

No se han citado ejemplos de *paralísis* limitada á la faringe, por lo que es preciso remitir al lector á lo que diremos al tratar de la *paralísis* del esófago.

ARTÍCULO XIII.

PARALÍISIS CONSECUTIVAS Á LA ANGINA SEUDO-MEMBRANOSA.

Hoy se considera la difteritis como una enfermedad general, aunque ordinariamente no presente mas que manifestaciones locales en la faringe y la laringe. En efecto, fácil es de demostrar que toda la economía se afecta haciendo manifestacion las falsas membranas en el ano y la vulva, sobre las heridas antiguas ó recientes, por el estado caquético de los enfermos, la tendencia á las pulmonías de mal carácter y las erupciones anormales que la acompañan (G. Sée). Un hecho que aumenta el valor de estas pruebas, es la tendencia á las alteraciones de la inervacion, y especialmente la *paralísis* muscular.

Las *paralísis diftéricas* no se han estudiado hasta estos últimos años, no porque sean mas conocidas en nuestros días, sino porque se ha comprendido mejor la relacion que existe entre ciertas *paralísis* y la angina pseudo-membranosa que las precede.

§ I.—Historia.

Es imposible encontrar el menor dato del objeto que nos ocupa en los autores que se han ocupado de las enfermedades de la garganta, especialmente en Arêteo, Boerhaave y Van Swieten. Borsieri (1) en la descripción de la *angina paralítica* no hace ninguna alusion á la afeccion que nos ocupa. Bretonneau no se ocupa tampoco de ella en sus primeros trabajos. Maingault ha podido recoger algunas observaciones dispersas en los autores. Chomel (2) en una disertacion en 1749 hace mención de ella á propósito de una enfermedad gangrenosa de la garganta; Guimier (3), de Vouyray (Indre et Loir) en 1828 indica tambien los mismos accidentes. En 1836 (4), Loyanté, médico de Preuilly (Indre et Loire) refiere dos casos de ceguera consecutiva á una angina diftérica. Al final del mismo año, Orillar (de Poitiers) describió ya precisamente la *paralísis* consecutiva á la difteritis.

Pero estos son solo casos aislados; estaba reservado á Trousseau (5) conocer la realidad de la relacion que existe entre la difteritis y ciertas *paralísis*, debiéndose á él el nombre de *paralísis diftérica*. Este

(1) Borsieri, *Instit. méd. prat.*, Lipsiæ, 1826, tomo XIX, p. 364.

(2) Chomel, *Dissertation historique sur le mal de gorge gangreneux qui á regné parmi les enfants l'anne dernière*, Paris, 1749.

(3) Guimier, *Memoire sur une epidemie d'angine maligne, etc.* (*Journ. gen. de med.*, 1828).

(4) Loyanté, Tesis de Montpellier, 1836.

(5) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel-Dieu*, 2.^a ed., t. I.

punto se trata por él de un modo admirable en sus lecciones clinicas.

Maingault (1) en su Disertacion Inaugural estudió solamente la *paralísis* del velo del paladar y de la faringe.

En 1855 Bretonneau (2) publicó el caso observado por Herpin; y en 1857, Faure (3) dió á conocer nuevas observaciones.

Una comunicacion de Maingault (4) á la Sociedad de medicina de los hospitales, llamó la atencion sobre este asunto, multiplicándose los trabajos á él referentes. Citaremos el Informe de Roger (5) y las tesis de Paley (6), Pératé (7), Péry (8), H. Boutin (9), Ranque (10), V. Revillout (11) y Gros (12).

En las sociedades científicas han presentado numerosos casos muchos médicos. Citaremos especialmente las comunicaciones de Gillete y de Bouvier, Gubler, Marrotte, Vigla, Duchenne (de Boulogne), Blache ha visto numerosos ejemplos de *paralísis diftérica*.

Los trabajos mas completos sobre este asunto son hasta ahora la Memoria de Maingault (13), la *Clinique de Trousseau*, y las *Investigaciones clinicas* de H. Roger (14).

Entre los autores estrangeros que se han ocupado de este objeto citaremos, en Inglaterra Gull, Kingsford, Sauderson, Dixon y Peter Cader.

§ II. Síntomas.

