

CATALOGADO

EL SINDROME DE GUILLAIN BARRE EN EL SALVADOR

Por el Dr. Luis Edmundo Vásquez.

Doctor en Medicina. Realizó estudios de post-graduado en París. Ex-Decano de la Facultad de Medicina Catedrático de Clínica Médica desde 1947. Actualmente Jefe del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina y Académico Honorario del Hospital Rosales. Señaló la existencia del Tifus exantemático y de la Anemia a células falciformes, de la Eosinofilia Tropical, de la Enfermedad por arañazo del gato en El Salvador

Apuntes Históricos e Interés del Problema

El 13 de Octubre de 1916, en momentos en que los ejércitos europeos estaban en plena lucha, Guillain Barré y Strohl, publicaron en el boletín de la Sociedad Médica de los Hospitales de París, un trabajo en el que llamaban la atención sobre un Síndrome que, a su juicio, hasta la vez no había preocupado grandemente a los neurólogos.

Nada mejor que transcribir un párrafo de tan importante trabajo que habría más tarde de inquietarnos, aún a los no especializados en Neurología: "Nosotros atraemos la atención en la presente nota, sobre un síndrome clínico que hemos observado en dos enfermos, síndrome caracterizado por trastornos motores, abolición de los reflejos tendinosos con conservación de los reflejos cutáneos, parestesia con trastornos ligeros de la sensibilidad objetiva, dolor a la presión de las masas musculares, modificaciones poco acentuadas de las reacciones eléctricas de los nervios y de los músculos, hiperalbumosis muy notable del líquido cefalo-raquídeo con ausencia de reacción citológica. Este síndrome nos ha parecido depender de un ataque concomitante de las raíces raquídeas, de los nervios y de los músculos, verosíblemente de naturaleza infecciosa o tóxica. Una infección, una intoxicación, deben sin duda ser invocadas, pero nosotros no la hemos podido descubrir. El pronóstico no parece ser muy grave".

El título del trabajo de estos autores fue: "Sur un syndrome de radiculonéurite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans

reaction cellulaire". En el curso del trabajo insistieron sobre la curabilidad espontánea del síndrome, y es por eso que algunos autores, posteriormente a ellos, unen al título de radículo neuritis el de curable.

Tengo la impresión que este trabajo, no impresionó mucho a los neurólogos, pues si bien es cierto que posteriormente algunas nuevas observaciones fueron publicadas por otros autores y en diferentes países, tardó largo tiempo para que en los tratados de Neurología se le diese cabida. Así en el tomo correspondiente a nervios periféricos del Nuevo tratado de Medicina Francés, dirigido por el Profesor Widal, publicado en 1927, apenas le consagran unas pocas líneas.

En 1936 una tesis doctoral patrocinada por el Profesor Alajouine fue publicada en París.

Posteriormente, en 1938 hubo un Congreso belga de Neurología celebrado en Bruselas, en donde el síndrome de Guillaín Barré fue motivo de discusión.

En el tratado de Medicina Francés dirigido por el Profesor Lermite, Tomo XV, el síndrome de Guillaín Barré ya ocupa lugar destacado, habiéndose publicado en 1949.

Entre nosotros, es hasta después de la Segunda Guerra Mundial, y bajo la influencia de la literatura médica americana, con la cual nos empezamos a familiarizar, ya que antes la principal en nuestros conocimientos era la francesa, nos dimos cuenta del nuevo síndrome y tratamos de buscarle entre nuestros pacientes.

Ya más antes, aunque no con frecuencia, en nuestro Hospital Rosales se nos presentaron casos, los que, a posteriori, creo fueron del tipo de Guillaín Barré, y nosotros los clasificábamos de polineuritis de origen desconocido, y como con esta etiqueta sabíamos que el líquido cefalorraquídeo era normal, no les hacíamos punción lumbar.

Esto mismo creo sucedió en todo el mundo, pues el cuadro clínico señalado por Guillaín Barré y Strohl, al parecer no era nuevo y posiblemente entre los casos señalados por Landry desde 1859, habría de este tipo, así como los de Osler publicados en 1892 bajo el título de "polineuritis infecciosa aguda" y de Mills que en 1898 los catalogó como de "neuronitis".

El gran mérito de Guillaín Barré y Strohl fue el de llamar la atención sobre la disociación albúmino citológica del líquido Cefalo-raquídeo, que a menudo acompaña a estos cuadros de radiculoneuritis, y es

con justa razón que sus nombres han quedado unidos a este cuadro clínico, aunque por razones que desconozco, y posiblemente injustas, el nombre de Strohl ha desaparecido.

Considero para nosotros de gran interés el ocuparnos de este síndrome, pues tengo la impresión de que está aumentando de frecuencia. Desde muchos años soy Profesor de Clínica Médica, y recuerdo que constituía una novedad el encontrarnos de tiempo en tiempo con alguno que otro caso para mostrarlo a los estudiantes. Actualmente el síndrome de Guillain Barré se ha vuelto muy común y casi ya no hay estudiante de los últimos años que no lo sepa reconocer.

El interés del problema no es sólo de orden académico sino de práctica médica, pues nos queda mucho que investigar, sobre todo al punto de vista etiológico y terapéutico, a fin de lograr su erradicación, constituyendo un cuadro que a mi juicio no tiene nada de benigno, pues, por lo menos invalida por mucho tiempo, y en un porcentaje bastante grande, como lo haré ver más adelante, se termina con la muerte.

Confieso también que me ha guiado el hacer este trabajo, mi especial atracción por la Neurología, y en especial del síndrome de Guillain Barré, por el hecho de que yo mismo presenté este cuadro neurológico, aunque sintomático de una diabetes que me venía minando y no había logrado descubrir.

Mi Concepto del Síndrome de Guillain Barré

A primera vista parecería una audacia de mi parte, hablar de mi concepto sobre el Síndrome de Guillain Barré, pues cualquiera me podría juzgar de entrometerme en algo para lo que no estoy autorizado, y que ha sido ya zanjado por autoridades en la materia. Sin embargo, no es así; existen en estos momentos opiniones tan dispares, que nos han traído una confusión muy grande sobre lo que deberemos entender por un tal síndrome, alejándose algunos grandemente de los conceptos, con que lo concibieron los autores que le dieron el nombre.

Así vemos que han surgido etiquetas variadas, haciendo ver los conceptos de los diferentes autores: "encefalo-mielo-radículo-neuritis aguda", mieloradiculitis aguda, polineuritis con diplegia facial, etc, etc. La razón de hacer ver que el cuadro neurológico no está exclusivamente localizado a raíces y nervios, sino que a veces hay compromiso central. Por otra parte se le ha dado demasiado valor a la disociación albúmino citológica, como si ésta definiese el síndrome, independientemente del

cuadro clínico, olvidándose que una tal alteración puede verse en daños muy variados o falta aún en los casos más típicos.

Es debido a este abuso que el Profesor Guillaín en el Congreso de Bruselas de 1938, pronunció las siguientes palabras: "Yo me permitiré insistir de nuevo sobre este hecho que la disociación albumino citológica del líquido cefalo-raquídeo no significa nuestro síndrome". Y volvió a definir el cuadro clínico que en su concepto lo constituía: "Este comporta trastornos motores, abolición de los reflejos tendinosos, parestesias, con trastornos ligeros de la sensibilidad objetiva, dolores a la presión de las masas musculares, modificaciones poco acentuadas de las reacciones eléctricas de los músculos y nervios hiperalbuminosis muy notable del líquido cefalo-raquídeo con ausencia de reacción citológica, un pronóstico favorable".

Yo me atenderé a estos conceptos, aunque dándole una mayor amplitud; así, no considero que sea indispensable gran disociación albumino citológica; puede ser discreta o faltar, y sin embargo, si el cuadro clínico corresponde, en lo *dominante*, a una *polirradiculoneuritis*, lo bautizaremos como síndrome de Guillaín Barré. Por otra parte habría que tomar en cuenta, que la dicha disociación, tarda a veces en presentarse, y si no se repiten las punciones lumbares, puede pasar desapercibida. El fijar cifras, tanto para la albúmina como para el número de células, para admitir que existe disociación albúmino-citológica, es colocarse en un terreno matemático, del cual están alejados todos nuestros cuadros clínicos.

También la benignidad, señalada al principio por Guillaín Barré, como indispensable para su síndrome, no se deberá tomar al pie de la letra. Lo haré ver con mis observaciones; la terminación fatal, no es rara, con compromiso bulbar. Esta terminación fatal, no nos hará cambiar el nombre de Guillaín Barré por el de Landry, ya que este autor posiblemente englobó en su cuadro, no sólo lesiones del tipo radiculoneuritis, sino sobre todo medulares, habiéndolas publicado en una época en que no se estaba familiarizado con la punción lumbar.

Es de hacer notar que el propio Profesor Guillaín, reconoció, después de 1938, que su síndrome se podía terminar por la muerte, aunque, agregaba, que le parecía una tal eventualidad ser excepcional. El compromiso de los nervios faciales, frecuente para algunos autores americanos y que los hizo hablar de polineuritis con diplegia facial, aceptó también que era una variedad de su síndrome.

Me referiré también solamente a los síndromes de Guillaín Barré

cuya causa no es manifiesta, tal como dichos autores lo concibieron, haciendo a un lado los síndromes secundarios a entidades bien conocidas, bacterianas, virales, metabólicas, etc.

Así por ejemplo, si un paciente tiene una mononucleosis infecciosa y aparece con una polirradiculoneuritis con disociación albúmino-citológica, no lo clasificaré como síndrome de Guillain Barré, sino como de mononucleosis infecciosa complicada de dicho síndrome. Tal es lo que hacemos también cuando dicha entidad se complica de hepatitis: no por eso pierde su personalidad, seguimos hablando de mononucleosis infecciosa y no de hepatitis, lo que nos llevaría a confusión con las llamadas infecciosas primitivas.

Si de mí dependiese hacer clasificaciones, y a fin de evitar confusiones, le llamaría Enfermedad de Guillain Barré al síndrome de causa desconocida y dejaría el nombre de síndrome de Guillain Barré para los netamente secundarios.

A propósito de los secundarios, y en especial a los de origen diabético quiero dar a conocer mi propia observación, la que quizás por tratarse de un médico, revistió caracteres raros e interesantes que es bueno conozcan, quienes muestren inquietud por estas cosas.

