

Paraplegías agudas. Patogenia, simptomatología y tratamiento

por el doctor

J. Xercavins Romeu

Basado en los datos de unos cuantos enfermos asistidos y curados de paraplegías agudas durante unos años; el creer que son bastante frecuentes los casos en que se encuentran los médicos y demostrado por los hechos clínicos de que, si estos enfermos son diagnosticados y seguidamente tratados, pueden mejorar mucho o curar del todo, hacemos un resumen concreto de la simptomatología y tratamientos empleados en cada uno de ellos, antes de describir la patogenia, simptomatología y tratamiento de las enfermedades causantes de paraplegías agudas.

A. P., fabricante de fumistería (asistido por indicación de su médico de cabecera, doctor Batlle), enfermo, de naturaleza linfática, escrofulosa, escoliótico, recibió un gran remojón, sintiéndose de momento resfriado y dolorido; al día siguiente apareció completamente paralizado, sin dolores subjetivos ni en la presión de los troncos nerviosos, ligera anestesia, con incontinencia de orina en los primeros días y solamente con pequeños movimientos flexores de los dedos de los pies; fué diagnosticado de mielitis lumbo sacra, empezando el tratamiento con una revulsión por medio del termo cauterio; a los ocho días se empezaron a emplear las corrientes galvánicas con una intensidad de unos

25 a 30 miliampers, con ligeras interrupciones; a los quince días de este tratamiento, mejoró, empezando los movimientos de flexión y extensión de los pies y de las piernas; ayudado por las corrientes farádicas, mejoró de la ligera atrofia muscular y a los tres meses estaba ya completamente curado; seguramente se trata de una mielitis de forma congestiva, de reblandecimiento rojo, sin destrucción ni degeneración del tejido nervioso.

Un joven de veinte años, del pueblo de Pierra, cayó al río al atravesar una palanca; era de constitución linfática, con mucha grasa y de un peso de cien kilos, por cuyo motivo tuvo que hacer un gran esfuerzo para salir del río y a los dos o tres días le sobrevino una paraplegia con dolores espontáneos en los trayectos nerviosos, más acusados a la presión en los mismos, sin alteración de esfínter; se diagnosticó que sufría una polineuritis reumática, siendo empleadas las corrientes gálvano farádicas con intensidades más crecientes a medida que mejoraba de los dolores nerviosos y de la atrofia degenerativa parcial que sufría, especialmente de los nervios y músculos de las piernas; cuando ya estaba casi curado del todo, que venía andando al despacho, le sobrevino una pulmonía doble que en pocos días acabó con su vida.

M. B. (enferma del doctor Borrás), de naturaleza escrofulosa y anémica, fué de excursión durante unos días y con gran fatiga

y resfriamiento, obrando como causa determinante, le apareció una paraplejía y raquialgia, sin trastornos de esfínteres, arreflexia total, presentando después de unos días, atrofia muscular, con síndrome de reacción parcial degenerativa; dada esta sintomatología se diagnosticó que sufría una poliomyelitis aguda, empezando a los quince días de enfermedad el tratamiento galvánico, apareciendo la mejora al cabo de unos 25 días y al desaparecer el peligro de degeneración muscular, se empleó la corriente farádica, junto con la galvánica, para obtener así más rápidamente la regeneración muscular; después de cuatro o cinco meses estuvo totalmente curada, dedicándose a su trabajo de modista.

F. N., empleado de comercio, de constitución sanguínea, de estatura baja y obeso; celebrando el santo de su mujer, bailó mucho, cansándose en extremo y estando sudado salió al balcón y por resfriamiento sintióse seguidamente dolorido y pesado, encontrándose, la misma noche, con mucha dificultad de moverse y al día siguiente completamente paralizado de los dos miembros inferiores, con trastornos anestésicos y de incontinencia ligera de la vejiga y algunos días con retención; reconocido por indicación de su médico de cabecera, diagnosticamos una mielitis dorso-lumbar transversa, practicando el electro diagnóstico, presentaba reacción de degeneración parcial en los muslos y casi total en la musculatura de las piernas; se hizo la aplicación por dos veces del termocauterío para descongestionar la parte baja medular, empezando a los pocos días con el tratamiento electroterápico de diatermogalvanización, reaccionando muy lentamente las primeras semanas, pero a los dos meses estaba ya a media curación, y empezando la faradización en los grupos musculares, reaccionó más rápidamente y a los cinco meses estaba completamente curado.

Dr. G., médico de un pueblo de la provincia de Tarragona, yendo de visita montado a caballo se encontró con una gran tempestad, sin poder refugiarse, y a los dos o tres días le aparecieron parestesias, dolores neuríticos muy intensos en la presión de los nervios, atrofiándose los grupos musculares, especialmente los peroné, tibial anterior y extensores, con para-

plejía que le impedía el poder caminar; él mismo se diagnosticó de polineuritis reumática, que nosotros confirmamos; fué tratado por todos los medios médicos, junto con las corrientes gálvano-farádicas, con lo que mejoró, estando a los tres o cuatro meses restablecido, teniendo la desgracia de morir al cabo de unos años de curado, de un accidente de auto.