Las *paralísis* consecutivas á la difteria son muy comunes. Péry reunió veintitres casos en su tesis y Maingault consultó cincuenta observaciones para componer su memoria. Es cierto que presenta algunos dos veces. En la estadística del año 1860 (15) en que se reunieron

(1) Maingault, *De la paralysie du voile du palais*, tesis, Paris, 1854, núm. 494.

(2) Bretonneau, *Archives generales de medecine*, Paris, 1855, 5.^a série, t. V, p. 4, y t. VI, p. 257.

(3) Faure, *Union medicale*, 1857, p. 57 y 65.

(4) Maingault, 13 de abril de 1859.

(5) Roger, *Union medicale*, 1859, t. III, p. 165 y t. IV, p. 101.

(6) Paley, *Angine diphtheritique maligne*, tesis, Paris, núm. 401.

(7) Pératé, *Essai sur la diphtherite*, tesis, Paris, 1858, núm. 216.

(8) Péry, *Certains phénomènes que l'on observe après l'angine diphtheritique et que l'on peut designer sous le nom de paralysie diphtheritique*, tesis, Paris, 20 de mayo de 1859, núm. 101.

(9) Boutin, *De la paralysie consecutive á la diphtherite*, tesis, 25 de mayo de 1859, núm. 105.

(10) Ranque, *Des paralysies consecutives á l'angine couenneuse*, tesis, Paris, 13 de junio de 1859, núm. 116.

(11) Revillout, *Quelques mots sur les paralysies et leurs causes*, tesis, Paris, 23 de agosto de 1859, núm. 199.

(12) Gros, *Des accidents consecutifs á la diphtherite*, tesis, Paris, 1859, núm. 170.

(13) Maingault, *Sur les paralysies diphtheritiques* (*Arch. gen. de med.*, Octubre, 1859, 5.^a série, t. XIV).

(14) Henry Roger, *Recherches cliniques sur la paralysie consecutive á la diphtherite* (id., 1862).

(15) Roger, Memoria citada, p. 9.

todos los casos observados durante la anualidad, en las visitas médicas del hospital de Niños (esceptuando las salas de herpéticos y escrofulosos) todos los casos de difteritis más ó menos generalizados (angina pseudo-membranosa, crup laringeo, traqueal ó bronquial) llegaron á la cifra de doscientos diez, de los que en treinta y un caso se observaron parálisis locales ó generalizadas.

En la convalecencia de la angina pseudo-membranosa es cuando se observan las parálisis. En el caso de Herpin sobrevinieron al décimo quinto día de su *restablecimiento incompleto*. Generalmente comienzan por el *velo del paladar* y la *faringe*. La *deglucion se dificulta*, las bebidas salen por las fosas nasales, á veces caen los alimentos sobre el orificio laringeo y determinan sufocacion y accesos de tos produciendo en muchos casos la muerte. Maingault y Duchenne (de Boulogne) padre, han señalado la imposibilidad de apagar soplando una bugia, de hinchar los carrillos, de ejercer la succion y de gargarizar. La exploracion de la boca hace ver que el velo del paladar está péndulo casi inmóvil y poco sensible á las escitaciones ejecutadas directamente como la titilacion, picadura, etc. Los *músculos posteriores del cuello* pierden su accion y la cabeza se dobla adelante y oscila lateralmente. Los brazos ó las piernas se debilitan, y la progresion es irregular ó imposible. Con frecuencia se observan *amaurosis*, *dilatacion* de una ó de las dos *papilas*; parálisis del *recto* y de la *vejiga*. En algunos casos ha observado H. Roger *albuminuria*.

Estas parálisis son á veces incompletas y constituyen mas bien una disminucion que la pérdida de la potencia muscular.

Es raro observar un conjunto completo de debilidades musculares; no suele presentarse mas que en dos ó tres localizaciones como una parálisis de la faringe y una amaurosis, una parálisis de los músculos del cuello, de los miembros inferiores, de la vejiga y del recto. La parálisis del velo del paladar y de la faringe no se observan siempre aunque las demás partes del cuerpo estén afectadas de este accidente. Hé aquí, segun Péry (1), cómo se distribuyeron las parálisis en 23 casos.

| | |
|--|-----------|
| Parálisis de los miembros inferiores. | 16 veces. |
| — — — superiores. | 9 — |
| — del velo del paladar. | 10 — |
| Semi-parálisis de los músculos de la parte posterior del cuello y de la espalda. | 5 — |
| Estrabismo. | 2 — |
| Parálisis de la lengua. | 4 — |
| — de la vejiga. | 1 — |
| — del recto. | 1 — |

Como se vé en este cuadro las parálisis se asocian, pero en pe-

(1) Péry, *Loc. cit.*

queño número. La *sensibilidad táctil* está *disminuida* ó *abolida*.