Fue el 18 de febrero de 1956, al levantarme, y sin haberme acostado con prodomo alguno, sentí adormecidos los dedos de ambas manos, al rasurarme me di cuenta que lo hacía con dificultad, la gilete se me escapaba; con gran trabajo pude peinarme; al sentarme a la mesa para desayunar no pude destapar un frasco que contenía leche, no obstante que no estaba apretado. Llegué al salón de conferencias del Hospital Rosales; al escribir en una pizarra el resumen de la observación, de la cual yo iba a ser el ponente en nuestras habituales sesiones anatomo-clínicas de los sábados, con gran dificultad lo hice; apenas se me entendía lo que había escrito, pues la tiza se me caía a cada momento y no me era posible asirla con la fuerza debida; salí del Hospital como a las 10¹/₂, y al intentar arrancar mi carro, me costó gran trabajo, no tenía fuerzas suficientes para presionar con los dedos el botón de arranque; llegué a mi clínica y como tuviese que hacer una fluoroscopia intenté ponerme el delantal de plomo y no lo pude hacer; a las 12 ya no pude manejar el automóvil; a las 5 pm. me apareció flojedad en los miembros inferiores; al día siguiente ya no pude levantarme de la cama; 48 horas después de iniciado el proceso se me había constituido una cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos, conservación de los cutáneos, sensibilidad objetiva conservada, dolora-

bilidad de las masas musculares, ningún trastorno esfinteriano. Se me practicó una dosificación de glucosa en la sangre y encontraron 462 miligramos $\%$. Rehusé que se me hiciera punción lumbar.

Mi auto-observación la considero de gran interés; en primer lugar porque yo he experimentado en mí mismo el cuadro clínico que con mayor frecuencia voy a señalar en mis observaciones, que catalogamos como de síndrome de Guillain Barré. No me catalogo, sin embargo, como afecto de tal, porque mi daño neurológico se encontró ser de origen diabético. Lo que sí es interesante señalar, es que la diabetes raras veces de este cuadro; la neuropatía diabética habitualmente se traduce por manifestaciones a predominio sensitivo más que motor, siendo las parestesis y las algias las que más incomodan al enfermo. Cualquiera que fuese la forma clínica, el líquido cefalo-raquídeo, descubre una disociación albúmino citológica (72% en la clínica de Joslin), de tal manera que en mi caso es casi seguro que se había encontrado, pero no por eso, repito, hablaré que tuve síndrome de Guillain Barré, sino una neuropatía diabética que simuló aquel cuadro. La evolución de mi radiculoneuritis, también fue similar a lo que aparentemente no tiene causa, pues mi recuperación fue completa en setentiocho días.

Para finalizar con mi propio caso clínico, señalaré el hecho, también un tanto raro, que desde 1950 se sospechó que yo tenía una diabetes, al descubrirse accidentalmente una glicosuria 10 gr. por litro. Investigaciones posteriores, tanto aquí como en los Estados Unidos, al practicárseme la prueba de la tolerancia del azúcar, me declararon libre de tal dolencia; y sin embargo, los hechos apuntados no dejan lugar a dudas que probablemente sí lo era.

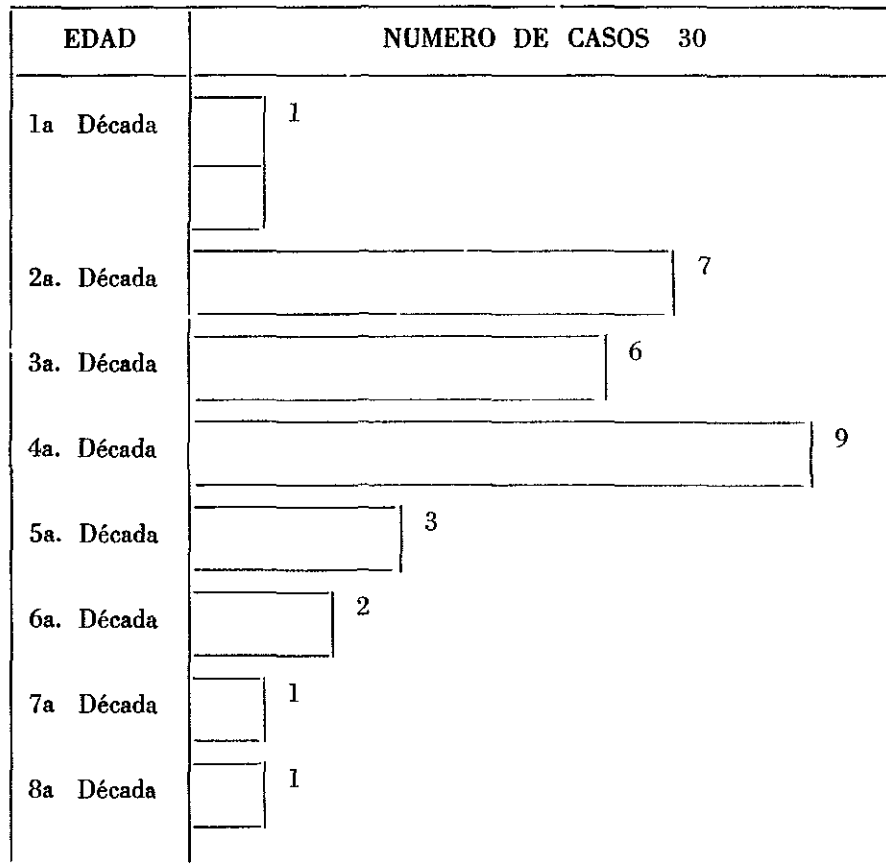
*Revisión de 30 Observaciones de Síndrome de
Guillain Barré Constatadas en el Hospital
Rosales Durante el Período 1952-1959*

El presente trabajo se basa en la revisión de treinta observaciones que he encontrado en los archivos del Hospital Rosales, durante el período de 1952-1959.

No creo que sólo treinta casos se hayan presentado en ese lapso, haciendo notar que posiblemente es mayor el número de los observados, pero que debido a una falta de acuerdo en la manera de clasificarlos, se me han escapado algunos.

Edad. El Síndrome de Guillain Barré, puede presentarse en cualquier edad, sin embargo, yo he encontrado un predominio manifiesto en nuestros casos, entre la 2ª y 4ª década. El caso de menor edad corresponde a 5 años y el de mayor a 73. Hago notar que nuestro hospital es casi exclusivamente para adultos, y que, en consecuencia, el caso del niño observado ha sido una mera casualidad, (Véase cuadro N° 1).

CUADRO N° 1



Sexo. Entre nuestros treinta casos, dieciocho son del sexo masculino y doce del femenino, de tal manera que hay cierta tendencia a predominar en el primero. Este predominio del sexo masculino, ha sido, lo observado en otras partes. (Véase cuadro N° 2).

CUADRO N^o 2

SEXO	NUMERO DE CASOS.	30
Masculino.		18
Femenino.		12

Sintomatología. El inicio del cuadro clínico se hace con o sin prodromos; la mitad de nuestros casos los presentó y la otra mitad no presentó ninguno. Entre los prodromos observados, se señala el catarro de las vías respiratorias superiores en cinco casos; en dos se registró *dolor de espaldas* y en otros dos trastornos digestivos del tipo indigestión. Cefalea, vértigos, ligera fiebre, esfuerzo, síndrome disentérico, son elementos raros, señalados en uno de los casos para cada uno de estos síntomas. Registramos un caso de recidiva; un paciente de 10 años (Obs. VII) tuvo una recidiva después de cuatro años de haberse curado de su primer ataque; la forma que revistió fue del tipo paraplégico, predominando el compromiso en la región proximal de ambos miembros, alejándose en esto del predominio distal de la casi totalidad de los casos; debido a la topografía especial, recordaba las miopatías, por lo que creo catalogarlo entre las llamadas, por algunos autores, formas miopáticas.

Con o sin prodromos, el cuadro clínico se constituye rápidamente; iniciada en los miembros inferiores con mayor frecuencia, la parálisis pronto compromete los cuatro miembros. Dicha parálisis es del tipo flácido, con pies caídos, con abolición de los reflejos tendinosos, conservación o a veces abolición de los cutáneos abdominales y cremasterianos, sin signo de Babinsley, con dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los nervios periféricos (signo de Lasgue positivo), hecho constante en nuestros casos, por lo que le confiero gran valor diagnóstico, contrastando este hecho con la completa normalidad de la sensibilidad objetiva, es decir, que el compromiso radículo-neurítico de este síndrome, es casi exclusivamente en la esfera motora. Prácticamente no existe compromiso de los esfínteres; lo observamos en seis de nuestros pacientes y fue en forma pasajera; este respecto esfinteriano unido al tipo de parálisis señalado, hace que, a veces, con sólo oír la historia de estos pacientes, los cata-

loguemos como efectos del Síndrome de Guillain Barré (Véase cuadro N^o 3 y 4). Las atrofiás musculares no son frecuentes, y cuando las hemos encontrado son discretas, sin contracciones fibrilares.

El compromiso de los músculos respiratorios es relativamente raro; pero cuando se presenta, constituye una amenaza para la vida del enfermo, y es debido a ello que perdimos cinco de nuestros pacientes observados.

Nuestros casos evolucionaron prácticamente sin fiebre; a veces se señaló alguna febrícula. La fórmula leucocitaria la encontramos muy variable; desde una leucopenia de 3200 hasta una leucotisis de 13.400, con presencia de polinucleares del 51% hasta el 87%.

