

dor de una afección central, como un fenómeno ligado lo más á menudo á la tabes ó á la meningo-encefalitis difusa, y ajeno á la sintomatología de la neuritis periférica. Es, en efecto, difícil comprender que una alteración local de los nervios iridianos pueda presentar semejante sistematización.

Se acepta, pues, que el signo de Robertson es preciso para establecer el diagnóstico diferencial entre las neuritis periféricas y la tabes.

Sin embargo, hay motivos para juzgar con ciertas reservas este punto, si se consideran las observaciones de Éperon. Este autor, en un trabajo que lleva por título *Sobre algunos síntomas tabetiformes de la ambliopía tóxica*, sostiene que en los individuos intoxicados por el tabaco ó el alcohol y afectados de ambliopía, ha comprobado la existencia del signo de Argyll Robertson. Estos enfermos, que estaban además sujetos á dolores fulgurantes y presentaban también los reflejos rotulianos debilitados ó abolidos, semejan en un todo á los tabéticos. Éperon prevee las objeciones que pueden hacerse y las contesta. No encuentro nada mejor que citar textualmente sus palabras: «En vez de atribuir este síntoma á una lesión especial, como en la tabes, ¿no se explicaría más sencillamente por una afección del nervio óptico? Porque es bien sabido que en todos los casos de ambliopía muy pronunciada, la reacción pupilar á la luz es al menos muy perezosa. A lo cual yo responderé: 1.º Que la presencia del signo de Argyll Robertson no está en relación con el grado de ambliopía en los enfermos que están afectados de ella. He visto coexistir dicho signo con una agudeza de 0,6. Puesto que es necesario un grado de ambliopía muy pronunciado, al menos  $\frac{1}{20}$  y, sobre todo, una estrechez marcada del campo visual periférico, lo que invariablemente falta en la ambliopía tóxica verdadera, para destruir la vía centripeta del reflejo pupilar. 2.º Que el signo en cuestión ha persistido después de la desaparición de la ambliopía.

» Podría objetárseme también que el diagnóstico de ambliopía tóxica en estos casos no estaba perfectamente establecido, y que yo he podido tomar por tal atrofia espinales nacientes. Fácil me es contestar á este cargo diciendo que, de 11 enfermos, he podido seguir observando á siete durante muchos meses, algunos durante años, y que en los siete enfermos he podido comprobar una curación completa, un alivio, ó un estado estacionario de la ambliopía. Como sabéis, no es este jamás el aspecto de la atrofia tabética verdadera, afección de marcha rápida, y sobre todo inexorable, que conduce siempre á la ceguera completa ».

Aun considerando como adquisiciones científicas los resultados de las observaciones de Éperon, puédesse todavía discutir si en tales casos se trataba exclusivamente de lesiones periféricas, ó bien si además existía alguna alteración en los centros. Es verdad que las observaciones precedentes, si son confirmadas por nuevos hechos análogos, son de un gran interés, porque demostrarían que el signo de Argyll Robertson, asociado á síntomas tabetiformes (dolores fulgurantes, signo de Westphal, signo de Romberg), no está necesariamente ligado á la tabes, y depende á veces de una afección relativamente benigna, de ordinario curable (1).

(1) Parinaud, que ha examinado, con el mayor esmero, las pupilas de un gran número de enfermos de parálisis alcohólica, ha observado, á veces, debilidad en los reflejos pupilares y desigualdad de las pupilas; pero jamás ha encontrado la abolición completa del reflejo luminoso. (Comunicación oral).

**Lesiones del nervio óptico.**— Podría, como ya lo he hecho notar, prescindir de las lesiones del nervio óptico, que, á causa de su estructura, debe ser justamente considerado como formando parte del sistema nervioso central. Se sabe, en efecto, que las fibras de mielina de este nervio están desprovistas de vaina de Schwann y estrangulaciones anulares, así como los tubos nerviosos de mielina de la sustancia blanca del encéfalo y de la médula.

Si en el curso de una neuritis periférica se comprueba la existencia de alteraciones del nervio óptico, en vez de concluir que éstas son una manifestación de la neuritis periférica, se está en el caso de sospechar que el agente que ha provocado las lesiones de los nervios, ha lesionado al mismo tiempo el sistema nervioso central.

Hechas estas reservas establecidas, creemos que no deja de tener importancia el consignar los trastornos del nervio óptico que se observan á veces en ciertas afecciones capaces de producir neuritis.