Un dueño de una pequeña tienda de ultramarinos de la Barceloneta (asistido por indicación del Dr. E. Albiol), después de pasar una infección gripal y haciendo esfuerzos de trabajo pesados, le sobrevino una cuadriplejía; hombre de constitución linfática y por la sintomatología que presentaba, fué diagnosticado de poliomyelitis de los segmentos cervicales y lumbosacros; su médico le aplicó dos o tres sesiones de termo-cauterío y tratamiento iódico, arsenical y de tonificación general, junto con el tratamiento que yo le aplicaba de corrientes gálvano farádicas, quedando a los cinco o seis meses curado, aunque no con la robustez de antes de la enfermedad.

El joven J. P., de Calella, pasando las vacaciones en la montaña, durmió dos días en un pajar húmedo y a la serena, sufriendo al cabo de unos días también una infección gripal de bastante intensidad, con dolores reumáticos, articulares y musculares; durante la convalecencia del estado infectivo, le aparecieron neuralgias y grandes dolores neuríticos en todos los miembros y también muy fuertes en la región occipital, con parexia de los flexores y extensores de dicha región, sin poder sostener nada la cabeza; ingresó este enfermo en la clínica de La Alianza, cuando ya hacía más de dos meses de la enfermedad, en un estado tan deplorable, que se formuló un diagnóstico muy grave de polineuritis generalizada y de forma degenerativa; este caso tratado con tónicos generales, cacodilina vacuourina del Instituto Suizo de Sueroterapia, junto con el tratamiento de diatermia y corrientes gálvano farádicas; durante siete u ocho meses, se ha podido obtener una curación casi total, quedando la pierna derecha, especialmente los músculos extensores del pie y peroneos, un poco atrofiados, pero no impide que acompañado de un bastón pueda caminar, cosa que no esperaban de él la familia ni los médicos.

Parecidos a estos casos, podrían citarse otros tantos, pero no de formas tan graves; de cuadriplejías de fondo neurítico y de mielitis y poliomiélitis de enfermos curados en la clínica del Pilar y años atrás asistidos en el departamento de electroterapia del Hospital Clínico.

Los ejemplos descritos, creemos que nos autorizan a recordar todo lo referente a las enfermedades que pueden ser causa de paraplejías agudas.

¿Qué entendemos por paraplejía? Se entiende por paraplejía la parálisis de la mitad inferior del cuerpo, o mejor dicho, la parálisis simétrica de los dos miembros inferiores en la que queda el enfermo inmóvil e inactivo para los movimientos.

Antes se hablaba de paraplejía facial, braquial, crural; pero hoy día, ya no se considera apropiado este término, y se dice diplejía facial, braquial, etc. Así es que; queda reservado el término "paraplejía" a los miembros inferiores. Cuando están afectados al mismo tiempo los cuatro miembros, se dice que el enfermo sufre una cuadriplejía, como sucede en la mielitis cervical transversa, que produce parálisis atrofica de los miembros superiores, y espasmódica de los inferiores. Para que exista una paraplejía es necesario que haya lesión bilateral de la vía motriz; recordando el trayecto de esta vía, comprenderemos que la lesión que produce aquella ha de ser: por lesiones transversales en ciertas alturas de la medula de forma aguda y generalmente con parálisis flácida, que a veces se convierte después en espasmódica; por lesiones de las astas anteriores de la medula; por las raíces de los nervios lesionadas correspondientes a los dos miembros o radiculitis, que raramente produce paraplejía, o por los nervios periféricos, bajo la forma de paraplejía polineurítica.

Pueden dividirse así las paraplejías de forma aguda: 1.° Paraplejía completa por interrupción total de la medula: mielitis verdadera y de forma transversa con impotencia absoluta del enfermo, abolición de los reflejos tendinosos y cutáneos, con amiotrofia y alteraciones degenerativas, trastornos de los esfínteres y de la sensibilidad; a veces presenta síntomas de irritabilidad de los cordones piramidales, pasado el período de agudeza. 2.° Paraplejía por poliomiélitis lumbosacra con atrofia muscular, reacciones anormales, parciales, degenerativas, pero con la sensibilidad y esfínteres normales. 3.° Paraplejía de tipo radicular equivalente a la destrucción de la medula lumbosacra, cosa rara, como forma aguda, ya que generalmente es de causa traumática. 4.° Paraplejía de tipo polineurítico completo, con atrofia, reacciones degenerativas, trastornos subjetivos de la sensibilidad y a la presión de los troncos nerviosos, con normalidad de los esfínteres vesical y anal.

Dadas como preámbulo estas ideas relativas a las paraplejías, vamos a entrar en su estudio, pero sólo vislumbrando lo más importante de su patogenia sintomatológica, y del diagnóstico diferencial de la mielitis total o transversa, poliomiélitis y polineuritis agudas, con lo que hace referencia al síntoma parapléjico del adulto.

¿Qué entendemos por mielitis? La verdadera mielitis es la debida a una inflamación aguda o subaguda, que, a veces, puede convertirse en crónica, de una parte cualquiera de la medula, determinada por una causa general infecciosa, tóxica o congestiva, por resfriamiento, o grandes fatigas, causa determinante la mayoría de las veces.

Antes eran considerados como mielitis los trastornos escleróticos y degenerativos

de la medula, atrofia muscular progresiva, esclerosis lateral amiotrófica, etc.

