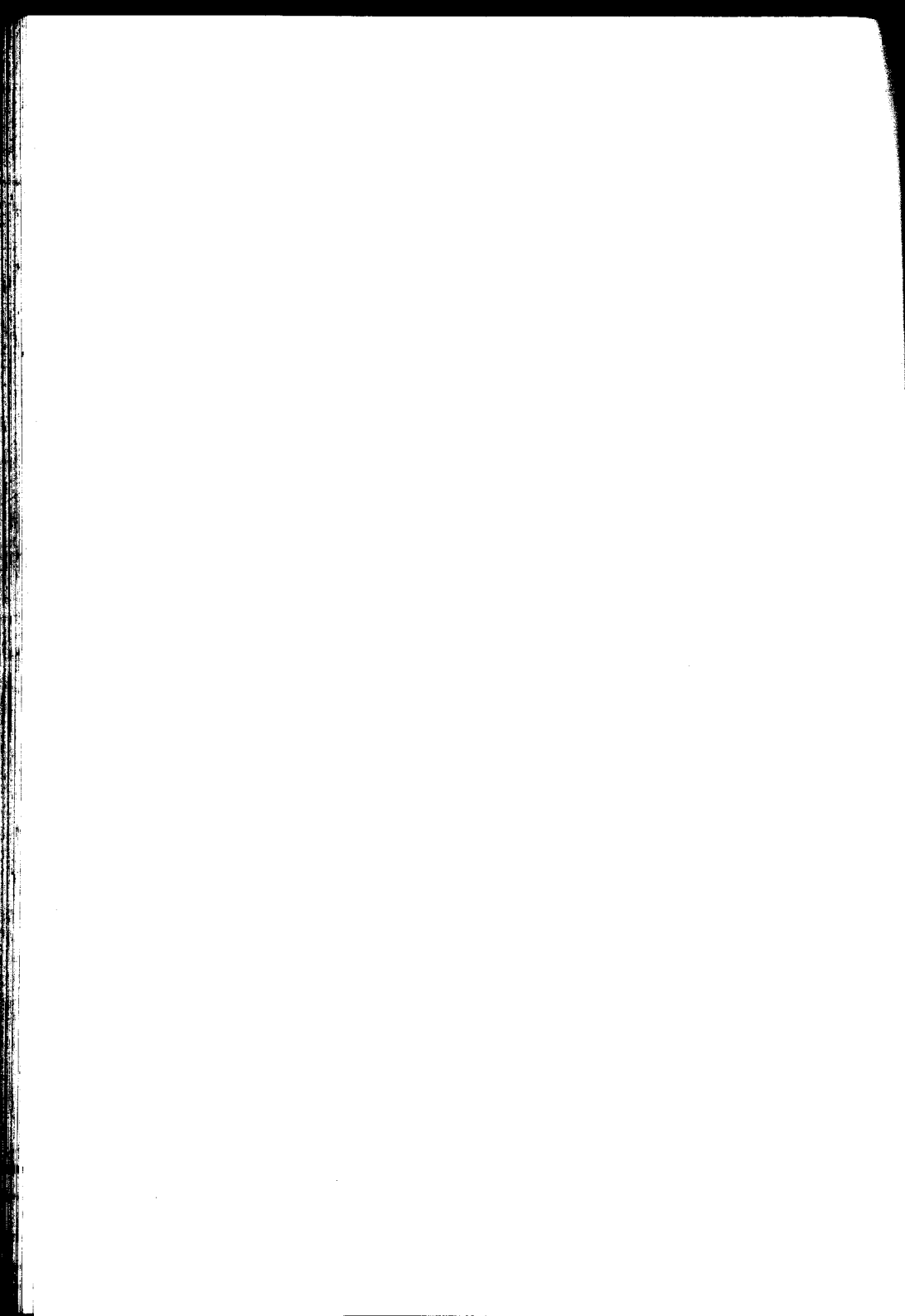
Sin embargo, teniendo en cuenta que el tabes es una afección excepcional en el niño, haremos el diagnóstico basándonos en los caracteres siguientes: el tabes se presenta con disturbios de los esfínteres, de una marcha en el

talón y no con estepage, siendo este último punto la guía principal que diferenciará el diagnóstico. Además, si hacemos una punción lumbar y un examen citológico del líquido céfalo-raquídeo, encontraremos en el caso de un tabes una linfocitosis muy marcada y constante y no así en el caso de una polineuritis.