CUADRO N^o 3

PRODROMOS	NUMERO DE CASOS	30
Catarro.	5	
Dolor Espaldas.	2	
Indigestión.	2	
Cefalea.	1	
Vértigo.	1	
S Disentérico.	1	
Esfuerzo	1	
Fiebre.	1	
Recidiva	1	
Sin prodromos.	15	

CUADRO N^o 4

FORMA CLINICA.	NUMEROS DE CASOS. 30
Cuadriplegia	27
Cuadrip. más compromiso N Craneanos.	13
Paraplegia.	3
Tipo Miopático.	1
Con. Trast. esfinteriano	6
Sin Compromiso Esfinteriano	24

En la punción lumbar encontramos un buen elemento para el diagnóstico del Síndrome de Guillaín Barré: la disociación albúmino-citológica. Sin ser constante, como pretenden algunos autores, la hemos encontrado en veinticinco de nuestros treinta casos. En algunos casos la hemos encontrado desde la primera punción; en otros, hasta la segunda; cifra máxima de proteínas alcanzó 360 miligr. % con 13 leucocitos (Obs. XIV). No podemos admitir, como lo hacen algunos autores, de que tanto para los leucocitos como para las proteínas se ponga un límite preciso. En el bien documentado trabajo de R. Coirault A. Larcan y P. Davidon, exigen límite máximo para los leucocitos 5 y como mínimo de proteínas la cifra de 50 miligr. %. Con tal que el cuadro clínico corresponda, yo creo no deberemos ser muy rigurosos con los datos aportados por el líquido cefalorraquídeo, los cuales ayudarán a confirmar el diagnóstico, pero de ninguna manera a negarlo. Entre mis observaciones, es digna de ser señalada la N^o XXVII, en la cual la primera punción reveló 110 leucocitos con 80 miligr. de proteínas; la segunda 47 leucocitos con 98 de proteínas, es decir que, en pocos días de intervalo, la tendencia a la disociación se estaba dibujando. Ya no pudimos practicar una tercera punción, pues

la enferma exigió su alta. Yo, cuando inicié este trabajo, no pensaba englobar esta observación, justamente por la excepcional reacción leucocitaria; pero tuve oportunidad de ver a esta paciente, un poco más de un año después y la evolución que ha presentado es superponible a nuestros otros casos, con una recuperación lenta, pero manifiesta, y sin vestigios de poliomiélitis, con la que se prestaría a confusión; a eso se agrega el cuadro clínico que presentó, que es típico del Guillain Barré (Ver cuadro N° 5).

CUADRO N° 5

	NUMERO DE CASOS 30	
Con disociación albúmino citolo	25	
Sin disociación albúmino citolo.	4	
Dudoso.	1	

El compromiso de nervios craneanos no ha sido la regla en nuestros casos. Pretender, como algunos autores americanos lo exigen, de que el Síndrome de Guillain Barré, se acompañe siempre de una diplegia facial, es mostrarse en una situación que dejaría muchos cuadros fuera de este síndrome, y más todavía, que ni siquiera los podrían catalogar entre otros. Trece de nuestros casos presentaron algún daño de nervios craneanos, siendo el facial el más habitualmente tomado. Yo he tenido la oportunidad, como otros la han tenido, de ver sólo compromiso de nervios craneanos; pero en esta serie de casos, no señalo ninguno de esta forma clínica.

Las formas localizadas exclusivamente a los miembros inferiores, constituyen la minoría; en nuestra serie, se nos presentaron cuatro casos.

Debo insistir en el predominio de las parálisis en la región distal de los miembros, hecho que contrasta con lo observado por otros autores, que hablan de predominio en la región proximal. Yo sólo he encontrado un caso con este predominio, y que por tal razón simulaba una miopatía.

No obstante de haberse señalado en otras partes un ataque más difuso del sistema nervioso, hablándose hasta de formas encefalíticas, en nuestra serie de casos ha habido pureza del síndrome, es decir una tendencia franca a estar localizado en raíces y nervios periféricos.

Diagnóstico. El Síndrome de Guillain Barré, tal como ha sido observado en nuestros casos, apenas se presta para un diagnóstico diferencial, dada la tipicidad con que se nos ha presentado en la gran mayoría de las veces; mis alumnos de Clínica Médica lo han sospechado con sólo oír la historia: cuadriplegia instalada rápidamente con respecto de los esfínteres y sin fenómenos generales manifiestos. Al presentarse en niños, habría que tomar en cuenta a la poliomiélitis, con las que se diferenciará por la falta de una fiebre significativa. La simetría de las parálisis, la falta de atrofia temprana, y finalmente los resultados de la punción lumbar, mostrando un líquido rico en células en las poliomiélitis con albuminosis no muy acentuada, contrastando con la desociación albúmino-citológica de los poliradiculoneuritis.

En cuanto a si el síndrome de Guillain Barré es primitivo o secundario bastará hacer una buena historia y un buen examen físico para saber si no habrá algún proceso sobregregado que lo condicione.

Evolución. Cuando el Síndrome de Guillain Barré fue señalado, se pensó, a juzgar por los primeros casos observados, que la curabilidad era casi segura, a tal grado, que algunos autores la tomaron como algo que definía al síndrome. Actualmente ya no se tiene ese concepto; el Síndrome de Guillain Barré tiene un pronóstico muy reservado, pues no sólo es capaz de invalidar por mucho tiempo y hasta en forma definitiva, sino que es capaz de terminarse por la muerte. Entre nuestros treinta casos, tuvimos cinco muertes, debidas al compromiso de los músculos respiradores, habiendo recurrido hasta el pulmón de hierro para impedir el fatal desenlace, sin lograrlo. Nuestra observación XXII puede llamarse hasta fulminante, por la rapidez con que se produjo el deceso.

La gran mayoría de nuestros casos (18) salieron solamente mejorados; de estos he tenido oportunidad de examinar a tres, después de un año de haber dejado el Hospital, sin que se hubiesen recuperado del todo, pero sí, con tendencia a mejorarse, aunque en forma muy lenta. Los restantes, debido a que son de lugares lejanos de la capital, no me ha sido posible tener noticias de ellos.

Siete de nuestros pacientes salieron del Hospital prácticamente curados. (Ver cuadro N^o 6).

CUADRO N° 6

RESULTADOS	NUMERO DE CASOS	30
Mejorados	18	
Curados	7	
Fallecidos	5	

La estancia hospitalaria media de nuestros pacientes fue de 67 días, habiéndose registrado máximas hasta de 161 y 163 días. Las mínimas no las señalo, pues no fueron por mejoría pronta de la enfermedad, sino por exigencias de los enfermos para dejar el Hospital.

Etiología. Nuestros treinta casos aquí reportados, aparecen sin etiología determinada, es decir, que son como si todo el cuadro clínico estuviese constituido por el daño nervioso. Es a este tipo, al que, a mi juicio, deberemos reservar la etiqueta de Síndrome de Guillain Barré. Hablar de síndrome de Guillain Barré secundarios, a intoxicaciones, infecciones bacterianas o virales, trastornos metabólicos, linfomas, etc., es traer confusiones innecesarias. Si frente a toda radiculoneuritis con disociación albúmino citológica, prescindiendo de la causa, le llamamos Síndrome de Guillain Barré, es caer en una exageración contra la cual han protestado los mismos creadores del síndrome, quienes la hicieron ver como elemento importante, pero no indispensable, pues hasta pueda faltar, como ha sucedido en algunos de nuestros casos. De tal manera que si un paciente tiene diabetes y presenta un cuadro de poliradiculoneuritis (mi autobservación), aunque tuviese disociación albúmino citológica en el líquido cefalorraquídeo, hecho muy frecuente por cierto, no hablaremos de Síndrome de Guillain Barré, sino de neuropatía diabética, agregándose, si se quiere, la forma clínica que ha revestido.

En conclusión, deberemos confesar que, hasta el momento, existe un Síndrome de Guillain Barré de causa desconocida, conjeturándose en la posibilidad de ser viral, o que se presente como reacción alérgica a factores desconocidos. Es a ese cuadro al que han correspondido nuestros treinta casos aquí reportados.

Anatomía Patológica. Tengo que lamentar muy de veras, que todavía nosotros no estemos en condiciones de hacer estudios anatómicos, como los que requiere el síndrome de Guillain Barré. Aunque fueron autopsiados algunos de nuestros casos que se terminaron con la muerte, no tuvimos respuestas satisfactorias de su estudio, cuando más, se nos dijo, que los daños encontrados eran compatibles con un Síndrome de Guillain Barré. Insistí mucho en que se estudiase nuestro caso no XXVIII, pues falleció sin haber presentado disociación albúmino citológica, hecho que hizo dudar a algunos colegas del diagnóstico con que la habíamos catalogado. Obtuvo de esta enferma el dato seguro que no había lesiones medulares del tipo poliomiélitis; y por otra parte, que no había otro daño capaz de explicar el cuadro, de tal manera que nuestro diagnóstico lo considero acertado.

Tratamiento Fueira de nuestros primeros cinco casos, todos los otros fueron tratados con ACTH, vitamina B12 a altas dosis y tiamina. La impresión que he recogido es que esta terapéutica produjo una mejoría pronta del enfermo, pero que después, el cuadro clínico ya no fue influido, evolucionando por su propia cuenta, a pesar de que en algunos se mantuvo el tratamiento hasta por más de ochenta días. Comparando los tratados de esta manera con los no tratados, puedo decir que el resultado es similar. Los no tratados con ACTH tuvieron una hospitalización media de 42 días y los tratados 67 días

En conclusión, creo no existe hasta la vez, un tratamiento seguro del Síndrome de Guillain Barré, pero que el uso de ACTH y vitamina B12, deberá seguir usándose, pues, en algunos casos, se constatan mejorías rápidas, aunque no acortan la evolución general del proceso. La fisioterapia temprana, la considero como algo de mucha utilidad en estos pacientes

OBSERVACIONES

Obs. I. María Luisa S. de 15 años de edad, vecindada en Santo Tomás, ingresó en el Hospital Rosales el 14 de enero de 1952, consultando por estar imposibilitada para moverse.

Cuatro días antes de su ingreso, estando aparentemente sana, se iniciaron sus padecimientos por una sensación de helamiento en las espaldas, momentos después adormecimiento de las manos y pies, siguiéndose de flojedad de los cuatro miembros, predominando en los inferiores; desde el día siguiente ya no pudo moverse de su cama y le

molestaba una sensación de quemadura en las plantas de los pies. Un día antes de su ingreso se sintió con calentura, habiendo ingresado con 38°.

Su pasado es completamente limpio, habiendo padecido sólo de sarampión. Su dieta es bastante buena.

Al examen físico nos encontramos con una enferma pálida, muy disneica, que ha necesitado ser puesta en pulmón de hierro. El pulso es de 140 p. m., ruidos cardíacos limpios, la TA 120/75; el examen del tórax descubre estidores bronquiales; abdomen sin particularidades.

El examen del sistema nervioso descubre una cuadriplegia flácida, con abolición de los reflejos tendinoso y de los abdominales; rigidez de la nuca sin Koernig y sin Brunzinsky; dolor a la presión de las masas musculares; no Babinsky; ningún trastorno de la sensibilidad objetiva; ningún compromiso nervios craneanos; no trastornos esfinterianos.

Examen del líquido céfalo-raquídeo: color agua de roca, leucocitos 2, proteínas 56, glucosa 53, cardiolipona negativa.