El nervio óptico es á menudo atacado en el *alcoholismo*. Esta neuritis, que constituye una variedad de la neuritis retro-bulbar, y que se conoce gracias á los trabajos de Nettleship, Samelsohn, Vossius, Uhthoff, presenta caracteres clínicos que permiten reconocerla. Los trastornos visuales que producen las lesiones del nervio óptico, se desarrollan lenta ó insidiosamente, siendo raro que la ambliopía se haga muy pronunciada en el espacio de algunos días (1) ó de algunas semanas. Aparecen, de ordinario, en los dos ojos á la vez, afectándolos por igual y simétricamente.

Consisten esencialmente, en un escotoma central que tiene la forma de elipse con su eje mayor horizontal. A menos de complicaciones, el campo visual no está reducido en la periferia. Trátase de un escotoma relativo, apreciable sobre todo á una débil iluminación, excepto en el centro, en donde existe á menudo un pequeño escotoma absoluto. El verde y el rojo son los primeros colores que no se perciben en este punto. Los enfermos apenas se dan cuenta de la existencia del escotoma, siendo el examen perimétrico el que viene á evidenciarlo generalmente. Lo que llama la atención es la disminución de la agudeza visual. La coexistencia de la ambliopía central con la integridad de las partes periféricas del campo visual tiene como consecuencia el que los enfermos ven mejor en la semi-oscuridad que á una luz intensa, y que se orientan y dirigen la marcha, evitando fácilmente los obstáculos que encuentran á su alrededor, en tanto que no distinguen bien los objetos que se hallan precisamente delante de ellos; así sucede que perciben á veces como en una niebla la cara de la persona que tienen enfrente.

En los casos muy graves, la debilidad de la visión es muy pronunciada, y se han citado observaciones en las cuales había ceguera completa; sin embargo, no está demostrado satisfactoriamente que en tales casos se tratara de una ambliopía alcohólica sin complicaciones.

Al examen oftalmoscópico se comprueba una decoloración blanquecina de las partes temporales de la papila.

El pronóstico es, por lo general, favorable. Si los pacientes abandonan sus excesos alcohólicos, los trastornos visuales desaparecen por lo común de una

(1) Parinaud ha observado casos en que la ambliopía se desarrolló rápidamente en veinticuatro ó cuarenta y ocho horas. (Comunicación oral).

manera completa, siempre que el escotoma no sea absoluto ni de antigua fecha la afección; cuando no concurren estas condiciones, dichos trastornos se atenuan al menos con el tiempo.

En resumen, escotoma central, relativo al principio á la percepción de los rayos verdes y rojos; integridad habitual de toda la porción periférica del campo visual; debilidad de la visión, de ordinario poco pronunciada, pudiendo sin embargo, en casos graves, hacerse bastante profunda, mas no llegando apenas á la ceguera completa; simetría y bilateralidad de las perturbaciones de la visión; en fin, decoloración blanquecina de las partes temporales de la papila; tales son los caracteres fundamentales de la neuritis retro-bulbar alcohólica. La bilateralidad y la simetría distinguen la neuritis retro-bulbar alcohólica de la neuritis retro-bulbar ordinaria.

Se admite generalmente, desde los trabajos de Samelsohn y de Uhthoff, que la neuritis óptica alcohólica es independiente de toda alteración de los centros celulares de donde proceden las fibras nerviosas. Parinaud (comunicación oral) es de opinión contraria y se funda, para admitir la intervención de los centros, en la naturaleza sistemática de la afección, que, como acabamos de decir, es bilateral y simétrica, no afecta más que las fibras del nervio óptico que presiden á la visión central y afecta *igual y simultáneamente* los dos ojos; funda su opinión también en la existencia de la *discromatopsia*, que, en su concepto, implica siempre la intervención de los centros nerviosos. Estos son los caracteres que considera Parinaud como incompatibles con una lesión localizada primitivamente en el tronco del nervio óptico, y si se tienen presentes las consideraciones que hemos expuesto en favor de la naturaleza central de algunas neuritis, en apariencia periféricas, no extrañará que estimemos esta opinión como perfectamente justa. Parinaud, en apoyo de su tesis, hace notar, además, que la ambliopía alcohólica va á menudo acompañada de trastornos mentales, lo que revela bien claro que el sistema nervioso central está interesado en este caso.