Todavía hay ciertos autores que incluyen entre ellos las afecciones medulares por compresiones vertebrales bruscas; menos justificadas por ser de origen secundario a la lesión, aunque produzcan lesiones inflamatorias y alteraciones vasculares parecidas a la mielitis; pero que no interesan en este trabajo por no tener nada de común con las mielitis verdaderas o primitivas.

Las mielitis que nos interesan como causantes de paraplejías son: la mielitis aguda, más o menos transversa, y la polimielitis aguda en el adulto.

Describiremos someramente las dos.

Consiste la mielitis transversa en una inflamación que se extiende a una altura dada de la medula, que alcanza todo el espesor transversal de la misma; las mielitis dorsal y lumbosacra son las formas más corrientes de ésta.

Anatomía patológica de las mismas: En los casos recientes, se encuentra al nivel de la parte lesionada una dilatación considerable de todos los vasos sanguíneos, con bastante actividad de los glóbulos blancos, agrupados alrededor de los vasos distensos, dando nacimiento a la infiltración perivascular, con edemas en los tejidos vecinos que comprimen el tejido nervioso. En los casos de más duración y más graves, sobrevienen reblandecimientos por obliteración vascular y degeneraciones secundarias, a veces con atrofia de los elementos nerviosos, seguida de la multiplicación de las células de neuroglia.

Pueden ocurrir dos procesos diferentes según demuestran los hechos clínicos en estos enfermos, una vez ha pasado el trabajo inflamatorio y las lesiones vasculares han dejado más libre la circulación de la parte enferma por reabsorción

y regeneración de los tejidos intersticiales o conjuntivos.

1.º Que todo el proceso haya consistido en una dilatación vascular con infiltración peri-vascular y edema, comprimiendo los elementos nerviosos; pero sin destruirlos, en realidad. Con estas condiciones, la medula puede recobrar su estado normal y la mielitis no dejará secuelas ni síntomas durables; en estos casos los enfermos, a los pocos meses de tratamiento adecuado, recobran el estado anterior de la enfermedad, son las inflamaciones, que podríamos llamar o clasificar, como mielitis congestivas, por resfriamiento o por infecciones ligeras postgripales, virus filtrables, etc., como lo demuestran el curso y curación de varios de los enfermos tratados.

2.º Que la inflamación medular haya causado focos hemorrágicos y de reblandecimiento con destrucción de elementos nerviosos de células, fibras y compresiones de otros.

En estas condiciones algunas células y fibras pueden recuperar su función normal, pero otras, interrumpidas y comprimidas, degeneran, siendo ocupado su lugar por tejido intersticial o de neuroglia, origen de esclerosis.

Estos enfermos son los que quedan con lesiones crónicas de parálisis de grupos musculares, y, si son extensas, quedan como paralíticos para toda su vida, a causa de la intensidad y malignidad del virus infectivo, tóxico, etc.; y en los casos más graves, son los enfermos que mueren por infecciones intercurrentes de cistitis, pielonefritis, o infecciones consecutivas al decúbito y muy intensas.

La sintomatología de la mielitis dorsal equivale, desde el punto de vista de los trastornos funcionales, que son su conse-

CALCIO CABALLERO
intravenoso
cloruro al 10%

CALCIO CABALLERO
intramuscular
gluconato al 5%

CALCIO CABALLERO
gotas
cloruro 60 gotas = 1 gramo

CALCIO CABALLERO
canforulonato
al 20%

CORO
NADO

TETRADA CALCICA

NACIONAL
COMPLETA
ECONOMICA

Agente general para España: E. BOIZOT.

Luis Cabrera, 47. MADRID
Salmerón, 247, pral. BARCELONA
Av. 14 de Abril, 16. VALENCIA

Terapia Cálcica Completa

Es el calcio un catión muy difundido por la naturaleza, que forma parte principal del ser vivo, regula el funcionamiento de todos los órganos y aparatos de la economía y constituye la trama fundamental del tejido óseo y sistemas de sostén de los organismos. Representa aproximadamente el 2 por 100 del peso total del organismo, y en combinaciones solubles o coloidales con las proteínas, es un elemento regulador del equilibrio físico-químico del plasma, de los humores, del tono neurovegetativo, del corazón y del sistema electrolítico celular.

**POR TAN MÚLTIPLES E INTERESANTES FUNCIONES
ES, EL CALCIO, UN ELEMENTO INDISPENSABLE, QUE:**

1.º Determina o favorece los procesos normales de osificación, la calcificación del cartilago y la consolidación de fracturas (dentición, crecimiento, raquitismo).—2.º Provoca la calcificación de las lesiones destructivas de tipo fímico y la capacidad defensiva del organismo en las infecciones crónicas (tuberculosis).—3.º Es cardiotónico, regulariza el ritmo y es vasoconstrictor. Disminuye la permeabilidad de las paredes vasculares. Favorece la acción de los digitálicos.—4.º Es hemostático. Interviene en el proceso de la coagulación sanguínea, como electrolítico propulsor de la coagulación y, por lo tanto, está indicado en todos los estados hemofílicos y hemorrágicos frecuentes (hemoptisis, gastrorragia, metrorragia). Aumenta la resistencia globular actuando como antihemolítico (hemoglobi-nemia, fiebre biliosa, ciertas nefritis).—5.º Se comporta como antianafiláctico y desensibilizante en las enfermedades alérgicas (urticaria, acné, eccemas, asma, fiebre del heno).—6.º Disminuye la excitabilidad neuromuscular, regulando su tono y siendo esencial en el tratamiento de los estados tetanoides y espasmofílicos (tetania infantil, epilepsia, eclampsia, espasmofilia, vértigos) y neurasténicos.—7.º Es antidiarreico y antiemético (vómitos incoercibles, disentería, diarrea infantil inespecífica).—8.º Estimula la fagocitosis; coadyuva al mantenimiento del equilibrio ácido básico de la sangre; es catalizador y activador del metabolismo (tetania, raquitismo, osteomalacia, astenias constitucionales).