Evolución. La paciente pasó muy incomodada con su disnea durante cinco días más o menos y con fuerte taquicardia; la temperatura era de pocos décimos. Poco a poco fue mejorando y el 17 de febrero, se señala franca recuperación; continuó sin embargo hospitalizada, ayudándola con inyecciones de tiamina y fisioterapia, habiendo dejado el Hospital el 26 de marzo en bastantes buenas condiciones, sin que su recuperación haya sido del todo completa.

Resumen. Poliradiculoneuritis instalada bruscamente, de forma cuadripléjica, habiendo respetado los nervios craneanos; la disociación albúmino-citológica no es muy acentuada pero sí manifiesta; es posible que si se hubiere repetido la punción se hubiese encontrado más significativa. La evolución fue bastante favorable.

Obs. II. Israel R., de 27 años, jornalero, procedente de Nuevo Edén de San Juan, ingresa en el Hospital Rosales, el 26 de agosto 1953, consultando por no poder caminar y flojedad en las manos.

El 5 de junio próximo pasado después de varias semanas de acusar dolor en las espaldas, atribuida a un fuerte esfuerzo, acusó flojedad en los miembros inferiores, rápidamente acentuada, al grado de que dos días más tarde ya no pudo caminar; pronto acusa también desviación de los rasgos faciales hacia la derecha y flojedad en los miembros superiores. Dice no haber sentido fiebre ni trastornos esfinterianos. Sin tratamiento alguno ha venido mejorando poco a poco; pero como persis-

tiese la imposibilidad para caminar y cierta flojedad en los miembros superiores, decide hospitalizarse.

Los antecedentes personales no son contributorios.

El examen somático y de órganos torácicos y abdominales es sin importancia. Del lado del S. N. encontramos cuadriplegia flácida, predominando en los miembros inferiores con pies en equinismo, vestigios de parálisis facial periférica izquierda; reflejos tendinosos abolidos; reflejos abdominales presentes, plantares abolidos; dolor a la presión de masas musculares; sensibilidad objetiva normal; no trastornos esfinterianos. Punción lumbar; líquido agua de roca; leucocitos 1; proteínas 124 miligr. %; glucosa 96; cardiolipina negativa.

Evolución. Sometido a tratamiento fisioterápico e inyecciones de tiamina y estrienina, el paciente fue mejorando progresivamente y el 7 de noviembre dejó el Hospital casi completamente recuperado.

Resumen. Poliradiculoneuritis instalada rápidamente revistiendo el tipo cuadripléxico con compromiso del facial izquierdo; disociación albúmina citológica muy bien manifiesta; recuperación casi completa.

Obs. III. Salvador O. motorista, de 28 años de edad, residente en Soyapango, ingresa en el Hospital Rosales el 31 de agosto de 1953, consultando por flojedad de sus cuatro miembros.

Ocho días antes de su ingreso, estando aparentemente sano, acusa adormecimiento y flojedad de la mano derecha; media hora más tarde, en momentos en que quería manejar su carro, acusa el mismo trastorno en la mano opuesta, y minutos más tarde, sus miembros inferiores se le paralizan, acusando dolores en las masas musculares, habiéndose visto obligado a encamarse. Dice no haber sentido fiebre ni trastornos esfinterianos; como los días siguientes siguiere en el mismo estado decide hospitalizarse

Es alcoholista; un mes antes de la presente enfermedad tuvo gonorrea que curó con un millón de unidades de penicilina.

Se trata de un paciente muy bien constituido; tórax y abdomen sin particularidades. Del lado del S. N. encontramos una cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos; pies en varus equino; dolor a la presión de las masas musculares; sensibilidad objetiva normal; reflejos abdominales, cremasterianos y plantares conservados; ningún trastorno esfinteriano.

Punción lumbar: líquido incoloro, leucocitos 2, proteínas 74 miligramos %, glucosa 82, cardiolipina negativa.

Evolución. Sometido a tratamiento fisioterápico y a inyecciones de tiamina, el paciente se recuperó rápidamente, habiendo dejado el Hospital el 1º de octubre.

Resumen. Polirradiculoneuritis instalada rápidamente, revistiendo el tipo cuadripléjico, con inicio por miembros superiores; moderada disociación albúmino-citológica; recuperación en poco tiempo.

Obs. IV. Carmen G. de 62 años de edad, residente en Suchitoto, ingresa en el Hospital Rosales el 31 de diciembre de 1953, consultando por dolor de espalda y adormecimiento de los miembros.

Quince días antes de su ingreso, estando aparentemente sana, amanece con dolor en la nuca irradiado hasta la región sacro-lumbar; al mismo tiempo adormecimiento de la mitad izquierda de la cara y constata que sus rasgos están tirados hacia la derecha, no pudiendo cerrar los ojos completamente; ocho días más tarde acusa dolor de cabeza intenso y adormecimiento de los cuatro miembros, dificultándole la marcha, habiendo sufrido tres caídas, levantándose con ayuda de sus parientes; también ha acusado estado vertiginoso, insomnio, ambliopía y por momentos diplopía. Desde ocho días antes de su admisión se encuentra guardando cama, con imposibilidad para mover sus miembros inferiores y con torpeza de los superiores; dice no haber sentido fiebre ni trastornos esfinterianos.

En su pasado señala haber padecido de paludismo y de reumatismo.

El examen somático, del tórax y abdomen es negativo.

La exploración del S. N. nos suministra los datos siguientes: parálisis facial izquierda tipo periférico; paraplegia flácida con imposibilidad completa de mover sus miembros; pies en equinismo; abolición de los reflejos tendinosos; dolor a la presión de las masas musculares; sensibilidad objetiva normal; no trastornos esfinterianos; en los miembros superiores son posibles algunos movimientos, aunque con dificultad, teniendo los reflejos tendinosos disminuidos.

Primera punción lumbar. (4 - I - 54): Líquido agua de roca, leucocitos 1, protomas 135 miligr. %, glucosa 74, cardiolipina negativa.

Segunda punción lumbar. (10 - II 54): Líquido límpido, leucocitos 1, proteínas 133 miligr. %, glucosa 53.

Se practicaron otros exámenes de laboratorio y radiografía del tórax con resultados normales.

Evolución. La paciente fue tratada con inyecciones de tiamina, 200 miligr. diarios y fue mejorándose paulatinamente. El 1º de febrero se apunta que la parálisis facial ha desaparecido, los miembros superiores casi normalizados, persistiendo paresia de los inferiores con reflejos tendinosos abolidos. La enferma dejó el Hospital el 24 de febrero, acusando ligera dificultad para caminar.

Resumen. Poliradiculoneuritis comprometiéndolo los cuatro miembros, con predominio franco de los inferiores; su iniciación fue con fenómenos altos, cefalalgia, vértigos, diplopia y parálisis facial periférica izquierda; disociación albúmino-citológica franca; recuperación casi completa en dos meses, habiendo sido tratada solamente con tiamina.

Obs. V. Rumaldo L., de 45 años, jornalero, vecindado en San Pedro Perulapán, ingresa en el Hospital Rosales el 11 de enero de 1954, consultando por parálisis de sus cuatro miembros.

Diez días antes de su ingreso comenzó a padecer de cámaras sanguinolentas acompañados de Cólicos intestinales, pujos y tenesmo, tomó un purgante con los que las cámaras se volvieron francamente diarreicas. Dos días más tarde se le presenta flojedad de los miembros inferiores y pronto de los superiores, inmovilizándolo en su cama en poco tiempo.

En su pasado refiere haber padecido de paludismo durante 18 meses; su dieta es regular; es alcoholista.

El examen somático, el del tórax y abdomen son sin importancia.

La exploración del S. N. descubre; cefalea ligera sin fenómenos de irritación meníngea; nervios craneales normales; cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos, conservación de los sensitivos; sensibilidad objetiva conservada; dolor a la presión de las masas musculares; no trastornos esfinterianos.

1ª punción lumbar. (11 — 1 — 54): Líquido agua de roca, leucocitos 6, proteínas 93 miligr. %, glucosa 79, cardiolipina negativa

Otros exámenes de laboratorio, resultaron normales fuera de la presencia de uncinarias, ascárides y tricocéfalos en las materias fecales.

2ª punción lumbar. (14 — 1 — 54) Líquido límpido, leucocitos 2, proteínas 171 miligr. %, glucosa 61.

Evolución. Tratado este paciente con 200 miligr. de tiamina se estaba constatando cierta mejoría; desgraciadamente exigió su alta el 24 de enero no permitiéndonos seguir el curso completo de su enfermedad.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuádruplégica, instalada rápidamente, con iniciación por los miembros inferiores, a raíz de un síndrome disintérico; disociación albúmino-citológica bien manifiesta; no fue posible seguir el curso completo de la enfermedad, pero en pocos días se constató cierta mejoría.

Obs. VI. Zonia I., de 5 años de edad, procedente de Santa Ana, ingresa en el Hospital Rosales el 23 de marzo de 1953, consultando porque no puede caminar.

Un mes antes de su consulta, estando aparentemente sana, y en momentos en que jugaba, sufrió una caída al parecer sin sufrir golpe alguno; al día siguiente apareció dificultad para caminar, los movimientos del miembro inferior izquierdo eran difíciles y acusaba dolor en la raíz del mismo; al tercer día, en momentos en que subía unas gradas, se le aflojaron ambos miembros inferiores y la niña ya no pudo caminar, quejándose también de dolores. Consultado un facultativo le encontró 37°5 de temperatura y atribuyó su proceso a una angina, habiéndole recetado penicilina, con la cual no mejoró en manera alguna. Veintidós días después del inicio de sus molestias aparece dificultad para mover el miembro superior derecho y unos días más tarde el izquierdo, ambos siendo dolorosos.

Al examen físico se encontró una niña apirética, bien constituida, sin particularidades especiales al examen somático y con sus órganos torácicos y abdominales normales. Del lado del S. N. se señalaron los datos siguientes: pupilas iguales, reaccionan perezosamente a la luz; no se descubre parálisis facial; los cuatro miembros presentan una parálisis flácida, con reflejos tendinosos abolidos, dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los miembros; ligera rigidez de la nuca; reflejos abdominales y plantares abolidos; no se encontró atrofia muscular; no trastornos esfinterianos.

Punción lumbar. (Practicada en Santa Ana el 18 de marzo). Líquido agua de roca, R. de Pandy positiva, proteínas 278 miligr. %, glucosa 89, miligr., leucocitos 1.2 linfocitos.