El estado general es siempre malo, aunque haya desaparecido la angina diftérica: los convalecientes conservan el color pálido en la cara, debilidad de todas las funciones é inaptitud completa para toda ocupacion; sobreviene edema en los miembros inferiores. La observacion de Herpin, cirujano del hospital general de Tours, dá una idea exacta de la reunion de estos fenómenos. Este médico prestaba sus cuidados á un niño afectado de angina diftérica: «El niño indócil, difícil de sujetar, tosía y lanzaba violentamente sus esputos. Una vez el orificio de mi nariz izquierda recibió la espucion; la necesidad de continuar la cauterizacion no me dejó tiempo ni para lavarme, ni limpiarme. Algunos dias despues romadizo del lado izquierdo, voz nasal; mas tarde angina faringea dolorosa, insomnio nocturno, malestar considerable, debilidad, enfriamiento. Por la mañana las dos amígdalas y la úvula estaban envueltas completamente por una incrustacion blanca (26 cauterizaciones). Tres veces se desprendieron las falsas membranas que cubrian la úvula y se reprodujeron. (Simple inspiracion de alumbre tomado como tabaco, alimentacion escasa). Deglucion difícil, espucion abundante y fétida; evacuaciones cargadas de pseudo-membranas. Restablecimiento incompleto, palidez. Quince dias despues dolor en las muñecas, alteraciones de la vista, constriccion de la garganta: parálisis del velo del paladar que se quedó completamente insensible; regurgitacion, vuelta de los alimentos por las narices. (Reposo obligado. Leche de burra. Reparicion de la facultad de entregarse á los quehaceres domésticos). Un poco mas tarde, sensacion de hormigueo en los dedos gruesos de los piés que se elevó hasta las rodillas: Propension difícil y muy lenta, siendo mas penosa al subir. Este estado continuó sin alivio durante seis semanas. El mismo hormigueo ganó las manos y sus dedos hasta que perdió la facultad táctil. El 10 de Agosto, baños de mar en Pornic; al segundo baño cesaron por completo todas estas molestias (1).

La *pérdida de la sensibilidad táctil* (anestesia) y de la *sensibilidad del dolor* (analgesia) se observan con mucha frecuencia y son segun Bouchut (2) un signo de generalizacion de la enfermedad y de intoxicacion de toda la economia.

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

Faure (3) fué el primero que observó el aspecto general especial: «Toda la parte superior del tronco se dirige hácia atrás; la cabeza por el contrario, se inclina adelante sobre el pecho: todas las masas musculares del cuello y del tronco están debilitadas, es imposible á los

(1) Bretonneau, *Archives generales de medecine*, 1855.

(2) Bouchut, *Rapport de M. le professeur Trousseau á l'Acad. de Med.* (*Bull. de l'Acad. de Med.*, 1858-59, t. XXIV, p. 99).

(3) Faure, *Union medicale*, 3, Enero, 1857.

enfermos elevar la cabeza y esta cae inerte en todos sentidos.» A veces se unen á estos síntomas disnea considerable. Trousseau (1) llama la atención sobre la apariencia de idiotas que esta parálisis puede dar á algunos sujetos y sobre la mutabilidad de los accidentes. Así la parálisis que se presenta en un miembro puede disminuir para aparecer en el otro.

La parálisis puede afectar los músculos de la vida orgánica. Así se han observado parálisis del diafragma, del intestino, del recto, de la vejiga, de donde resulta estreñimiento pertinaz, disuria. Se observan también retenciones de materiales fecales y de orina cuando la parálisis afecta los esfínteres.

Trousseau ha observado la parálisis de las facultades viriles llevadas á veces hasta la anafrodisia completa.

Los sentidos especiales, el olfato, el gusto, el oído se afectan á veces por la parálisis; pero la vista es la que con mas frecuencia se altera. En general lo que se observa es la presbicia, mas rara vez la miopía, y mas aun la amaurosis. Follin explica estos fenómenos por la parálisis de ciertos músculos del ojo, porque la exploración oftalmoscópica no demuestra ninguna alteración.