PARA SATISFACER CUMPLIDAMENTE ESTAS DIVERSAS INDICACIONES DEL CALCIO, ELABORAMOS **Cuatro formas de CALCIO CABALLERO**

Recétese: **CALCIO CABALLERO**

Intravenoso

Cloruro de calcio al 10 %
Caja de 6 amp. de 10 c. c.
Precio: 5,75 ptas.

Subcutáneo

(Intramuscular o intravenoso)
Canfosulfonato de calcio al 20 %
Caja de 6 amp. de 10 c. c.
Precio: 7,30 ptas.
Caja de 10 amp. de 5 c. c.
Precio: 7,30 ptas.

Intramuscular

Gluconato de calcio al 5 %
Caja de 6 amp. de 10 c. c.
Precio: 5,75 ptas.
Caja de 10 amp. de 5 c. c.
Precio: 6,30 ptas.

Gotas

Solución de cloruro de calcio
(60 gotas — 1 gramo de cloruro)
Precio: 5,20 ptas.

cuencia, a los de una sección transversal completa, que se traduce clínicamente:

1.º Por paraplejía flácida, causada por la interrupción de todas las fibras descendientes de los cordones piramidales de la medula; 2.º abolición de los reflejos cutáneos superiores, por interrupción de las fibras córticoespinales; 3.º abolición de los reflejos tendinosos, por ser función de las mismas fibras; 4.º persisten a veces con exageración los reflejos cutáneos inferiores, de retracción del miembro inferior y el signo de Babinski en la excitación de la planta del pie, por estar debajo de la lesión y tener íntegro el arco reflejo periférico medular; 5.º anestesia profunda de la parte inferior del cuerpo por lesión de los cordones posteriores de Goll y de Burdach, anestesia cutánea o superficial por lesión de los fascículos de Flechsig y de Gowers; 6.º trastornos vesicales, tanto por retención, por parálisis del músculo vesical como por incontinencia, por parálisis del esfínter y constipación por parálisis del constrictor del ano, síntomas irritativos de compresión de las fibras que abren sobre los centros de la vejiga y recto; 7.º trastornos tróficos por decúbito, que sobrevienen con preferencia donde la piel se encuentra comprimida, entre el plano de la pierna y los huesos (sacro, calcáneo, gran trocánter, etc.), por lesión de los centros tróficos, astas medulares y de las fibras degeneradas que salen de las mismas.

Cuando se trata de una paraplejía flácida con anestesia cutánea, atrofia muscular con reacción de degeneración, abolición de todos los reflejos tendinosos y también de los cutáneos inferiores, hay que pensar que la mielitis es sacrolumbar, por ser estos síntomas de inflamación o destrucción de los centros propios de esta última región medular y existen, además, trastornos de esfínteres, con incontinencia

o retención, según sean los centros destruidos o comprimidos, estimulando los nervios respectivos.

El diagnóstico diferencial con una afección de la cola de caballo puede presentar grandes dificultades, por dar una sintomatología muy parecida, debida a ser todos los nervios que la constituyen originados en dicho abultamiento sacrolumbar, paraplejía que es muy rara, porque generalmente es debida a inflamaciones o compresiones de los nervios en los conductos u orificios óseos de salida de los nervios lumbosacros no existiendo una paraplejía total y simétrica.

La mielitis difusa, invadiendo la medula, siguiendo el eje longitudinal, es de una sintomatología muy variable, por atacar indistintamente a la sustancia gris y blanca, siendo generalmente muy grave es infección que ocurre raramente.

El diagnóstico, especialmente con otras lesiones medulares que pueden confundirse (el de la poliomielitis lo mencionaremos al describirla).

Toda la sintomatología que se da por sí en un enfermo infeccioso convaleciente o que le ha sobrevenido rápidamente por resfriamiento, ya puede casi afirmarse que corresponde a una mielitis aguda total; pero no en los casos en que no aparece tan bruscamente y que desde algunos días antes ha empezado el curso de la enfermedad y existe paraplejía flácida con anestesia cutánea, pues hay que pensar en la posibilidad de una compresión medular por mal de Pott, cáncer vertebral o tumor intramedular, a la que seguramente había entoncez procedido un síndrome espasmódico antes de la paraplejía flácida; en estos casos una radiografía, precedida de una inyección de Lipiodol, puede ayudar a aclarar el diagnóstico.

Con las paraplejas de forma espasmó-

dica es imposible la confusión, por no aparecer bruscamente y ser bien diferentes y contradictorios los síntomas de las mismas con espasmos contracturas, temblores, reflejos exagerados, hipertonía, falta de reacción denegativa, trastornos tróficos, etcétera, síndrome generalmente todo lo contrario de las paraplejías agudas.