2ª punción lumbar. (24 — III — 53): Líquido ligeramente xantocrómico; hematíes 2800, leucocitos 18, linfocitos 85%, polinucleares 16, proteínas 211, glucosa 86.

Evolución. La niña siguió apirética, fue tratada con 200 miligi. de tiamina; la madre exigió el alta al 5º día de la hospitalización, habiéndose observado ligera mejoría.

Resumen. Niña de cinco años, con una cuadriplegia flácida, instalada lentamente comprometiendo los miembros en forma sucesiva; respeto de nervios craneanos; disociación albúmino-citológica franca en la primera punción, aparecimiento de xantociomía en la segunda con ligera leucocitosis.

Obs. VII. 1er. ingreso. Salvador M., de 10 años de edad, procedente de Paleca ingresa en el Hospital Rosales el 24 de agosto de 1955, por no poder caminar.

Ocho días antes de su ingreso, estando aparentemente sano, le impusieron como castigo en la escuela, a que caminara en cuclillas, después de lo cual ya quedó con dificultad para caminar; al día siguiente ya le fue imposible sostenerse en pie.

Sus antecedentes son sin importancia.

El examen físico descubrió un niño bien constituido, con 37°7 de temperatura, y 100 de pulso; pulmones, corazón y órganos abdominales normales. Del lado del sistema nervioso se señaló una paraplegia flácida, con casi abolición de los reflejos tendinosos, con conservación de los abdominales y cremasterianos, dolor a la presión de las masas musculares, maniobra de Lasague positiva, sensibilidad objetiva conservada, no trastornos esfinterianos.

Punción lumbar. (El mismo día del ingreso): Líquido incolórico, hematíes 4, leucocitos 25, proteínas 85, glucosa 71, cardiolipina negativa.

Nueva punción lumbar (septiembre 6): Líquido agua de roca, hematíes 2, leucocitos 1, proteínas 104, glucosa 83.

Evolución. Se le hizo un tratamiento con ACTH, vitamina B12, y fisioterapia con el cual se vio pronto franca mejoría, habiendo dejado el Hospital veinte y nueve días después de su admisión.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma paraplégica, instalada a raíz de un esfuerzo; una primera punción lumbar descubre aumento de leucocitos y ligero aumento de proteínas; una segunda punción descubre franca disociación albúmino-citológica.

Segundo ingreso. (12 — V — 59). Consulta nuevamente por no poder caminar. El paciente se recuperó completamente de su anterior

dolencia, habiendo pasado así varios años. Cuatro días antes de su ingreso, estando aparentemente sano, acusó adormecimiento en sus miembros inferiores y luego flojedad de los mismos que le imposibilitaron la marcha; también acusa ligera flojedad de los miembros superiores.

El 25 de junio le practiqué personalmente un examen a este paciente y le encontré del lado del S. N.: paraplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos, conservación de los sensitivos, dolor a la presión de las masas musculares, maniobra de Lasague positiva, sin trastornos esfinterianos y con la sensibilidad objetiva conservada. Me llamó grandemente la atención cierto grado de atrofia muscular en la cintura pelviana con ensilladura lumbar; al intentar ponerse de pie recordaba en parte las maniobras de los pacientes afectos de miopatía y la marcha era mixta, con estepage y la de pato. La fuerza muscular de los miembros superiores estaba disminuida, con reflejos tendinosos disminuidos.

Punción lumbar. Líquido incoloro, hematíes, 8, leucocitos 2, proteínas 63, miligr. %, glucosa 114, cardioplipina negativa.

Evolución. Este paciente fue tratado con tiamina, vitamina B12, ACTH, y prednisona; se recuperó bastante, habiendo dejado el Hospital el 12 de julio con la recomendación de seguir su tratamiento.

Resumen. Polirradiculoneuritis a predominio paraplégico, tipo pseudomiopático y recidivante, ligera disociación albúmino-citológica; evolución en vía de recuperación.

Obs. VIII. Efraín B., zapatero, de 20 años de edad, procedente de San Salvador ingresa en el Hospital Rosales el 30 de agosto 1956, consultando por no poder caminar.

Quince días antes de su ingreso se le instala catarro nasal, doce días más tarde acusa dolor en la garganta y al día siguiente notó flojedad en los miembros inferiores, dificultándole la marcha; esta molestia se fue acentuando los días siguientes por lo que al 4º día busca el Hospital. Además de sus molestias en los miembros inferiores ha tenido mareos, visión turbia y por momentos diplopia; dice no haber sentido fiebre.

Refiere haber padecido de paludismo hace varios años; de sífilis hace siete, habiendo sido tratado con arsénico y cianuro de mercurio.

Al examen físico se señala un paciente bien constituido, apuntándose como datos positivos un hígado ligeramente palpable, así como

el bazo. Del lado del S. N. pupilas iguales, reaccionan bien a la luz, no parálisis facial; miembros superiores normales; los inferiores paralizados, siendo la parálisis más notoria en la raíz; flacidez manifiesta, con abolición de los reflejos tendinosos; los reflejos abdominales y cremasterianos conservados; no trastornos esfinterianos; sensibilidad objetiva normal; dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los ciáticos.

Punción lumbar. (El mismo día del ingreso): Líquido claro, hematíes 12, leucocitos 20, proteínas 1.17 miligr. %, glucosa 80, serología para sífilis negativa.

2ª punción lumbar. (febrero): Líquido incoloro, hematíes 108, leucocitos 20, proteínas 136, glucosa 110, serología de sífilis negativa.

Evolución. Este paciente fue tratado con 200 miligr. de tiamina y 1000 microgr. de vitamina B12; en vista de la poca influencia de estas drogas, se le agregó después 20 miligr. de prednisona y fisioterapia. A pesar de esto resistió bastante al tratamiento, habiéndose obtenido una mejoría con mucha lentitud; sin estar recuperado del todo, dejó el Hospital el 18 de diciembre después de 110 días de asistencia.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma parapléjica, instalada a raíz de una infección de las vías respiratorias superiores; ligera leucocitosis del líquido cefalo-raquídeo con franco aumento de las proteínas; recuperación lenta e incompleta.

Obs. IX. Conrado V., oficinista, de 23 años de edad, residente en El Triunfo, ingresa en el Hospital Rosales el 1º de septiembre de 1956, consultando por estar paralizado.

Refiere el paciente, que cinco días antes de su ingreso, se le inicia estado febril acompañado de malestar general y dolores óseos generalizados; cuatro días después flojedad acentuada de sus miembros inferiores que le imposibilitaron levantarse; también ligera flojedad de los miembros superiores.

Su pasado ha sido limpio.

Al examen físico solamente se señala paraplegia flácida, con abolición de los reflejos tendinosos; conservados los abdominales y cremasterianos; sin trastornos esfinterianos; sensibilidad objetiva normal; dolor a la presión de las masas musculares; maniobra de Lassegue positiva; la fuerza muscular en los miembros superiores disminuidas, con reflejos tendinosos poco manifiestos; nervios craneales normales.

Punción lumbar. (Día del ingreso): Líquido incoloro, hematíes 2, leucocitos 0, proteínas 30, glucosa 73, serología de sífilis negativa.

Segunda punción lumbar. (Cuatro días más tarde): Líquido agua de roca, hematíes 0, leucocitos 0, proteínas 74, glucosa 85, serología negativa.

Evolución. El paciente presentó una febrícula; desde el primer día se le puso ACTH (40 miligr. cada 8 horas), así como vitamina B12, 1000 microgr. y 200 miligr. de tiamina, agregándole empaques calientes. Los resultados fueron pobres y estuvo hospitalizado hasta el 16 de enero de 1957, sin que su recuperación haya sido completa, habiendo salido muy mejorado.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica, con predominio miembros inferiores, respeto de nervios craneanos; instalada bruscamente al 5º día de un estado febril; ligera disociación albúmino citológica; evolución lenta hacia la mejoría.

Obs. X. Antonia R. de 18 años de edad, con residencia en Acajutla, ingresa en el Hospital Rosales el 13 de diciembre de 1956, consultando por no poder caminar.

Quince días antes de su ingreso, estando aparentemente sana, acusa adormecimiento y pesantez en el miembro superior derecho; al día siguiente, las mismas molestias en el miembro opuesto, agregándose dolores que por momentos eran intensos; al tercer día se le presenta dolor con flojedad acentuada de ambos miembros inferiores; en este momento acusa dolor en la garganta que le desapareció con penicilina. Se hospitalizó en Sonsonate, pero como no sintiese alivio, decide trasladarse a este Hospital; dice haber sentido ligeras elevaciones de temperatura.

Sus antecedentes no son contributorios.

El examen somático y de los órganos torácicos y abdominales no descubre nada de importancia.

Del lado del S. N. se señala: paraplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos; conservados los sensitivos; dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los ciáticos; sensibilidad objetiva conservada; no trastornos esfinterianos; la fuerza muscular de los miembros superiores ligeramente desminuidos, con reflejos tendinosos desminuidos; nervios craneanos normales.

Punción lumbar. (Día del ingreso): Líquido incoloro, hematíes 0, leucocitos 0, proteínas 171, glucosa 86, cardiolipina negativa.

Segunda Punción lumbar. (Enero 3-57): Líquido levemente amarillento, hematíes 95, leucocitos 5, proteínas 129, glucosa 48.

Evolución. Durante su estancia hospitalaria se mantuvo apirética; se le trató con 40u. de ACTH mañana y tarde, tiamina 200 miligr. y fisioterapia. El resultado del tratamiento fue manifiesto al grado de que la paciente quería irse el 28 de diciembre; sin embargo, se le convenció que esperase y dejó el Hospital el 8 de febrero de 1957, casi completamente bien.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica, con franco predominio en los miembros inferiores; disociación albúmino citológica bien manifiesta; evolución rápida hacia la curación.

Obs. XI. Bartolomé V. de 51 años, agricultor, residente en Santa Ana, ingresa en el Hospital Rosales el 15 de marzo de 1957, consultando por no poder mover los brazos y las piernas.

Dieciocho días antes de su ingreso, estando aparentemente sano, acusa hormigamiento y pesantez en los miembros inferiores; al día siguiente se acentuaron sus molestias, ya no pudiendo caminar. Al tercer día, aparece flojedad en ambos miembros superiores. Se hospitalizó en Santa Ana en donde le pusieron inyecciones de tiamina; pero como no se mejorase, busca este Hospital.

Tuvo chancro hace 11 años, por lo que fue tratado con arsénico; gonorrea en varias ocasiones, tratado últimamente con penicilina.