En el *saturnismo* se observa á veces una neuritis óptica doble con congestión de la papila.

En otros casos, existiendo alteraciones visuales muy notables, no existe modificación de la papila comprobable al oftalmoscopio.

Los trastornos visuales consisten en una amaurosis doble ó en una considerable ambliopía con reducción del campo visual.

Se desarrollan en ciertos casos lenta é insidiosamente; entonces es cuando de ordinario se comprueba la existencia de la neuritis óptica.

La amaurosis puede presentarse bruscamente y la ceguera ser completa en pocas horas; en estas condiciones los síntomas oftalmoscópicos faltan comunemente y se observan al mismo tiempo otros accidentes nerviosos graves (trastornos cerebrales, ataques epileptiformes). Es muy probable que esta forma de amaurosis depende de la uremia.

El pronóstico es siempre grave; mas la ambliopía y la amaurosis sin síntomas oftalmoscópicos, envuelven un pronóstico más favorable que la neuritis óptica.

En la *difteria*, Bouchut ha comprobado á veces una neuro-retinitis con anemia retiniana, infiltración serosa y atrofia papilar.

Las afirmaciones de Bouchut no han sido aceptadas por los oftalmólogos que han intentado su comprobación. Según Magne, se observa lo más, en algunos casos, congestión del fondo del ojo; pero jamás neuro-retinitis.

#### TRASTORNOS PSÍQUICOS — PSICOPATÍA POLINEURÍTICA

Con el nombre de *psicopatía polineurítica* ó de *cerebropatía psíquica-toxémica*, Korsakoff, de Moscou, ha descrito los trastornos mentales que se asocian á menudo á la neuritis múltiple, y que considera como una forma particular de enfermedad mental.

Diversas intoxicaciones, el alcoholismo en particular, ciertas enfermedades infecciosas, entre otras, la septicemia puerperal, el tifus, la tuberculosis, algunas enfermedades generales como la diabetes sacarina, el linfadenoma, etcétera, son origen de esta psicosis que ordinariamente se desarrolla de la manera siguiente: Al mismo tiempo que se presentan los síntomas de neuritis, puede notarse una modificación en el carácter del enfermo que se hace irritable, caprichoso, ó bien por el contrario, indolente y apático. A estas primeras manifestaciones precursoras de la afección mental, suceden trastornos que indican la invasión; consisten en agitación poco acentuada durante el día, y que aumenta al llegar la tarde; el enfermo está ansioso, teme el quedarse solo y se lamenta de su suerte. Estos fenómenos se hacen todavía más intensos durante la noche; el enfermo lanza gritos, gemidos, víctima de alucinaciones y de agitación motora, insulta á las personas que le rodean, intenta herirlas y lanza sobre ellas los objetos que están á su alcance. En algunos enfermos se han presentado convulsiones epileptiformes. El acceso se calma en la segunda mitad de la noche, al rayar el día y el enfermo parece en ciertos casos recobrar de un modo casi completo su lucidez, el conocimiento; pero lo más común es que desde los primeros días de la invasión de la enfermedad se observe una debilidad intelectual, disminución muy notable de la memoria, trastornos en la asociación de ideas, ilusiones y alucinaciones de la vista y del oído. A veces el delirio persiste día y noche, pudiendo durar sin interrupción durante varias semanas.

Al principio de la enfermedad es cuando estos fenómenos alcanzan su apogeo; se atenuan después, mientras que la debilidad intelectual, la amnesia, que son de ordinario precedidas por el período de agitación, se acentúan poco á poco viniendo á ser los más importantes del cuadro sintomático.

La amnesia, que en muchos casos es el trastorno mental más saliente y á veces la manifestación casi exclusiva del desorden psíquico, tiene por carácter principal referirse tan sólo á los hechos recientes, conservándose bien el recuerdo de los más remotos. Cuando esta amnesia no se asocia á la debilidad intelectual ó ésta no es muy pronunciada, el enfermo puede durante mucho tiempo hacer la impresión de un individuo que goza de todas sus facultades intelectuales; las ideas que emite son perfectamente razonables, las enlaza con lógica y puede sostener momentáneamente una conversación; pero el trastorno mental no puede tardar en presentarse. En efecto, el enfermo olvida muy pronto lo que acaba de decir ó oír y repite con algunos minutos de intervalo las mismas frases sin darse cuenta de ello; pierde la noción de los hechos acaeci-

dos pocos momentos antes, aun de aquellos que le han impresionado vivamente; acaba, por ejemplo, de ser sometido á una electrización dolorosa que le ha hecho lanzar gritos; en algunos instantes pierde, desde que la operación ha terminado, el recuerdo del aparato que tiene á la vista, las maniobras que se han ejecutado ante él y las molestias que ha experimentado.