La poliomiелitis anterior aguda es esencialmente considerada como una enfermedad infecciosa; no describiremos la de los niños o enfermedad de Heine-Medin, de todos sobradamente conocida por lo vulgar y malas consecuencias que presenta; sólo haremos mención de lo referente a la anatomía patológica y sintomatología y diagnóstico diferencial con la mielitis aguda transversa del adulto.

Las lesiones anatomopatológicas consisten en una inflamación aguda con hiperemia vascular, dilatación de las venas más que de las arterias, con infiltración perivascular intensa de linfocitos y edemas más o menos intensos que interesa especialmente el asta anterior; puede a veces extenderse al asta gris posterior, sustancia blanca y a la piamáter; entonces se convierte en una meningomiелitis. Cosa parecida a lo ya dicho en las mielitis, podemos aplicarlo aquí, esto es: cuando se trata de una infección ligera y que aparece ésta por inflamación aguda, congestión de los tejidos, o por resfriamiento, pueden aparecer fenómenos de reabsorción que conducen a una restauración de los tejidos conjuntivos nerviosos y no quedan síntomas de déficit funcional, como sucede en los enfermos que curan con la sintomatología de esta lesión, hasta en tiempos de epidemia. En los otros casos en que las lesiones vasculares y de edema han dejado tejidos destruidos reemplazados por tejido cicatricial de células de neuroglia persisten siempre síntomas de défi-

cit por atrofia y degeneración de los grupos musculares más atacados en sus células motrices de origen.

Los síntomas que forman el cuadro y que sirven a la vez para el diagnóstico son bastante claros, dejando aparte el principio brusco, igual que en las mielitis infecciosas, con fiebre a veces alta de 39° a 40°, trastornos gastrointestinales, vómitos, diarreas, etcétera, reacciones nerviosas de cefalalgia, raquialgia, agitación, etc., período que dura desde algunas horas a días, y en que es difícil hacer el diagnóstico, si no ha aparecido también la parálisis. Este es el primer síntoma capital, más o menos extensivo, según la parte interesada de la medula; desde el punto de vista que estudiamos, es de suponer que el enfermo sufre paraplejía por lesión de las astas anteriores lumbares, y presentan ciertos caracteres particulares: 1.° Siempre es brusca la aparición como la causa que la produce. 2.° Es flácida por la pérdida completa del tono muscular, debilidad de las masas musculares, con relación de los ligamentos articulares. 3.° La parálisis es degenerativa a los 10 ó 15 días y aparecen los fenómenos eléctricos de reacción degenerativa, junto con el principio de atrofia muscular a veces disimulada por la hipertrofia del tejido grasiento subcutáneo. 4.° Abolición de la movilidad refleja, tendinosa y cutánea en el dominio de los músculos afectos. 5.° Los esfínteres en general intactos, excepto en el período febril, que a veces existe retención de orina. 6.° La sensibilidad objetiva está también intacta. Pasado ya el período agudo o de inflamación, viene la regresión en unas semanas con retorno progresivo de la motilidad voluntaria, y, si no ha habido destrucción de las células y falsa formación de tejido escleroso, no queda atrofia marcada ni déficit durable; sólo una paresia y ligera

BACILINA-BÚLGARA "González Suárez"

Fermento láctico «Gotas»



INDICACIONES

Modificación de la flora intestinal. Fermentaciones y putrefacciones intestinales. Gastro-enteritis. Enteritis crónica y mucosmembranosa. Infecciones. Cirrosis hepática. Dermatitis. Dentición. Dentele. Diarrea verde infantil.

El primer Fermento láctico líquido, vivo y puro preparado en España.

El único que limita la duración de su actividad a tres meses.

Garantizan su eficacia terapéutica los numerosos juicios favorables de la clase médica que obran en nuestro poder, entre los cuales figuran los de los Doctores Turró, Augusto Pí y Suñer, Roig y Raventós, Marínz Vargas, G. Vidal Jordana, etc.

DOSIS: 30 gotas tres veces al día con cualquier tisana, con o sin azúcar y a cualquier hora

Muestras y Literatura: P. SANSÓ
LABORATORIO GONZÁLEZ - Muntaner, 261 - Teléfono 74689 - Barcelona

BILIHEPAT

En forma granulada, perfecta y rápidamente soluble

FÓRMULA:

Peptona pura de carne, seca y pura . . . 15 gr.
Sulfato de magnesia monohidratado . . . 26 *
Hexametilenoetramina 5 *
Escipiente, c. s., para 100 *

Insuperable colagogo, de acción exclusiva sobre la primera porción del duodeno. - Especifico de los estados hepáticos y angio-cólicos. Asociación de la peptona pura de carne, en la fuerte proporción necesaria, al sulfato de magnesia y a la hexametilenoetramina

Muestras y literaturas a los médicos que las soliciten

LABORATORIO HERRERA - Ayala, 94 - MADRID

JOSÉ M.º RIBÓ - Llansá, 25 - Teléfono 54229 - BARCELONA

ANGINA DE PECHO

AORTITIS
ASMA CARDIACA
ARTERITIS ETC.