Al examen somático y de órganos torácicos y abdominales no se descubre nada de particular. Del lado de S. N. se descubre: cuadriplejia flácida con abolición de los reflejos tendinosos; reflejos abdominales y cremasterianos conservados; sensibilidad objetiva conservada; dolor a la presión de las masas musculares; no trastornos esfinterianos.

Punción lumbar. (Día del ingreso): Líquido claro, hematíes 4, leucocitos 0, proteínas 72, glucosa 62, cardiolíipina negativa.

Segunda punción lumbar. (22-III-57): Líquido incoloro, hematíes 0, leucocitos 5, proteínas 68, glucosa 72, cardiolíipina negativa.

Evolución. A este paciente se le trató con ACTH, (40 miligr. mañana y tarde) con vitamina B12, (1000 microgr.), complejo B y con fisioterapia. El 1º de abril se anota que la mejoría es manifiesta; puede ya caminar, quedándole debilidad en manos y pies; los reflejos tendinosos siguen abolidos. El 20 de mayo dejó el Hospital casi completamente curado.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléfica, con compromiso ligero del motor ocular común izquierdo; discreta disociación albúmino-citológica, evolución rápida hacia la curación.

Obs. XII. Petrona G., de 73 años, residente en San Salvador, ingresa en el Hospital Rosales el 3 de abril de 1957, consultando por no poder ver y estar paralizada.

Refiere la enferma que dieciocho días antes de su ingreso, se le instala cefalea hemilateral derecha, tipo pulsátil; al siguiente día le aparece adormecimiento y flojedad de los miembros derechos, y 24 horas más tarde, de los izquierdos, aunque dominando en los primeros; a los cinco días se sintió mejorada de los superiores, persistiendo sus molestias a nivel de ambas manos. Desde la instalación de la cefalea la visión se volvió turbia, persistiendo por algunos días, recuperándola a su ingreso. Ha tenido dificultad para defecar y pierde sus orinas inconscientemente.

En su pasado señala haber padecido de jaqueca.

Al examen físico sólo se apuntan los daños del S. N., siendo normales los otros aparatos. Presenta una cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos, con conservación de los sensitivos; sensibilidad objetiva-normal; dolor a la presión de las masas musculares; nervios faciales normales; pupilas reaccionan bien a la luz; ligera paresia del 6º par derecho; fondo de ojo normal.

Punción lumbar. (El día de su ingreso): Líquido incoloro, leucocitos 0, proteínas 131 miligr. %, glucosa 62, cardiolipina negativa.

Segunda punción lumbar. (13-V-57): Líquido agua de roca, hematíes 5, leucocitos 2, proteínas 84, glucosa 57.

Evolución. Los trastornos esfinterianos desaparecieron rápidamente; fue tratado con 40u. de ACTH, 1000 micrl. de vitamina B12, y 200 miligr. de tiamina. El 1º de mayo se anota que la enferma está muy mejorada, persistiendo todavía la paresia del 6º par. El 13 de mayo se le da el alta con la consigna de seguir tomando tres comprimidos de meticorten, los que desde algunos días venía tomando.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléfica, con compromiso de los ópticos, y del motor ocular externo derecho, acompañada de trastornos esfinterianos; franca disociación albúmino-citológica; evolución rápida hacia la mejoría.

Obs. XIII. Moisés F., de 22 años, zapatero, residente en Ciudad Aíce, ingresa en el Hospital Rosales el 5 de marzo de 1957, consultando por parálisis.

Refiere el paciente que hace cinco semanas empezó a sentir sensación de hinchazón en los cuatro miembros; pasó así dos semanas, acusando además malestar general, por lo que fue a una farmacia en donde le pusieron penicilina. Esta no le dió ninguna mejoría; lejos de eso, empeoró, acusando dolores musculares bastante fuertes, despertándole por las noches; pronto se instaló flojedad en los cuatro miembros, predominando en los inferiores; dice que sus miembros han estado insensibles, aún los pinchones fuertes no los sentía.

Su pasado no es contributorio.

Al examen físico es normal, fuera del daño del S. N., en donde se apunta: cuadriplegia flácida, a predominio distal, con abolición de los reflejos tendinosos; cutáneos abdominales y cremasterianos vivos; sensibilidad objetiva normal; dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los miembros; no trastornos esfinterianos; nervios craneanos normales.

...*Punción lumbar.* (Día del ingreso): Líquido agua de roca, hemáties 60, leucocitos 7, proteínas 194, glucosa 81, serología de sífilis negativa.

Segunda punción lumbar. (8-IV-57): Líquido incoloro, hemáties 4, leucocitos 5, proteínas 110, glucosa 62.

Evolución. Este paciente fue tratado con ACTH, 40u, cada 12 horas, vitamina B12, 500 microgr., tiamina 100 miligr. El 9 de abril se señala mejoría manifiesta y se le agrega fisioterapia. Dejó el Hospital el 2 de mayo, notablemente mejorada.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléctica, instalada lentamente; franca disociación albúmno-citológica; evolución rápida hacia la mejoría.

Obs. XIV. Jesús H. M., jornalero, de 30 años de edad, avecindado en Cojutepeque, ingresa en el Hospital Rosales el 11 de agosto de 1957, consultando por tener dormido el cuerpo.

Refiere el paciente que, estando aparentemente sano, quince días antes de su ingreso, se le inicia cefalea intensa que le desesperaba, siendo continua, apenas con ligeras remisiones, sin que sintiese fiebre; dos días después, empezó a sentir adormecimiento en los pies, el cual

fue ascendiendo rápidamente al resto de los miembros inferiores y luego a los superiores, de tal manera, que en dos días se sentía paralizado; seis días antes de su admisión se la sobreagregó parálisis facial derecha y visión turba del ojo del mismo lado; la cefalea desapareció hace tres días, acusando ahora dolor en la columna vertebral.

Dice haber tenido un chancro hace nueve años.

Al examen se describe a un paciente bien orientado, que responde bien al interrogatorio. Pulmones, corazón y órganos abdominales normales. La exploración del S. N., descubre una cuadriplegia flácida, predominando en los miembros inferiores, con abolición de los reflejos tendinosos, conservación de los abdominales y cremasterianos; ausencia de Babinsky; no rigidez de la nuca; parálisis facial periférica derecha; pupila derecha más dilatada que la izquierda, no reaccionando a la luz; paresia del recto externo del mismo lado; dolor a la presión de las masas musculares; Lasegue positiva; no trastornos esfinterianos.

Punción lumbar. (El mismo día del ingreso): Líquido incoloro, hematíes 4, leucocitos 12, proteínas 360, glucosa 96, serología de sífilis negativa.

Evolución. Al día siguiente de su hospitalización el paciente acusó dificultad respiratoria, por lo que hubo necesidad de ponerle en pulmón de hierro, habiendo desaparecido tres días después. Se le instituyó un tratamiento con 40u. de ACTH cada 12 horas, vitamina B12. 1000 microgr. y tiamina 100 miligr. Fuera de la mejoría manifiesta de los trastornos respiratorios, los paralíticos resistieron más largo tiempo. Después de once días de tratamiento con ACTH se le sustituyó con meticorten 10 miligr. cada 8 horas, habiéndole mantenido esta droga hasta su salida, que fue el 3 de octubre, con el resultado global de mejorado.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica con compromiso del nervio facial derecho y de los oculo-motores del mismo lado; compromiso pasajero de los músculos respiratorios; iniciada con fuerte cefalea; sin estado febril; disociación albúmino-citológica franca; tratado con esteroides, evolucionó hacia la mejoría, después de 52 días de tratamiento.

Obs. XV. Dolores Q., purera, de 14 años de edad, vecindada en Suchitoto, ingresa en el Hospital Rosales el 17 de agosto de 1957, consultando por tener flojos los brazos y las piernas.

Una semana antes de su ingreso, se le instala catarro; cuatro días más tarde, acusa dolores en los músculos de ambas piernas cuando caminaba; al día siguiente, dolores a lo largo de ambos miembros superiores y se instala flojedad en los cuatro miembros, al grado de no poder moverse, estando acostada. Ha acusado además ligero estado febril ($37^{\circ}2$); ya en el camino para este Hospital, mareo y dolor de cabeza suaves.

Ha sido bastante sana; es la primera vez que consulta.

Lo único positivo, al examen, es del lado del S. N.: cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos, conservados los abdominales y plantares; dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los ciáticos; sensibilidad objetiva normal; no trastornos esfinterianos; rigidez de la nuca.

Punción lumbar. (18 de agosto); Líquido sanguinolento (sangre accidental) proteínas 94, glucosa 97; días después se repitió la punción; desgraciadamente volvió a mezclarse con sangre, por lo que los datos obtenidos no fueron satisfactorios.

Evolución. A esta enferma le iniciaron el 19 de agosto, por sugerencia mía, y con la sospecha de S. de Guillain Barré, a pesar de no conocer los resultados de la punción lumbar, un tratamiento con 40u. de ACTH cada 12 horas. El 22 se le interrumpió por haber aparecido una neumonía que fue rápidamente controlada con penicilina. Por razones que desconozco no se volvió a ponerle ACTH, apareciendo en el protocolo un tratamiento con triplesulfas, dos comprimidos mañana y tarde, mantenido por largos días. La mejoría de su daño nervioso, al aparecer, se hizo con mucha lentitud, habiendo estado hospitalizada hasta el 7 de noviembre, saliendo aún no curada, solamente mejorada.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica, instalada rápidamente a raíz de un catarro; no muy significativo el examen del líquido cefalorraquídeo. Evolución lenta hacia la mejoría, sin tratamiento especial; fue hospitalizada durante 80 días.

Obs. XVI. María de V., de 38 años de edad, residente en Amapala (Honduras), ingresa en el Hospital Rosales el 23 de febrero de 1957, consultando por falta de fuerzas en el cuerpo.

Refiere la paciente que hace un mes, estando con gripe y en momentos en que ya se sentía mejor, empezó a sentir adormecimiento de ambos pies, los cuales los sentía grandes y pesados; poco a poco estas molestias le ascendieron, llegando al tronco, y finalmente, aunque

con menor grado, a los miembros superiores. Ultimamente se le ha presentado una opresión en la garganta, y por momentos tiene crisis de ahogo. Dice no haber tenido fiebre ni trastornos esfinterianos.

Su pasado no es contributorio.