El olvido de los hechos observados y de las imágenes percibidas no es á veces, en realidad, más que transitorio; es la facultad de evocarlos la que se halla momentáneamente abolida; ciertos individuos los conservan, en efecto, y los recuerdan luego cuando recobran la salud (Charcot).

El enfermo es, como vemos, incapaz de recordar las impresiones psíquicas posteriores al principio de su afección; puede, por el contrario, con mucha facilidad evocar el recuerdo de hechos é imágenes que en otra época impresionaron su espíritu.

Existe, pues, un contraste curioso entre la pérdida de la memoria de las cosas recientes y la integridad de la conciencia, de la facultad de asociación de ideas y de la memoria de las cosas antiguas.

Es preciso añadir, que la integridad de estas facultades no es completa sino excepcionalmente, eso si alguna vez lo es. Examinando estos enfermos con cuidado, se comprueba ordinariamente, aun en aquellos casos en que la amnesia parece ser á primera vista el único trastorno mental, que su juicio no tiene una rectitud absoluta; en muchos de ellos, esta perfecta lucidez no es más que momentánea, y los esfuerzos anejos á una conversación, aun cuando sea corta, bastan á producir una confusión de ideas que es independiente de la amnesia. Cuentan, por ejemplo, que la víspera han salido de casa y marchado á tal punto, cuando hace muchos meses quizá que no han salido de su habitación. También es raro que estos enfermos se acuerden de los sucesos con la misma precisión que cuando gozaban de plena salud; el olvido de los pasados puede ser también completo, como el de los recientes. La ideación está á veces completamente abolida; los pacientes se encuentran en un estado de depauperación, de demencia aparente.

Entre estos últimos casos, que son raros, y aquellos en que la amnesia de los hechos recientes es el único trastorno mental, hay toda una serie de cuadros intermedios. Es fácil concebir las numerosas variedades que esta psicopatía suele presentar.

Casi siempre, al mismo tiempo que las perturbaciones mentales, aparece un adelgazamiento general, distinto del que supone la amiotrofia dependiente de las lesiones de los nervios, una grande depresión física á la que á menudo se agrega una elevación de la temperatura de variable intensidad. En un gran número de observaciones, la enfermedad ha empezado por trastornos gástricos, caracterizados por vómitos.

Martin Brach ha visto, en un enfermo de psicopatía neurítica, desaparecer la *urobilinuria*, con la atenuación de los trastornos psíquicos; es preciso citar, que en un enfermo, cuya observación ha sido referida por Vaughan Harley, la *urobilinuria* coexistía con trastornos psíquicos análogos á los que constituyen la psicopatía neurítica. También conviene recordar que en seis observaciones de *cerebropatía psíquica toxémica*, citadas por Korsakoff, este autor ha mencionado la coloración rojo-oscuro de las orinas.

La psicopatía neurítica puede terminar de una manera fatal, y la muerte es de ordinario debida á alguna afección intercurrente de naturaleza infecciosa (*pneumonía*, *bronco-pneumonía*, etc.).

La marcha es, por el contrario, algunas veces favorable, y yo debo decir que este modo de terminación es más común que el precedente, pero el restablecimiento de la salud es muy largo y exige para completarse meses, y acaso años.

Tales son, brevemente descritas, la sintomatología y la evolución de este estado mental á que Korsakoff ha dado el nombre de *psicosis polineurítica*.

Los trabajos de Korsakoff, de los que el primero data de 1887, fueron seguidos de numerosas publicaciones sobre el mismo asunto; tales son los de James Ross, Hack Tuke, Serbski, Goldscheider, Remak, Fraenkel, Fisher, Hœvel, Iling, Judson Bury, Klippel (citados por Régis), que no hacemos más que mencionar.

No se crea, sin embargo, que Korsakoff haya sido el primero en fijar la atención en estos fenómenos, ya bien estudiados antes.