No podrá tampoco confundirse una miopatía con la polineuritis, pues no hay verdadera parálisis en la poliomiелitis, el sujeto tiene los miembros inmovilizados para evitar el dolor que se encuentra localizado en los músculos edematizados y sensibles a la palpación; los reflejos, por lo demás, están conservados.

El diagnosticar la causa productora de la polineuritis tiene una importancia grandísima para el pronóstico y el tratamiento y se hace a veces necesario buscar el origen con una sagacidad extremada; pues si es fácil diagnosticar una polineuritis producida por difteria o por una coqueluche o cuando la causa se encuentra en una intoxicación por una afección intestinal aguda cualquiera, no es tan fácil despistarla en las formas crónicas; el médico tendrá que averiguar donde bebe el niño, si tiene vasos o juguetes a base de plomo y despistar, si lo sospecha, los otros signos de la intoxicación saturnina. Igual-

mente con mucha atención procurará investigar las otras causas de intoxicación: alcohol, arsénico u otras intoxicaciones de origen mineral u orgánico.



Tratamiento

Como hemos hecho notar anteriormente el tratamiento debe también fijarse mucho en el origen etiológico: es el tratamiento causal o etiológico. Si se trata de un envenamiento o de una intoxicación es necesario suprimir inmediatamente la causa del mal y eliminar del organismo el tóxico por los medios propios de cada uno.

Se prescribirá inmediatamente un tratamiento sintomático; si los dolores son muy fuertes, que el niño sufra mucho se prescribirá la antipirina, la fenacetina; también podrá utilizarse la aspirina, la exalgina.

En los casos en que los nervios bulbares aparezcan tomados la morfina está contraindicada y en esos casos los bromuros, el veronal podrán emplearse.

Los baños calientes y prolongados dan a veces un efecto sedante utilizable.

En las polineuritis a forma cardíaca o respiratoria se hará uso de la cafeína, aceite alcanforado, estriquina y éter en forma de inyecciones, conjuntamente se harán al enfermo inhalaciones de oxígeno.

Cuando los accidentes agudos hayan sido calmados, se instituirá entonces el tratamiento curativo; se usará entonces de los baños sulfurados y salados, de las duchas tibias, las fricciones excitantes y el masaje de los músculos.

Leyden ha preconizado con mucho entusiasmo las inyecciones subcutáneas de estriquina como tratamiento curativo, pero los resultados de la experiencia no son tan optimistas en el niño.

Sobre todo se debe recurrir a la electroterapia, la que debe ser continuada tenaz y constante durante largos meses hasta obtener el resultado apetecido.

Se practicará la electroterapia sobre los nervios y sobre los músculos.

La electrización de los nervios se hace aplicando sobre el trayecto de los troncos nerviosos yendo de arriba abajo la corriente galvánica, dicha corriente debe ser de 3 a 6 miliamperes.

Al principio se comienza por sesiones cortas de más o menos 3 minutos, siendo alarga-

das estas sesiones poco a poco hasta llevarlas progresivamente a 10, 15 y 20 minutos.

Con 2 o 3 sesiones por semana se tendrá suficiente. Para estos casos es poco empleada la corriente farádica.