Al examen físico se describe una paciente tranquila, afebril, en regular estado nutricional. El examen del corazón, pulmones y órganos abdominales es normal. Del lado del S. N., se anota: la paciente puede sentarse, aunque con cierta dificultad; con ayuda puede caminar, siendo la marcha con estepage; hipotonicidad muscular, predominando en los miembros inferiores; reflejos aquilianos abolidos, rotulianos débiles; reflejos tendinosos miembros superiores son normales; reflejos abdominales conservados, sensibilidad objetiva normal; dolor a la presión de las masas musculares y signo de Lasague positiva; esfínteres respetados.

Punción lumbar. (Día del ingreso): Líquido incoloro, hematíes 0, leucocitos 7, proteínas 45 miligr. %, glucosa 52, serología de sífilis negativa .

2ª punción lumbar. (Marzo 4): Líquido incoloro, hematíes 4, leucocitos 0, proteínas 49, glucosa 72.

Evolución. A los cinco días de estar hospitalizada se anota que la paciente tiene dificultad para la deglución, tanto de los sólidos como de los líquidos. Siguió empeorando los días siguientes, apareciendo disnea, por lo que el 8 de marzo fue puesta en pulmón de hierro. Desde el día de su ingreso se le inició tratamiento con ACTH, 40u. cada 12 horas, vitamina B12, 1000 microgr. y 200 miligr. de tiamina. El 13 de marzo apareció una taquicardia acentuada, la cual se mantuvo los días siguientes. A pesar de todos los esfuerzos, la paciente falleció el 22 de marzo. La evolución fue afebril, atribuyéndose la muerte al compromiso bulbar.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica, con compromiso bulbar; no se constató disociación albúmino-citológica; terminación fatal al 57avo día de iniciada su enfermedad.

Obs. XVII. José A. S., de 33 años, motorista, residente en San Salvador, ingresa en el Hospital al 11 de enero de 1958, consultando por estar paralizado de todo el cuerpo.

Refiere el paciente que hace cuatro días, estando aparentemente sano, se le presenta adormecimiento en la mano izquierda, dificultán-

dole un poco el manejo de su carro; pasó así todo el día siguiente, y por la noche, siente adormecidos y débiles sus cuatro miembros, por lo que la marcha le era muy difícil; un día antes de su ingreso ya no pudo hacer ningún movimiento; no ha acusado fiebre; ingresa con $37^{\circ}4$ y 100 de pulso.

Dice que a los 11 años tuvo un cuadro parecido al actual, y que curó fácilmente.

Al examen se describe a un paciente bien constituido, inmóvil, sin trastorno mental alguno. Los datos positivos son del lado del S. N.: cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos y conservación de los sensitivos; sensibilidad objetiva conservada; dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los ciáticos; no trastornos esfinterianos; no compromiso nervios craneanos.

Punción lumbar. (Día del ingreso): Líquido claro, hematíes 0, leucocitos 0, proteínas 95 miligr.‰, glucosa 62, cardiolipina negativa.

Evolución. Desde el 1er. día se le aconsejaron 40u, de ACTH cada 12 horas; 1000 microgr, de vitamina B12, y 200 miligr, de tiamina; no obstante este tratamiento, el paciente empezó a quejarse de dolores musculares muy intensos, y desde dos días después de su ingreso, de dificultad respiratoria, por lo que se le puso en pulmón de hierro. Acusó después el paciente disuria y el examen de la orina señaló abundantes hematíes y piocitos. Había estado afebril, pero a partir del 20 de enero la temperatura sube y el pulso se acelera de manera acentuada. Termina este cuadro con signos de asfixia, el día 31 de enero.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica con compromiso de músculos respiratorios; disociación albumino-citológica discreta; muerte por asfixia, a pesar de tratamiento temprano con ACTH y vitaminas.

Obs. XVIII. Luis G., de 37 años, jornalero, avencindado en Cuyulitán, ingresó en el Hospital Rosales el 3 de noviembre de 1958, consultando por tullimiento del cuerpo.

Hace 11 días, estando aparentemente sano, se le presenta debilidad en los miembros inferiores que le dificulta la marcha; casi al mismo tiempo el mismo trastorno en el miembro superior izquierdo; entrada la noche ya no pudo moverse; al intentar hacerlo se caía; al día siguiente se le comprometió también el miembro superior derecho; ha tenido dolores que especialmente localiza en las grandes articulaciones; no ha tenido fiebre.

Su pasado es limpio; no es alcoholista.

Fuera de su compromiso en el S. N. no se encuentra nada anormal. Cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos; conservados los abdominales y cremasterianos; sensibilidad objetiva normal; dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los ciáticos; no compromiso de los nervios cianeanos ni de los esfínteres.

Punción lumbar. (Noviembre 6): Líquido incoloro, hematíes 0, leucocitos 2, proteínas 155 miligr, glucosa 62, cardiolipina negativa.

2a. punción lumbar. (8 de enero 59): Líquido agua de roca, hematíes 0, leucocitos 7, proteínas 106, glucosa 67.

Evolución. Este paciente fue tratado con 40u. de ACTH cada 12 horas, tiamina 200 miligr. y vitamina B12, 500 microgr. Lentamente se fue recuperando, y el 20 de enero de 1959 dejó el Hospital, casi completamente curado.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica con franca disociación albúmino-citológica; tratado con ACTH y vitaminas, se curó casi completamente después de 78 días de hospitalización.

Obs. XIX. Juan P., de 30 años de edad, jornalero, avecindado en Nueva Concepción, ingresa en el Hospital Rosales el 29 de noviembre de 1958, consultando por adormecimiento de los miembros.

Refiere el paciente que el 17 de Noviembre próximo pasado le aparece calentura suave que le dura dos días; luego, se le instala catarro nasal seguido de tos, el cual le dura ocho días. Sintiéndose ya bien, toma un baño, acusando dos horas después cefalgia de poca intensidad, que le duró como cuatro horas; momentos después siente adormecimiento en los dedos de las manos y de los pies, el cual se fue extendiendo al resto de los cuatro miembros; tres días antes de su ingreso, ya no sólo acusa el adormecimiento, sino que le falta fuerza para los movimientos; volviéndosele la marcha casi imposible; también ha sentido enronquecimiento de la voz, cierta dificultad para comer y respirar.

Su pasado no es contributivo.

Al examen físico se describe a un paciente bien constituido, que responde bien al interrogatorio, pero lo hace con voz débil, y entrecortada, pronunciando mal algunas palabras. Organos torácicos y abdominales sin particularidades. El enfermo presenta una cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos; reflejos abdominales y

cremasterianos conservados; sensibilidad objetiva normal; dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los ciáticos; no trastornos esfinterianos; ligera rigidez de la nuca.

Punción lumbar. (El mismo día del ingreso): Líquido incoloro, hemáties 0, leucocitos 0, proteínas 140 miligr. ‰, glucosa 83, cardiolipina negativa.

Evolución. Desde el primer día se le sometió a tratamiento con ACTH, 80u., en 24 horas; 1000 microgr. de vitamina B12, y 200 miligr. de tiamina. Diez días después se anota franca mejoría en los miembros superiores; el estado de los miembros inferiores tardó más en recuperarse; pero el 31 de enero ya estaba casi del todo bien, quedándole ligero adormecimiento en manos y pies.

Resumen. Poliradiculoneuritis de forma cuadriplégica, con ligero compromiso bulbar; franca disociación albúmino-citológica, tratado con ACTH y vitaminas, se cura después de una hospitalización de 63 días.

Obs. XX. María del Carmen S., de 19 años de edad, vecindada en Citalá, ingresa en el Hospital Rosales el 1º de Diciembre de 1958, consultando por no tener fuerzas en el cuerpo.

Refiere la paciente, que el 9 de octubre próximo pasado, dio a luz a un niño en condiciones normales; quince días más tarde, inesperadamente, acusa flojedad del miembro superior izquierdo, y momentos más tarde, le sucede lo mismo en el opuesto; al día siguiente, acusa dolor en ambas piernas, y momentos después flojedad que le dificultó la deambulaci6n. El 3 de Noviembre es traída al Hospital de Maternidad, de donde es referida al Rosales, con el diagnóstico del polineuritis.

El pasado de la enferma no es contributorio.

Al examen físico, lo único de importancia es el daño de S.N., que describe así: cuadriplegia flácida, a predominio de los miembros inferiores, con abolición de los reflejos tendinosos y conservación de los abdominales; sensibilidad abjetiva conservada; dolor a la presión de las masas musculares y maniobra de Lasague positiva; no trastornos esfinterianos y respeto de los nervios craneanos.

Punción lumbar. (El día del ingreso): Líquido incoloro, hemáties 0, leucocitos 14, proteínas 127 miligr. ‰, glucosa 72, cardiolipina 72.

Evolución. A esta paciente se le inició tratamiento con ACTH,

40u., cada 12 horas, vitamina B12, 1000 microgr. complejo B I cc. Como la mejoría tardara en presentarse, se le aplicó fisioterapia. Se mantuvo con una febrícula.

Finalmente se recuperó, después de una hospitalización de 136 días.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica, con respeto de nervios craneanos; disociación albúmino-citológica; tratada con ACTH y vitaminas se recuperó lentamente, habiendo estado hospitalizada 136 días.

Obs. XXI. Arnulfo D., de 38 años de edad, agricultor, residente en Paraíso de Osorio, ingresa en el Hospital Rosales el 1º de Diciembre de 1958, consultando por adormecimiento del cuerpo.

Refiere el paciente, que seis días antes de su ingreso, estando en su trabajo y sin malestar alguno previo, acusa adormecimiento de la mano izquierda; el mismo día siente dificultad para mover la mano opuesta; casi inmediatamente después todo el miembro lo siente paralizado; al día siguiente estos mismos trastornos los siente en ambos pies, acusando, además ligero dolor en la nuca; desde este momento sus cuatro miembros los siente pesados y sin poderlos mover. No ha tenido molestias urinarias ni para la defecación. Desde un día antes de su ingreso tiene cierta dificultad para respirar; sintiéndose como atascado de flemas, pero sin poder toser para expulsarlas. Por primera vez, el día de su admisión al Hospital acusa temperatura, comprobándosele 37° 5, pulso 80, TA 120/80.

Sus antecedentes no son contributorios, es alcoholista moderado.