Esta parálisis se presenta bajo dos formas: una *benigna*, que es la que hemos descrito y es la mas frecuente; la otra *grave*, en la que se observan alteraciones respiratorias, vómitos, delirio, convulsiones y por último fenómenos atáxico-dinámicos. La presencia de la *albúmina* en las orinas no es un fenómeno constante.

Las parálisis diftericas comienzan en la convalecencia de la angina difterica; comienzan por alteraciones de la sensibilidad, hormigueos; la debilidad y la parálisis de los músculos se presenta en seguida; acrecentándose los accidentes se producen alteraciones de la nutrición, despues decrecen y desaparecen completamente.

El *curso* es, pues, ascendente y decreciente.

La *duración* de la parálisis difterica es larga; en las observaciones recogidas ha durado de algunos meses á un año.

La curación espontánea es la *terminación* mas comun, pero es muy lenta y reclama su activamiento por los medios terapéuticos. Sin embargo, se observa la muerte en los niños pequeños con alguna frecuencia ya dependa de una debilidad general de la economía, bien reconozca por causa la alimentación insuficiente, á consecuencia de la parálisis de la faringe ó por la penetración de los alimentos en la laringe.

En la forma *grave* la muerte se produce por adinamia ó ataxia.

§ IV.—Causas.

Las primeras observaciones referidas esclusivamente á la parálisis

(1) Trousseau, *Clinique medica de l'Hotel Dieu*, 2.^a ed., t. I, p. 407.

de la faringe y del velo del paladar, hicieron creer que la parálisis era un simple accidente local dependiente de una *alteración de los músculos* subyacentes á la mucosa primitivamente afectada. Pero se ha renunciado á esta opinion al observar el desarrollo de parálisis en los miembros superiores, paraplegias, atonías del recto, de la vejiga, estrabismo, etc. Algunos médicos han supuesto una *acción refleja* de la médula. Por último, Bretonneau y Trousseau ven en la parálisis difterica una intoxicación análoga á la que producen los venenos minerales, como el plomo, el mercurio, y los venenos animales, como ciertos pescados (los huevos de carpa, de barbo, etc.). Bretonneau asimila á los accidentes secundarios y terciarios de la sífilis, los síntomas de parálisis generalizada despues de la difteritis, siendo estos para él la manifestación mas evidente de lo que se ha llamado difteritis crónica ó constitucional. Fundada esta interpretación de los hechos sobre la propiedad contagiosa y virulenta de la difteria y en el intervalo que separa la parálisis difterica de la misma difteritis (1).

La causa real de las parálisis diftericas, dice Trousseau (2), «es la intoxicación de la economía por el principio morboso que dá lugar á la enfermedad de la que dependen sus accidentes; proceden de la perturbación que sufre el sistema nervioso de un modo especial que no conocemos hasta ahora y es posible nos sea siempre desconocido.»

Creemos deber hacer notar que entre las personas afectadas de parálisis difterica se encuentran *dos médicos* que prestaban sus auxilios á enfermos afectados de angina pseudo-membranosa; circunstancia que confirma la propiedad contagiosa de esta enfermedad y que debe tenerse en cuenta por las personas que cuidan á estos niños para tomar todas las precauciones posibles para evitar el contagio. Sabido es que se ha negado la inoculabilidad de la difteritis; pero hay otros medios de contagio.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* es fácil por las noticias suministradas por los antecedentes del enfermo. Una enfermedad anterior de la garganta, una angina, etc., servirán para distinguir la parálisis difterica de las demás.

El *pronóstico* es en general poco grave: la muerte no se verifica sino en la forma grave, indicada anteriormente, ó bien por complicaciones ó accidentes, como lo ha observado Jardieu en uno de sus enfermos, que en la convalecencia se asfixió por un bolo alimenticio que se introdujo en la laringe.

(1) Boutin, Tesis citada.

(2) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel-Dieu*, 2.^a ed., t. I, p. 417.

§ VI.—Tratamiento.

Consistirá en tónicos y reconstituyentes, quina, amargos, ferruginosos, alimentación sustanciosa, vino añejo. Se escitará la piel con fricciones secas ó lociones alcohólicas; se aconsejarán baños de mar (Herpin), los baños sulfurosos, la hidroterapia y la faradización (Ducheune de Boulogne).

En la declinación de la enfermedad se podrán emplear las preparaciones de estricnina, pero con suma prudencia.

CAPÍTULO III.

ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO.