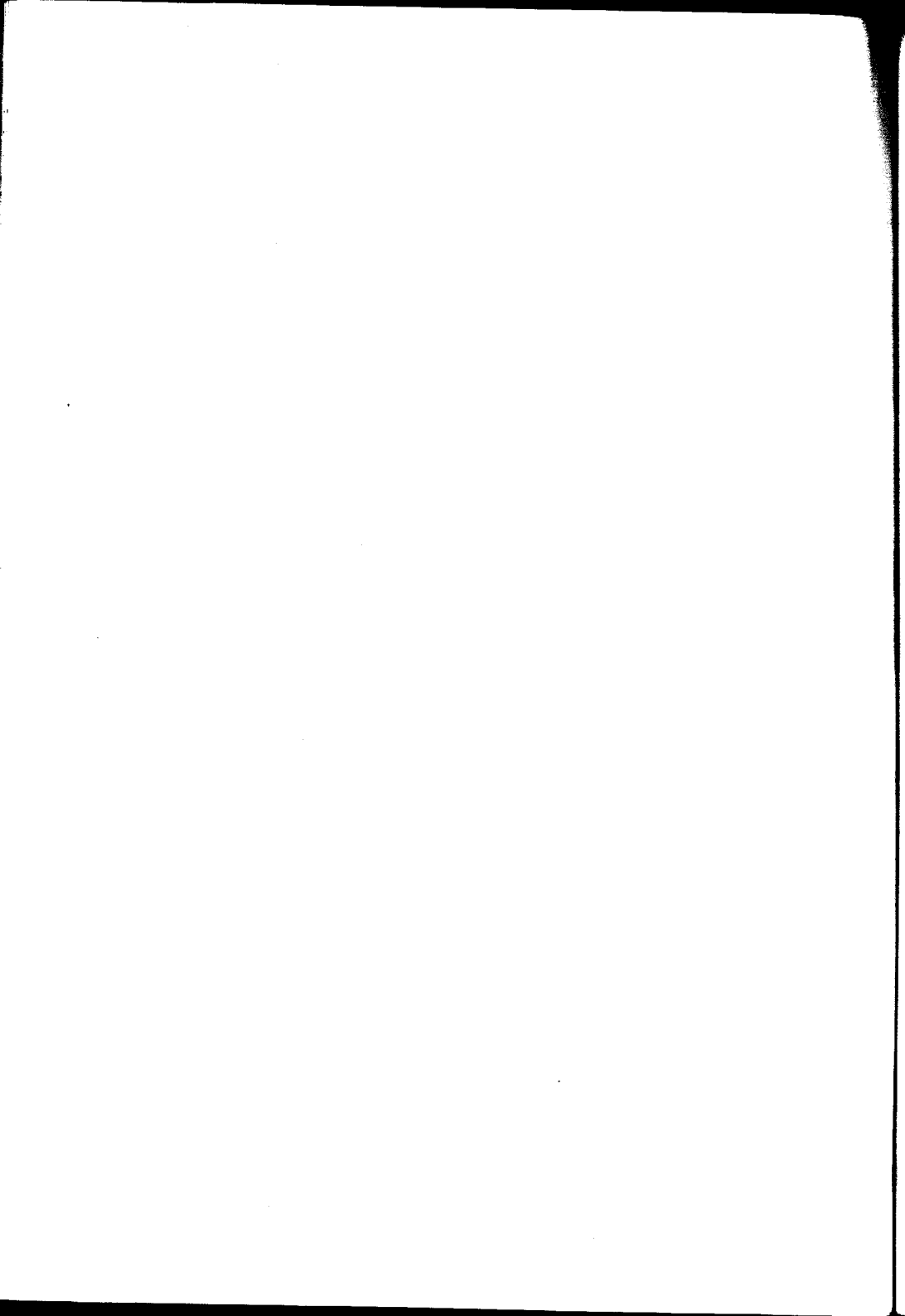
Pero el principal tratamiento por la corriente eléctrica es el que se hace sobre los músculos.

La excitación muscular se hace por medio de la corriente inducida o de la corriente continua y también la gálvano-farádica ritmando la corriente con el metrónomo a sesenta interrupciones por minuto. Se coloca el positivo sobre la columna vertebral y el negativo sobre los músculos paralizados; son suficientes las corrientes de 3 a 6 miliamperes.