GRAJEAS
DE
NUCLEO BLANDO
DE

TRINITRINA
CAFEINADA
DUBOIS

TRINITRINA
PAPAVERINA
LALEUF

MASTICAR

UNA GRAJEA CADA DOS O TRES MINUTOS
EN EL MOMENTO O EN PREVISION DE LOS ACCESOS
MAXIMUM: 10 GRAJEAS EN 24 HORAS
SEGUN PRESCRIPCION FACULTATIVA

LABORATOIRES LALEUF
51, Rue Nicolo - PARIS (XVle)

MUESTRAS - LITERATURA
Señores J. URIACH y C.º, S. A.
Agentes para España de los Laboratorios
LALEUF
Bruch, 49 - BARCELONA

debilidad muscular que no impide los movimientos y el caminar. Si quedan lesiones permanentes en la medula (astas anteriores), entonces quedan fijas las parálisis de los grupos con atrofia marcada, trastornos tróficos con anomalías de desarrollo, deformaciones, contracturas, etc.

Diagnóstico diferencial con las enfermedades que se pueden confundir.

Con la miopatía primitiva la confusión no es posible, por ser esta enfermedad progresiva y de desarrollo lento; existe sólo debilidad muscular con pseudohipertrofia, los reflejos conservados durante bastante tiempo y ausencia de reacción de degeneración. Con la meningitis cerebroespinal epidémica, puede confundirse durante el período febril, si es muy intenso, y con el examen del líquido cefalo-raquídeo pueden aclararse las dudas; en ésta el líquido es más o menos turbio, rico en leucocitos y en polinucleares. En la poliomiелitis es claro y transparente, con tensión más elevada de la normal, la albúmina aumentada y con considerable número de linfocitos.

De la mielitis transversa, aparte el gran número de síntomas de ésta, se diferencia por la falta de trastornos de los esfínteres vesical y rectal, por tener la sensibilidad objetiva intacta y la atrofia y reacción de degeneración, que son los tres síntomas que por sí solos demuestran que se trata de una poliomielitis.

El diagnóstico, que a veces ofrece bastantes dificultades, es con la polineuritis como veremos al estudiarla.

Las neuritis en el sentido exacto de la palabra es la inflamación del nervio, y la polineuritis es la inflamación de varios nervios acompañados de signos de trastornos de la conducción y de determinadas alteraciones anatómicas; la de forma pa-

rapléjica es la que ataca los dos miembros de una manera simétrica desde las raíces.

Las neuritis pueden ser debidas a infecciones, intoxicaciones, enfriamientos, etc. En las infecciones por la gran afinidad de las toxinas, por la introducción venenosa de exógenos, neurotropos, alcohol, plomo, arsénico, etc., o de endógenos por antitoxinas por enfermedades de la nutrición diabetes, gota, tuberculosis, embarazo, etc., reumáticas o por enfriamiento por simple inflamación congestiva de los nervios.

Desde el punto de vista anatomopatológico, siempre el punto de partida de la inflamación es en el tejido conjuntivo perifascicular, o intrafascicular, así pueden dividirse en perineuritis y en neuritis intersticial. La neuritis parenquimatosa ya se confunde con la degeneración valerianna por ser la fibra nerviosa misma la degenerada, es una degeneración primaria, como la debida a la sección del nervio, lo que pasa a veces con las inyecciones intratroculares de alcohol. Las perineuritis y la neuritis intersticial pueden consistir en una inflamación más o menos intensa que comprime ligeramente sólo las fibras motrices y sensitivas, sin llegar a suprimir del todo la transmisión del influjo nervioso, sin reacción de degeneración y sin atrofia, parálisis por reumatismo, enfriamiento, etc.; pueden pasar por diferentes grados más intensos, interesando nervios sensitivos o mixtos con parestesias, hiperestésias y dolores, llegando a comprimir las fibras nerviosas provocando la degeneración parenquimatosa secundaria con parálisis atrófica degenerativa y reacción de degeneración.

En la sintomatología interesa la forma de paraplejía que se desarrolla a veces con fiebre, cefalalgia, vómitos, etc., y a los pocos días se localiza con dolores vivos e hiperestésias con parálisis que empiezan

generalmente por la extremidad de los miembros con parálisis de los dedos y del pie, subiendo simétricamente hasta que no pueden caminar ni sostenerse los enfermos. No ocurre así en las formas de intoxicaciones agudas o debidas a enfermedades crónicas de principio lento e insidioso; empieza por parálisis gradual de los músculos flexores y abductores del pie sobre la pierna, con el andar característico de *Steppage*, pronto va invadiendo los músculos del muslo, cuádriceps sural y extensor de la pierna, antes que los de la región interna y posterior, hasta llegar a los músculos de la cintura pelviana que van immobilizando al enfermo, esta paraplejía no es generalmente total, ya que siempre ataca más a unos nervios que a otros, no es simétrica por igual en los dos miembros.

Las neuritis profesionales de intoxicación no dan formas de paraplejía, siempre son mononeuritis, y por lo mismo, no hay que hablar de ellas.

La polineuritis alcohólica aguda puede debutar después de un acceso de *delirium tremens* o puede ser provocada en un alcohólico por enfriamiento o enfermedad infecciosa.

Pueden desarrollarse rápidamente los síntomas con trastornos intensos de la sensibilidad y de la motilidad.