Charcot, en particular, en una lección dedicada al estudio de las neuritis etílicas, había, en 1884, dado cuenta de la amnesia de los alcohólicos. Lo que pertenece á Korsakoff, es el haber intentado demostrar que esta psicopatía puede estar relacionada con neuritis absolutamente independientes del alcoholismo y dependientes, por ejemplo, de una enfermedad infecciosa.

La opinión de este autor es generalmente aceptada. Sin embargo, Charcot continuaba sosteniendo en 1893, en sus lecciones de la Salpêtrière, que la amnesia de que acabamos de ocuparnos, «pertenece únicamente, ó poco menos, á la polineuritis etílica, constituyendo uno de los caracteres más distintivos, el único acaso de dicha variedad de neuritis periférica». (*Lecciones de Charcot*, coleccionadas por Dutil).

Esta denominación de *psicopatía polineurítica*, que Korsakoff ha dado á estos trastornos psíquicos para hacer resaltar sus relaciones con la polineuritis, es censurable, en mi concepto.

El estado mental en cuestión, no está ligado de un modo indisoluble á las lesiones de los nervios. Korsakoff dice que «un examen atento permitirá siempre descubrir algún síntoma de neuritis, que ayudará á establecer el diagnóstico de la afección psíquica». Esta aserción no me parece suficientemente fundada. El mismo Korsakoff, por otra parte, añade que «en gran número de casos, los síntomas de neuritis están poco pronunciados; en tales circunstancias, los únicos indicios de la neuritis son un ligero dolor en las piernas y una marcha vacilante». Más exacto sería decir, en los hechos de tal género, que la existencia de la neuritis es dudosa.

La denominación de *cerebropatía psíquica toxémica*, que indica el origen de esta afección mental, sin implicar nada acerca de las relaciones especiales que guardan entre sí los fenómenos psíquicos y los fenómenos somáticos, me parece preferible.

En definitiva, se está en el caso de decir, que ciertos agentes capaces de originar polineuritis, engendran asimismo trastornos mentales de una fisonomía especial, que á menudo coinciden con lesiones de los nervios; pero no se está autorizado para afirmar que la polineuritis existe necesariamente en los enfermos que presentan dicho estado psíquico.

Los trastornos mentales, en cuestión, eran conocidos, al menos en parte, en época en que todavía no se tenía noción alguna de la polineuritis. Es, en efecto, conveniente indicar que ciertos hechos llevados al grupo nosológico de la *confusión mental*, creado en otro tiempo por Delasiauve, y que Chaslin ha tratado recientemente de restablecer, parecen análogos á algunos que en la actualidad se agrupan en la psicosis polineurítica. Se trata, en ambos casos, de enfermos en los cuales la psicopatía se ha presentado á consecuencia de una intoxicación ó de una infección, y ha ido acompañada de fenómenos somáticos con marcada denutrición general y fiebre. Las manifestaciones psíquicas no son, tampoco, muy diferentes, aun cuando la amnesia de la psicosis polineurítica no ha sido descrita en la confusión mental. En verdad que si este síntoma fuese constante en la primera de estas dos afecciones, y faltara siempre en la segunda, habría lugar á establecer entre ambos estados una línea de perfecta separación; pero esto, en mi entender, está muy lejos de suceder así. He aquí, por otra parte, un hecho que viene á corroborar mi opinión y que ha sido publicado por Séglas, con el título *Un caso de locura post-colérica*: Trátase de un enfermo que después de una diarrea coleriforme, presentó trastornos psíquicos, caracterizados sobre todo por un estado de *confusión mental*, de *caos*. Este enfermo, en el que no se había notado signo alguno de neuritis periférica, presentó durante algún tiempo una amnesia idéntica á la de la psicopatía polineurítica, así como lo demuestran los dos pasajes siguientes, que tomo de dicho trabajo: «En medio de la charla interesante de esta enferma, se nota que la memoria de los hechos anteriores á la enfermedad se conserva, y acaso se halla exagerada, toda vez que recuerda á menudo, no sólo los hechos, sino los detalles pequeños, insignificantes..... En cambio, cuando se trata de hechos posteriores á la enfermedad, se comprueban fácilmente lagunas enormes de la memoria».