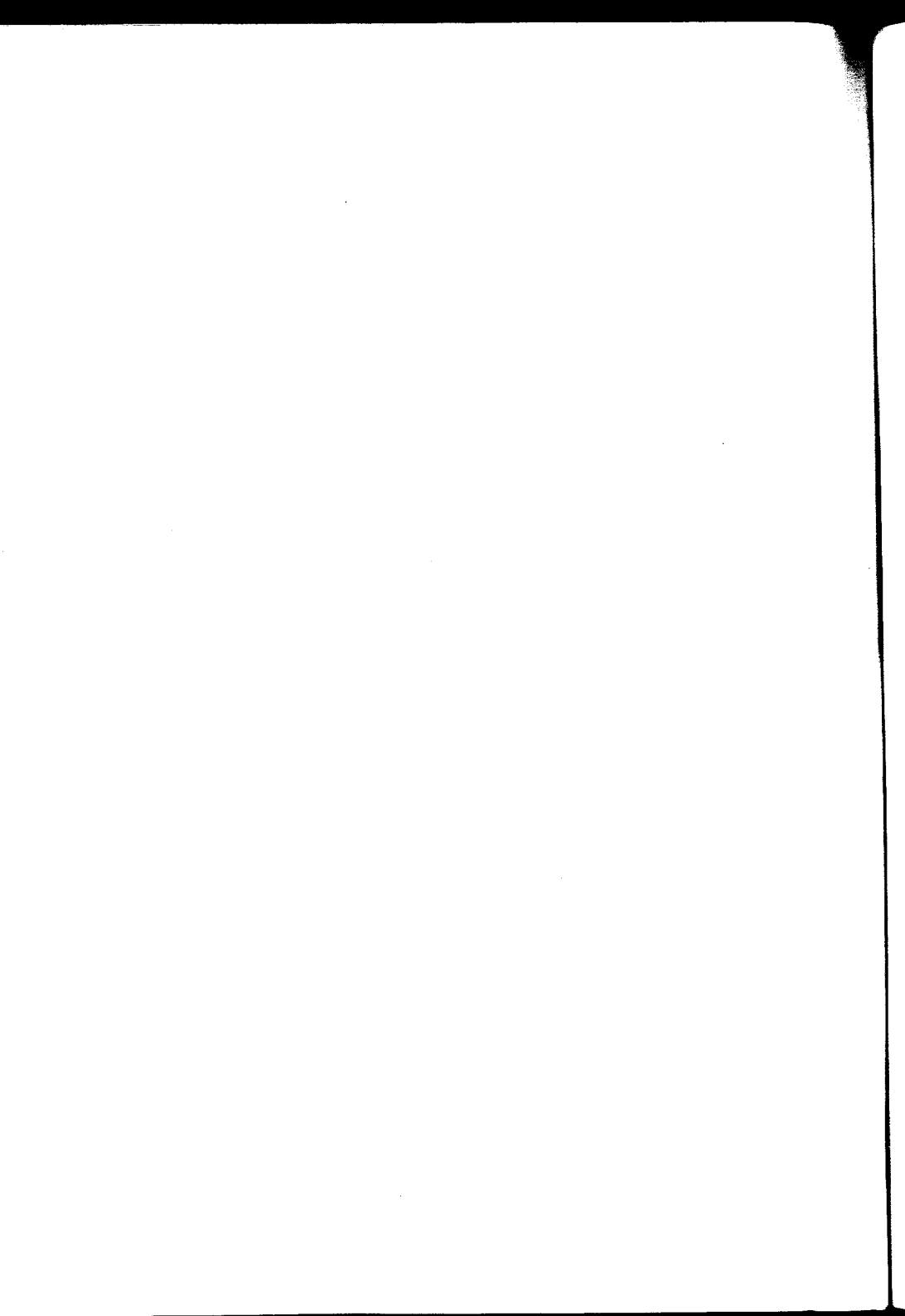
Se secundará la electroterapia además de los que hemos anotado al hablar del tratamiento curativo, con la reeducación de los movimientos y la gimnasia propia de cada caso.

Se tratará el estado general por los compuestos fosfatados, el aceite de hígado de bacalao y por todos aquellos alimentos ricos en fósforo necesarios a la regeneración de los elementos nerviosos y musculares.

Se usará con gran ventaja la lecitina.



OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Hospital Durand. — Sala 8. -- Servicio del doctor Delio Aguilar.