Es parecida a la aguda en su marcha, en los miembros inferiores interesa de preferencia el nervio ciático poplíteo externo con parálisis del peroneo, los extensores de los dedos y el tibial anterior que se manifiesta por la caída del pie. Pero los antecedentes, la marcha de la enfermedad, con síntomas polimorfos de neuritis, los síntomas cerebrales, debilidad de la memoria, alucinaciones, etc., característica de la llamada psicosis de Korsakof, demuestran claramente que se trata de una poli-

neuritis alcohólica o pseudotabes periférica, como también es conocida por la ataxia que la acompaña; todos estos síndromes ponen en claro la causa de la enfermedad; son casos frecuentes.

El diagnóstico de la polineuritis en general es fácil, si sigue el curso propio y se manifiesta de una manera aguda, con dolores, hiperestesias, junto con las parálisis periféricas de forma simétrica; solamente es dudoso cuando existe parálisis de la motilidad; son trastornos sensitivos que pueden confundirse con la poliomiolititis, cosa poco corriente.

Síndrome diferencial es que en las polineuritis se admite en general que las fibras de la sensibilidad están interesadas lo mismo que las fibras motoras y que, por consiguiente, al lado de los trastornos motores se encuentran trastornos sensitivos, dolores intensos, espontáneos o provocados por el más pequeño movimiento o presión sobre los troncos nerviosos. Hay que guiarse en el curso que sigue al principio y la evolución de la enfermedad; en la poliomielititis se presenta la parálisis de sopetón, y en general, con ausencia de dolores, y persisten los movimientos de los dedos y pies dentro de la parálisis más intensa. En la polineuritis, por los antecedentes de enfriamiento y dolores reumáticos, el aparecer generalmente más lentamente la parálisis y empezar por el final del miembro y el estar a veces interesados algunos de los nervios craneales, neuritis facial y óptica.

Puede también ayudar a suprimir la duda, el análisis del líquido cefalorraquídeo, pues si se trata de polineuritis; no se encuentra alteración, y, si se trata de poliomielititis, se encuentran las alteraciones ya mencionadas anteriormente.

En las paraplejías, por polineuritis subagudas no completas y en las de forma cró-

nica, puede confundirse con la tabes, especialmente si interesan las fibras de sensibilidad profunda, acompañadas de dolores más o menos vivos, porque en los dos casos hay abolición de reflejos tendinosos. Pero la marcha aguda de la afección, la ausencia de trastornos vesicales, genitales y de rigidez pupilar, junto con la parálisis más o menos atrófica degenerativa, que aparece rápidamente, aseguran el diagnóstico de polineuritis.

Tratamientos empleados en estas enfermedades: En el período agudo, o sea en el curso de una infección, al principio de la misma, o por un enfriamiento, es más sintomático que causal el tratamiento; lo primero, reposo en la cama, antisepsia gastrointestinal, calomelanos a pequeñas dosis, tratamiento antifebril y antireumático, salicilato de sosa, urotropina, atofanil, etc.; a los pocos días, puede recurrirse a favorecer una gran diaforesis por medio de las envolturas húmedas y baños calientes. Da muchas veces buenos resultados emplear en los primeros días un tratamiento revulsivo en la región dorsolumbar con vejigatorios y mejor con el termo o galvanocauterío cada tres o cuatro días, según los efectos, ya que, si se obtiene una descongestión, se produce una mejoría remarkable.

Para obtener unos efectos parecidos a estos medios, se aplica hoy día, la radioterapia penetrante; especialmente en las poliomiéлитis, pasados los primeros días de la inflamación, empleada por Bordier, desde hace unos años con la combinación de la diatermia, dando el nombre a este tratamiento de radioterapia inclusive, interrumpiendo las reacciones inflamatorias y la proliferación del tejido conjuntivo; opina también que las neuronas motoras, están destruidas, tanto por las actividades neurofágicas de la neuroglia proliferan-

te como por la compresión, y que con la diatermia la nutrición de las células desgastadas y paralizadas mejora por la vascularización que aumenta con el calor profundo. El tratamiento radioterápico ha de estar empleado por radiólogos expertos para fijar la duración e intensidad de los rayos que tienen que atravesar el tejido nervioso para que las prerreacciones no puedan hacer un efecto contrario al que se busca.

El suero de convalecientes, empleado especialmente en la enfermedad de Heine Medin y poliomiéлитis, sería el ideal como tratamiento preventivo específico, o por lo menos curativo, durante los primeros días de la infección con inyecciones intramusculares, intravenosas o intrarraquídeas; se citan casos en que se ha obtenido una mejora, pero, en general, no puede decirse que sus efectos sean bien comprobados. También se ha probado la auto-sueroterapia, pero todo está en vías de experimentación.

Como que la naturaleza es muy sabia, los enfermos de capital biológico resistente que reaccionan con sus defensas propias mejoran del período agudo, reapareciendo, pasados algunos días, los primeros movimientos de los dedos y pies por la regresión de la compresión inflamatoria volviendo la vitalidad de las células de las astas anteriores de la medula, menos atacadas. Pasados ya unos días, establecida la parálisis y desaparecidos los fenómenos agudos, si parece que el caso no tiene gravedad, a los pocos días se ha de recurrir a los tratamientos físicos, porque el acudir a tiempo para ayudar a la reparación de los tejidos puede salvar al enfermo, o por lo menos, que no queden tantas atrofas musculares. Si el trastorno inflamatorio es de gravedad, se puede esperar unos quince a veinte días para no estimular más la inflamación.