Las afecciones principales de este conducto son muy raras.

Las enfermedades del esófago pueden comprenderse en la clasificación siguiente: 1.º *hemorragia*; 2.º *esofagitis simple, abceso, gangrena y rotura*; 3.º *esofagitis pseudo-membranosa*; 4.º *esofagitis ulcerosa*; 5.º *cáncer*; 6.º *dilatación*; 7.º *estrechez ó obstrucción*; 8.º *espasmo del esófago ó esofagismo*, y 9.º *parálisis*.

No hemos comprendido en esta numeración el *reumatismo del esófago*, de que trataremos en las enfermedades del sistema locomotor. Tampoco hemos hablado de las *perforaciones* que son una consecuencia de una de las afecciones anteriores y que indicaremos al tratar de ellas; en cuanto á los *tumores* que se forman cerca del esófago y le comprimen, ó á los *focos* que se abren en su interior, los referiremos ó bien á la inflamación, como en los casos de abcesos, ó á las perforaciones, como en los de rotura de un aneurisma, ó finalmente á las estrecheces, como cuando hay un tumor sólido que disminuye el calibre de este conducto.

Casi todas estas afecciones eran conocidas de nuestros antepasados con el nombre de *disfagia*, y haciendo predominar este sintoma principal, hacían de él una enfermedad distinta de la cual se consideraban tan solo como causa las lesiones que acabamos de enumerar. Pero hay demasiada diferencia entre estas diversas lesiones, en cuanto al curso de la enfermedad, á su gravedad y á los medios terapéuticos que deben ponerse en uso, para que pueda considerarse en la actualidad á la disfagia mas que como un sintoma comun, que tiene mas ó menos valor segun los casos.

ARTÍCULO I.

HEMORRAGIA DEL ESÓFAGO.

Se han citado casos de *sanguijuelas* que han penetrado hasta el esófago y han dado origen, por su picadura, á una hemorragia que ha durado ordinariamente mucho tiempo. Se halla un ejemplo de esto en el diario de Vandermonde (1758): cuatro militares han padecido durante cerca de quince días un flujo de sangre por la boca, unas veces en gran cantidad y otras en muy poca. La hemorragia ocasionaba á veces *tos*; pero otras salía la sangre por simple *espucción*. Se presentaba como sintoma comun una *sensación de prurito* ó mas bien la *sensación de un gusano* que se arrastraba, ó en el esófago ó en la abertura posterior de las fosas nasales. Finalmente, los enfermos experimentaban una especie de *constricción*, ó bien sentían un *obstáculo* en la garganta, y la *voz* estaba alterada. Los cirujanos del ejército de Africa han observado casos semejantes en soldados que habian bebido en los arroyos donde habia *sanguijuelas* muy pequeñas.

Hemos citado estos ejemplos porque la picadura de las *sanguijuelas* es casi la única causa de hemorragia que nos interesa, puesto que si la salida de la sangre depende de la *rotura de un aneurisma* en el esófago, como sucede algunas veces, éste es un accidente de otra afección que ya hemos estudiado, y si es consecuencia de una *herida* de este conducto, la enfermedad entra completamente en el dominio de la cirugía.

Solo nos falta ahora hablar de la hemorragia por lo comun poco abundante que sobreviene en la faringitis ulcerosa y en el cáncer, y de la que trataremos mas adelante.

Resulta de lo que acabamos de decir, que solo debemos ocuparnos aquí del *tratamiento* de la hemorragia del esófago causada por la picadura de las *sanguijuelas*, el cual es bien sencillo, pues basta hacer tragar al enfermo una sustancia que provoque la caída de la *sanguijuela* y por consecuencia su *espulsion*, que se verifica por la boca. A este fin se ha propuesto la ingestión del *agua y vinagre*, de una mezcla de *manteca y vinagre* ligeramente calentada, y finalmente una *solución de sal marina*, cuya última sustancia debe preferirse á todas las demás, porque ya sabemos con qué facilidad la sal produce la caída de las *sanguijuelas*. En cuanto á mantener *hielo* en la boca, como querria Rhasis, no es cierto que este medio tenga la misma eficacia.

La existencia de *varices* en los órganos internos, supuesta por José Frank, y negada por otros médicos, es hoy demostrada por observaciones anatómicas.

Lediberder y Fauvel han presentado cada uno un caso de *varices del esófago* á la Sociedad médica de observación, publicándose estos