Nombre: Emma Rodolfo; edad: 10 años; nacionalidad: argentina. — Fecha de ingreso: mayo 25 de 1915; fecha de alta: noviembre 8 de 1915.

Diagnóstico — Polineuritis.

Antecedentes hereditarios—Padre: 45 años, alcoholista, no ha tenido ninguna enfermedad; presenta una úlcera en el pie derecho, consecuencia de una herida desde hace diez meses.

Madre: 38 años, sana, ocho hijos sanos y vivos, un aborto, un muerto.

Antecedentes personales — A los veinte meses sarampión, no ha estado nunca enferma hasta la enfermedad actual, comenzó hace un mes con

dolores en la pantorrilla y planta del pie y en la espalda especialmente, lado izquierdo; dos meses antes cayóse de una hamaca, consecuencia del golpe se desmayó; pero no se quejó de ningún dolor. Los dolores de la espalda y miembros continuaron y aumentaron en intensidad, pero seguía en el colegio, en el cual se cansaba fácilmente al menor ejercicio, hasta le fué difícil escribir.

Hace once días que le era imposible seguir las filas en el colegio y no podía caminar por un camino cubierto de piedritas por el dolor y subía sobre el cespéd.

Suma debilidad en los miembros inferiores en los cuales la extensión era incompleta.

Al siguiente los dolores aumentaron y dificultan la marcha, por lo cual es sacada del colegio y llevada a su casa, donde permanece en cama; se le administra un enema, puede levantarse sola de la cama para sentarse en el servicio.

Permaneció en la cama dos días más, es decir, hasta ocho, siguiendo en el mismo estado, dolor, debilidad muscular, hormiguelo en los miembros; es llamada la asistencia pública, un practicante el cual determinó la pérdida del apetito y determinó náuseas; al día siguiente le fué

ya imposible levantarse, mareos, no podía moverse en la cama, carecía de dolores espontáneos; pero muy marcados a la presión en todo el cuerpo.

Permaneció en este estado hasta hace cuatro días que fué llamado un médico, el cual ordenó fuera llevada al hospital.

Dos días después, el 25 de mayo, ingresa a este servicio.

La enferma es una chica que ha sido muy mal alimentada, estando en un estado de suma pobreza.

Estado actual (6 de junio) — Decúbito dorsal forzado, se cansa mucho en el decúbito lateral, sumamente delgada.

Facies: Demacrada; panículo adiposo: escaso.

Respiratorio: Pulmones, normal, no hay tos, 24 respiraciones por minuto, ligera eritema alrededor de las fosas nasales.

Aparato circulatorio: Corazón, percusión normal; auscultación desdoblado primer tono de la punta, los demás normales, 100 pulsaciones.

Aparato digestivo: Los primeros días anorexia, actualmente hay apetito, labios descamados en los bordes, aliento fétido. Lengua saburral, hú-

meda, constipada habitualmente. En los primeros días de su entrada a la sala tenía frecuentes vómitos, aunque tomara agua solamente.

Higado: normal; bazo: no se palpa.

Urinarias: en el día de su entrada a la sala tenía paresia vesical, sentada eliminó seiscientos gramos de orina, aspecto normal.

Estado psíquico: normal, sabe leer y escribir.

Sistema nervioso: sensibilidad térmica conservada, sensibilidad táctil conservada. Hiperestesia de todo el cuerpo, excepto en la cara y el cráneo; la simple presión contra la superficie ósea es muy dolorosa, conservándose si se comprimiera las masas musculares o trayecto de gruesos nervios.

Sentidos especiales: normales.

Motilidad activa: bien, habla bien, aunque prefiere estar callada; mueve bien la cabeza, aunque prefiere permanecer inmóvil, no son dolorosos.

Miembros inferiores: en los primeros días podía levantar ambos miembros inferiores y flexionar los muslos y las piernas; estos movimientos eran lentos, limitados y dolorosos; hoy la paraplegia es casi completa, pudiendo apenas percibirse en la pierna izquierda un ligero movi-

miento de flexión; la niña no puede levantarse o tenerse en pie.