Puede favorecer al tratamiento el masaje; para ayudar a la nutrición del músculo, las fricciones cutáneas secas o alcohólicas, los movimientos pasivos y los activos; si puede el enfermo hacer gimnasia metódica para hacer una reeducación, etc. El tratamiento más empleado es la electroterapia, y en los enfermos citados anteriormente es lo que más buenos resultados ha dado. En los diagnosticados de mielitis transversa y poliomiélitis muy parecidos, a base los primeros días, de corriente galvánica o continua y de diatermia, con aplicación a la primera de placas, una más grande en la región dorso-lumbar con el polo + o ánodo que es más resolutivo, y dos en los músculos y piernas con el otro polo, así es la corriente descendente. Intercalando, ya desde los primeros días, cuando no existe R. D., la corriente farádica para estimular la fibra muscular que no dégenere, siguiendo las regiones, grupos musculares más paralizados. La aplicación de diatermia también en placas en los mismos lugares, pero no se nota la mejora observada tan rápidamente con la galvanización de los otros enfermos. En la polineuritis es muy efi-

caz el tratamiento. En lo agudo, igual que en las otras enfermedades. En las tóxicas, procurar combatir las causas de las mismas, con diaforéticos, laxantes y diuréticos para eliminar las toxinas o venenos exógenos; sostener el corazón en los alcohólicos, inyectables de estriquina, etc. El tratamiento físico puede hacerse igual que en las poliomiélitis, pero haciendo actuar más la galvanofaradización que la diatermia; la faradización ha de hacerse con un buen aparato de interruptor de martillo o con metronoma para así no producir tetanización de las fibras musculares, como producen a veces aparatos de uso corriente médico con vibrador, que provocan trastornos irritativos y espasmódicos en los nervios enfermos.

También actúan muy beneficiosamente, la corriente electrostática en forma de chispas en las formas ya subagudas o crónicas, especialmente polineuritis, como por ejemplo el caso de un señor, médico de Granada, que mejoró rápidamente al poder asistir en el consultorio para recibir estas corrientes, después de haber hecho en su domicilio el tratamiento galvanofarádico.

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO



COMPOSICION:

Substancia ovárica, 0.10; Substancia tiroidea, 0.03; Viburnum prunif. extr., 0.06; Passiflora erythrina extr., 0.04; Hyoscyamus niger extr., 0.01.

De dos a ocho grageas al día (dos cada vez)

Amenorrea, Oligomenorrea, Pubertad retrasada, Trastornos de la Menopausia, Reglas dolorosas, Psicosis sexuales

HEMOSTONO



COMPOSICION:

Substancia mamaria, 0.10; Substancia placentaria, 0.05; Secale cornutum extr., 0.04; Hamamelis virg. extr., 0.04; Hidrocolestid. extr., 0.02

Menorragias, Metrorragias, Fibromas uterinos, Congestiones útero-ováricas, Hemorragias pubertad y menopausia

NEUROCRIN KRINOS

(EMULSION ASEPTICA DE SUBSTANCIA CEREBRAL)

Indicaciones:

- Antineurálgicas (jaquecas)
- Anticonvulsivas (síndromas epilépticos)
- Antigénicas (distonías vegetativas)

Por contener lípidos de cerebros inalterados, debido a su especial preparación, actúa, además, como reconstituyente nervioso y siempre con resultados convincentes en los casos de

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenaje, Desnutrición y Raquitismo

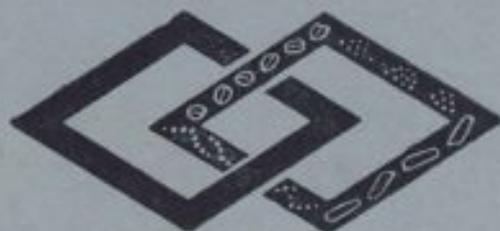
ADULTOS: Una inyección subcutánea de 1 c.c., en días alternos. - NIÑOS: Mitad de la dosis (Agitase antes de usarlo)



MUESTRAS PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

Laboratorio Biológico López-Brea :: León, XIII, 7 - Barcelona (S. G.)

LOS
**AMPHO-
VACCINS**
de Ronchèse



Lisado
bacteriano

Bacterias
tratadas
por el Bromo

*Responden a todas las exigencias de una vacuna-
ción completa tanto preventiva como curativa*

Lista de los Ampho-Vaccins

<u>INYECTABLES</u>	<u>A INGERIR</u>	<u>TÓPICOS</u>
ANTIINFECCIOSO ANTIESTAFILOCÓCCICO INTESTINAL PULMONAR URINARIO	ANTIINFECCIOSO ANTIESTAFILOCÓCCICO ANTITIFOIDICO T. A. B. INTESTINAL PULMONAR URINARIO QUINTIVACCIN	ANTIPIÓGENO (en 2 formas: ampollas de 1 y 10 cc.) RINO-PARÍNGEO AMPHO-TABLETAS (a base de Ampho-Vaccin Rino-Paríngeo) PVO-AMPHOCEL

Para la pulverización del Ampho-Vaccin Rino-Paríngeo el
AMPHO-PULVERIZADOR RONCHÈSE

Para muestras y literatura:

Pagés & Sarrías: Puertaferriosa, 16 - Teléf. 25844 - Barcelona
Argensola, 7 - Teléf. 41934 - Madrid
C. Salvatierra, 3 - Teléf. 10519 - Valencia