En fin, antes de terminar cuanto con este punto se relaciona, creo deber indicar que los trastornos mentales que aparecen en individuos afectados de neuritis periférica no deben ser necesariamente atribuidos á la cerebropatía toxémica. Una afección psíquica diferente de ella, como en particular el histerismo, puede, en efecto, desarrollarse en un período cualquiera de la polineuritis.

#### TRASTORNOS DEL APARATO RESPIRATORIO

**Laringe.** — *Anestesia de la laringe.* — Se observa en ciertos casos, por lo común después de la difteria, una anestesia de la mucosa laríngea, que predomina en el vestíbulo. Este trastorno puede ser fácilmente evidenciado: basta para ello explorar, mediante una sonda, la cavidad laríngea; el enfermo no percibe entonces ninguna sensación, y se comprueba que las cuerdas vocales, que reaccionan vivamente en el estado normal, tan pronto se excita su mucosa, como permanecen del todo inertes.

La pérdida de la sensibilidad de la laringe suele tener consecuencias graves; se sabe, en efecto, que este órgano, merced á un movimiento de oclusión de origen reflejo, que parte de la excitación de la mucosa, protege las vías

aéreas contra la penetración de cuerpos extraños; la anestesia laríngea, acarreado la supresión de esta función protectora, expone al enfermo á accidentes pulmonares á veces mortales.

*Parálisis de los músculos de la laringe.* — Aunque no es el hecho muy común, existen de él cierto número de observaciones. Tanquerel des Planches, había indicado la afonía en los obreros que manejan el plomo. Seifert, citado por Mme. Dejerine-Klumpke, cita en una Memoria varios casos de parálisis laríngea; unos, tomados de otros autores; otros, de su observación personal. Menciona el caso de parálisis de los adductores de la glotis, publicado por Sajous; el de parálisis de la cuerda vocal derecha con disminución de la motilidad de la cuerda vocal izquierda, publicado por Scheck; los casos de parálisis uni ó bilateral de los adductores, observados por Mackenzie. En uno de los hechos observados por Seifert, se trata de una paresia de los músculos aritenoides transversal y oblicuo; en otro, de una parálisis de los crico-aritenoides posteriores; en el tercero, de una parálisis completa de los músculos internos de la laringe derecha con integridad del crico-aritenoides. Semon ha indicado un caso con parálisis del tiro-aritenoides izquierdo. Ormsby, citado por Luc, indica la afonía en un saturnino. La observación publicada por Kast, de que antes se hizo mención, presentaba, al mismo tiempo que la parálisis de la lengua y del velo del paladar, una paresia de la laringe con afonía. Según Mackenzie, en las parálisis laríngeas saturninas y arsenicales, los adductores de la glotis son únicamente los atacados. Sin ser tan absolutos como este autor, puede decirse que, en los casos de este género, y, en general, en las parálisis laríngeas de origen neurítico, los trastornos de la motilidad predominan en los adductores, y están caracterizados principalmente por afonía.

¿Existen en la polineuritis trastornos laríngeos, semejantes á los que se observan á veces en la tabes (crisis laríngeas, vértigos laríngeos)? No se encuentra demostrado todavía, aunque Grocco y Fusari pretenden haber observado un enfermo de neuritis periférica, que presentaba accidentes de este género, al mismo tiempo que de ataques de anginas de pecho y de crisis gástricas. En todo caso, estos fenómenos son al menos excepcionales en las neuritis.

**Músculos respiratorios.** — No examinaré aquí más que los trastornos paralíticos del diafragma y de los músculos del tronco.

A la parálisis del diafragma corresponde el primer lugar, no sólo por su frecuencia, sino también por los fenómenos clínicos á que da origen.

Los síntomas que la caracterizan son los siguientes: «En el momento de la inspiración, el epigastrio y los hipocondrios se deprimen, mientras que, por el contrario, el pecho se dilata; los movimientos de estas mismas partes se efectúan en sentido contrario durante la espiración» (Duchenne). Si el diafragma está simplemente parético, los fenómenos citados sólo se manifiestan en las grandes respiraciones. Los movimientos respiratorios son de ordinario más frecuentes y menos profundos que en estado normal. Cuando el enfermo está en reposo, no parece sufrir opresión alguna; pero desde que hace algún esfuerzo, su respiración se acelera y se presenta una disnea que puede ser muy intensa.

La parálisis diafragmática dificulta la fonación, la expectoración, la defecación y todos los actos que exigen esfuerzos.