Junio 12: Paraplegia completa de los miembros inferiores.

Motilidad pasiva. Cualquier movimiento que se le hacía efectuar como ser sentada en la cama, colocada de pie o flexionando uno de los miembros inferiores, produce quejidos y llantos, evidenciando un dolor general a la región que se pone en movimiento y sumamente aguda.

Reflejos: cutáneos muy disminuídos.

Reflejos: Tendinosos abolidos.

Julio 11: Levanta el miembro inferior izquierdo y puede flexionarlo, siendo dolorosa si se quiere llevar esta flexión al máximo.

El otro miembro inferior todavía totalmente paralizado.

Julio 14: Empieza a mover el otro miembro inferior, levanta la rodilla a 0.10 centímetros. Flexiona la pierna sobre el muslo.

Agosto 14: Mueve perfecta y correctamente los miembros inferiores, no puede aún tenerse sola de pie; si se la sostiene puede estar parada; pero inclinada hacia atrás si se la suelta cae de espalda.

Septiembre 1: Puede tenerse en pie y dar algunos pasos.

Septiembre 15: Camina perfectamente bien.

Septiembre 25: La enferma deja la cama y la marcha es posible, ha aumentado de peso, su estado general es muy bueno.

Octubre 2: La enferma camina, corre, sube escaleras perfectamente bien. Los reflejos tendinosos aún están abolidos.

Tratamiento — El tratamiento se hizo con baños calientes, aspirina, bromuros, dionina, laxantes. Fué dada de alta curada el día 8 de noviembre.



OBSERVACION II

Nombre: A. B.; edad: 2 años y medio; nacionalidad: argentina; domicilio: Chascomús (en la campaña).—Fecha: 3 de abril.

Antecedentes hereditarios — Padre: vive y es sano; la madre es sana, no tuvo abortos, los hermanos sanos.

Antecedentes personales — Con anterioridad a la enfermedad actual no ha padecido afección alguna.

Enfermedad actual — Comenzó hace 8 días con dolores en el abdomen, alta temperatura y constipación; siguiendo en este estado hasta los tres días en que comenzó a quejarse de dolor en la pierna derecha primero y luego también de la otra pierna, imposibilitándole la marcha y aún cualquier movimiento, obligándola al lecho

hasta que resolvieron los padres traerla al médico.

Estado actual — Niña en buen estado de nutrición, panículo adiposo desarrollado, buen desarrollo muscular y óseo.

Piel y mucosas bien coloreadas. Lividez en ambas extremidades inferiores.

Nos presenta encogida la pierna izquierda.

Temperatura: 37°2.

Aparato circulatorio: Normal.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato digestivo: Lengua saburral, abdomen globuloso, dolores a la presión sin localización del dolor. Está constipada. Hígado: normal, no doloroso.

Bazo: palpable.

Miembros inferiores: Dolor a la presión en el trayecto de los troncos nerviosos de la pierna izquierda.

Movimientos activos y pasivos imposibles por el dolor.

Reflejos patelar y plantar abolidos en la pierna izquierda y disminuídos en la pierna derecha.

Marcha imposible; teniendo a la niñita por

las manos e invitándola a dar el paso balancea todo el cuerpo, pero no mueve los pies.

La estación, aunque incorrecta, es posible, pues se apoya en la pierna sana y separa del eje del cuerpo la pierna afectada.

Tratamiento — Purgante, baños tibios, régimen lácteo, salicilato de sodio.

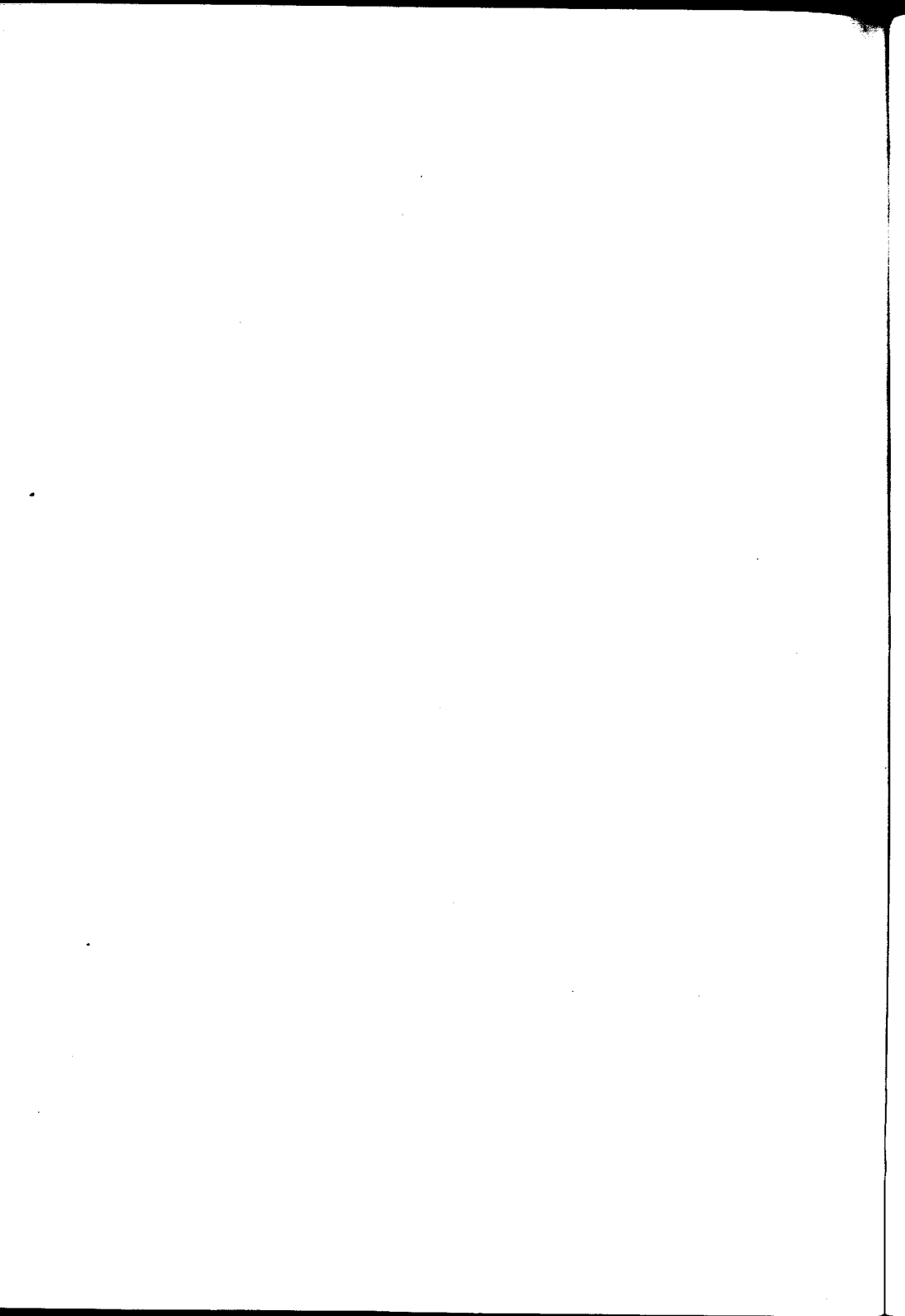
Abril 15: El dolor ha desaparecido, la pierna ya no la tiene inmovilizada. Los reflejos persisten abolidos.

Mayo 5: La niña ha mejorado, se presenta normal.

No se hicieron reacciones eléctricas porque hallándose en la campaña carecía de los elementos necesarios.

Hay que advertir que en esta época hubo en este pueblo una pequeña epidemia de poli-neuritis.

AGUSTIN MORCHIO.



Buenos Aires, Junio 12 de 1917.

Nómbrese al señor Consejero doctor Angel M. Centeno, al profesor extraordinario doctor Mariano Alurralde y al profesor suplente doctor Genaro Sisto, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

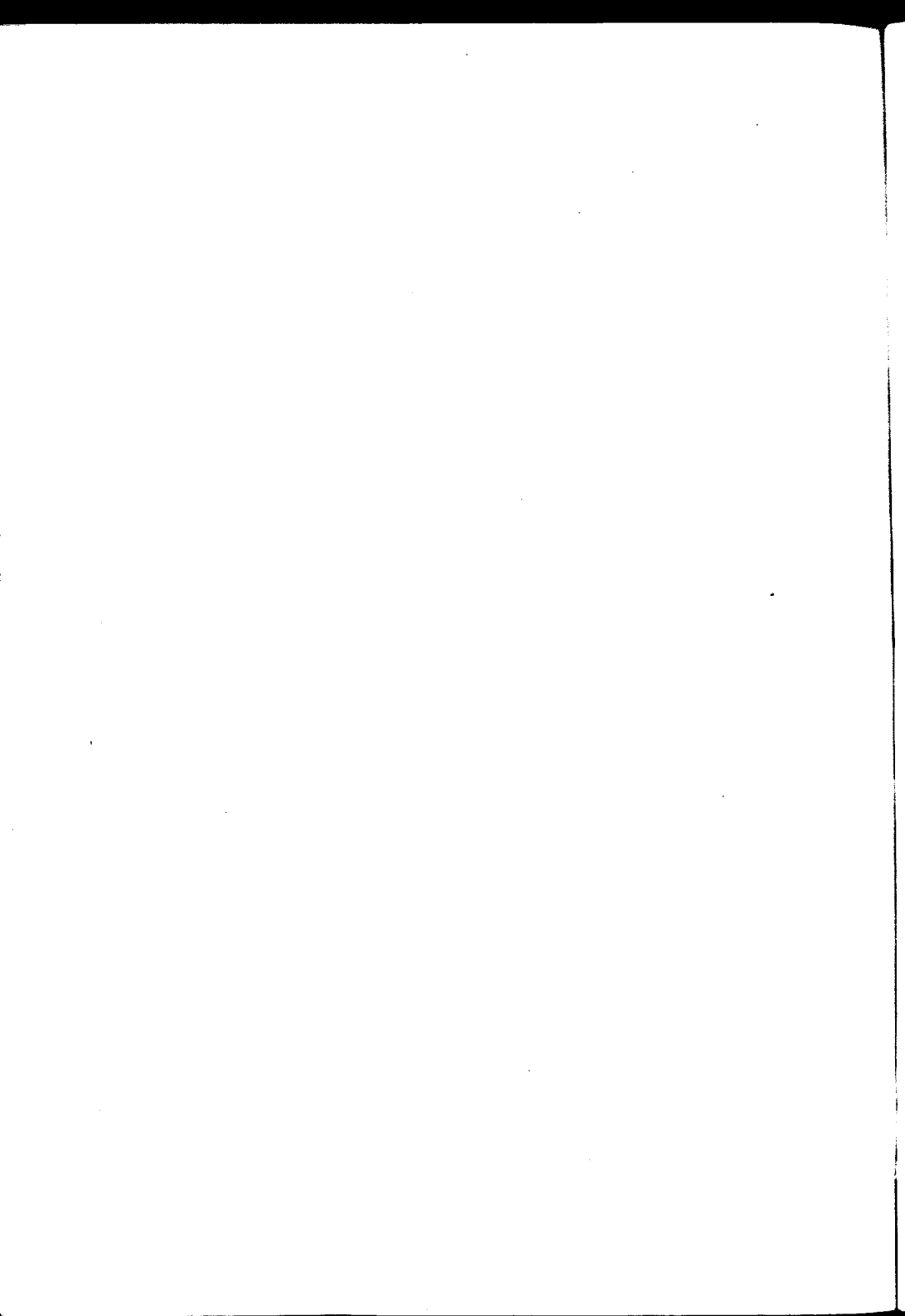
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Agosto 17 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3354 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou.
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Electroterapia en las polineuritis. Su importancia.

Centeno.

II

Diagnóstico diferencial en las polineuritis basado en el estudio de los síndromes eléctricos.

Mariano Alurralde.

III

Diagnóstico diferencial de las polineuritis en la infancia.

G. Sisto.

30372