Al examen físico se describe a un paciente bien constituido, tranquilo, respondiendo bien al interrogatorio, haciendo por momentos esfuerzos por toser sin lograrlo; el examen pulmonar descubre estertores húmedos en ambas bases; los otros aparatos sin particularidades. El examen del S.N. revela: ausencia de rigidez de la nuca; integridad de los nervios craneanos; cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos; los abdominales y cremasterianos poco manifiestos; sensibilidad objetiva conservada; dolor a la presión de las masas musculares; no signo de Babinsky; esfínteres respetados.

Punción lumbar. (El mismo día del ingreso): Líquido incoloro, hematíes 0, leucocitos 2, proteínas 34 miligr. ‰, glucosa 72, cardiolipina negativa.

2^a punción lumbar. (12 - XII - 58): Líquido incoloro, hematíes 192, leucocitos 7, proteínas 51 miligr. %, glucosa 57, cultivo a bacilos ácido resistentes y no ácido resistentes negativos, (el primero reportado el 19-I-59).

Evolución. El paciente acusó por días una febrícula; a partir del día 17 de diciembre sus trastornos respiratorios se acentuaron, por lo que fue menester colocarlo en pulmón de hierro; no obstante este recurso, el enfermo falleció el día 21, veintisiete días después de iniciada su enfermedad. Desde el primer día de hospitalización fue tratado con 40u. de ACTH, 1000 microgr. de vitamina B12, 200 miligr. de tiamina, habiéndosele mantenido con control electrolítico.

Resumen. Poliradiculoneuritis de forma cuadripléjica, sin franca disociación albúmino-citológica, terminada con muerte por compromiso respiratorio a pesar del tratamiento con ACTH y el uso de pulmón de hierro.

Obs. XXII. Antonio del V., de 40 años de edad, fotógrafo, nacido en Italia con residencia en San Salvador, ingresa en el Hospital Rosales el 16 de febrero de 1959, consultando por estar paralizado.

Refiere el paciente que 48 horas antes de su admisión, estando aparentemente sano, al levantarse por la mañana, sintió pesadez de sus miembros inferiores que le dificultaba la marcha, acusando dolor en las pantorrillas cuando caminaba; por la tarde de ese mismo día, acusó flojedad de las manos. Al día siguiente todavía pudo caminar, pero la dificultad para la marcha le era más difícil todavía. Al tercer día, su parálisis casi era completa, por lo que es traído al Hospital, ingresando con 36° 8, pulso 84, TA 160/80

En su pasado señala reumatismo en la infancia; chancro hace 20 años; amigdalectomía en 1955; ha padecido de úlcera péptica; no es alcoholista.

Al examen físico se describe un paciente bien constituido, tranquilo, que colabora muy bien; corazón, pulmones y órganos abdominales sin particularidades. La exploración del S. N., descubre: cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos; abdominales y cremasterianos disminuidos; sensibilidad objetiva normal, dolor a la presión de las masas musculares de ambas piernas; no Babinsky ni trastornos esfinterianos; nervios craneales respetados, aunque el paciente dice faltarle fuerza para toser.

Punción lumbar. Líquido ligeramente amarillento, hemátíes 134, glucosa 63, leucocitos 0, proteínas 84 miligr. %., cardiolipina negativa.

Evolución. El mismo día de ingreso se le empezó a inyectar ACTH (80u.) 1000 microgr. de vitamina B12, y 200 miligr. de tiamina. El 21 de febrero se anota que el paciente se siente lleno de secreciones que le dificultan la respiración, no pudiéndolas expulsar; al día siguiente se le encuentra en peor estado, acusando además dificultad para deglutir; se le colocó en pulmón de hierro; con estas molestias la temperatura empezó a subir, llegando hasta 38° y el pulso alrededor de 110. No obstante estos cuidados, el paciente empeoró los días siguientes, presentando cianosis marcada, falleciendo el 27 de febrero, al treceavo día de iniciado su proceso.

Resumen. Poliradiculoneuritis de forma cuadripléjica con franca disociación albúmino-citológica. Empezado a tratar con ACTH, 48 horas después de iniciado el proceso, no se logra impedir la muerte por compromiso bulbar, habiéndose recurrido también a pulmón de hierro.

Obs. XXIII. Virginia P., de 18 años de edad, estudiante, residente en San Salvador, ingresa en el Hospital Rosales el 22 de enero de 1959, consultando por estar paralizada.

Refiere la paciente que un día antes de su ingreso, habiéndose acostado bien, se recordó con los miembros inferiores flojos, sosteniéndose con dificultad, pero pasó caminando toda la mañana. Como a las 3 p.m., se cayó y fue llevada a su cama, no pudiéndose ya levantar, sintiéndose empeorada al entrar la noche. Al día siguiente, o sea el de su ingreso, ya no pudo servirse de sus manos, para tomar su alimento, acusando a nivel de los dedos la principal dificultad. Sus miembros los siente dormidos y al intentar movilizarlos, acusa dolor en las masas musculares. No ha sentido fiebre ni ningún otro trastorno; ingresa con 37°3, p. 100, TA 110/70.

En su pasado señala catarros frecuentes, a menudo coincidiendo con sus reglas; en dos ocasiones le han tomado radiografía del tórax, con resultado negativo. Su dieta es bastante buena.

Al examen físico encontramos una paciente tranquila, de constitución delgada, con su sensorio bien despejado. Todos los aparatos están normales, con excepción del S. N., en donde encontramos una cuadriplegia flácida, predominando en las extremidades distales, con los

reflejos tendinosos abolidos, los abdominales y plantares disminuidos, sin Babinsky; sensibilidad objetiva conservada, dolor a la presión de las masas musculares, maniobra de Lasegue positiva, no compromiso de nervios craneanos ni de los esfínteres.

Punción lumbar. (El mismo día del ingreso): Líquido incoloro, hematíes 0, leucocitos 0, proteínas 31 miligr. ‰, azúcar 63, cardiolipina negativa.

2ª punción lumbar. (28 — I): Líquido incoloro, hematíes 4, leucocitos 0, proteínas 144, glucosa 69.

Evolución. Desde el día 24 se sometió a tratamiento con ACTH, 40 u. cada 12 horas; 1000 microgr. de vitamina B12, y tiamina 200 miligr. En los primeros días se constató ligera mejoría; pero después se quedó casi estacionaria, pues la mejoría se estableció muy lentamente, añadiéndose fisioterapia y aún así tardó su hospitalización 163 días. Todo el tiempo se mantuvo afebril; el pulso por días se volvía taquicárdico. Se le aconsejó seguir fisioterapia ambulante; el ACTH se le puso durante 48 días.

Resumen. Poliradiculoneuritis de forma cuadripléjica, con franca disociación albúmino-citológica; tratada precozmente con ACTH, no se notó ninguna influencia. Su mejoría se fue estableciendo con mucha lentitud, habiendo permanecido hospitalizada durante 163 días; no tuvo compromiso de nervios craneanos, y un sólo día, retención de orina.

Obs. XXIV. Jorge J., de 40 años de edad, jornalero, residente en San Pedro Puxtla, ingresa en el Hospital Rosales el 24 de abril de 1956, consultando por no poder moverse.

Refiere el paciente, que hace 25 días se acordó con fuerte dolor abdominal, el cual lo tuvo todo el día; dos días más tarde, al regresar de su trabajo, siente adormecimiento y flojedad de sus miembros inferiores, el cual se fue acentuando más y más; al día siguiente la misma molestia le aparece en ambos miembros superiores; pasa así dos días más, caminando aunque con dificultad, pasados los cuales ya no pudo levantarse de su cama, en la cual apenas podía moverse y la respiración se le volvió un poco difícil, sobreagregándose tos húmeda, cuya expectoración no la podía verificar. Dice no haber sentido fiebre ni molestias para orinar; se ha vuelto constipado desde ocho días.

Su pasado no es contributorio.

Al examen físico se describe a un paciente en decúbito dorsal, que se le nota cierta dificultad para respirar; con 37°5 de temperatura, pulso 96, TA 120/80. El examen del tórax descubre estertores húmedos en ambos campos pulmonares. En el abdomen no se señala nada especial. De lado del S. N., se apunta cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos; abolición de los abdominales, conservados los cremasterianos; ausencia de Babinsky; sensibilidad objetiva conservada; dolor a la presión de las masas musculares; ningún trastorno esfinteriano.

Punción lumbar. (El mismo día del ingreso): Líquido incoloro, hematíes 2, leucocitos 10, proteínas 295, glucosa 88, cardiolipina negativa.

Evolución. A este paciente se le trató con ACTH (40 u. cada 12 horas) vitamina B12, (1000 microgr.) y tiamina; se notó alguna influencia con este tratamiento, y así se anota el 11 de mayo que comparando su situación a como ingresó, ha mejorado, pues ya ejecuta algunos movimientos con los miembros. Sin embargo, se quedó después estacionario, habiéndole agregado fisioterapia. Salió del Hospital el 2 de octubre, después de una estancia de 161 días.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica, con disociación albúmino-citológica franca; tratado con ACTH, se nota ligera mejoría en los primeros días, para volverse estacionario después, necesitando fisioterapia, y aún con ella tardó hospitalizado 161 días.

Obs. XXV. Ricardo B., de 20 años de edad, jornalero, residente en Guazapa, ingresa en el Hospital Rosales el 2 de junio de 1959, consultando por no poder andar.

Refiere el paciente que hace dos meses se inicia su enfermedad por sensación de ebriedad, teniendo la impresión al caminar como si se fuese de lado; pasó así ocho días, al cabo de los cuales se le presentó adormecimiento de los miembros inferiores y pronto imposibilidad para moverlos; desde hace ocho días los mismos trastornos en los miembros superiores. Dice no haber tenido fiebre; en los primeros días de su enfermedad, tuvo pérdida involuntaria de sus orinas.

Es alcoholista desde la edad de 10 años; por lo demás ha sido sano.

Al examen físico solamente se señala una cuadriplegia flácida, con abolición de los reflejos tendinosos; abdominales y cremasterianos conservados; sin Babinsky; sensibilidad objetiva conservada; dolor a

la presión de las masas musculares; maniobra de Lasegue positiva; no trastornos esfinterianos y no compromiso nervios craneanos.

Punción lumbar. (El día de su ingreso): Líquido incoloro, hematíes 0, leucocitos 0, proteínas 36, glucosa 52, cardiolipina negativa.

2ª punción lumbar. (15 de julio, tres meses y medio después de iniciada la enfermedad): Líquido incoloro, hematíes 6, leucocitos 2, proteínas 103, glucosa 94.

Evolución. Durante su estancia hospitalaria acusó ligero estado febril; fue tratado con ACTH (40 u. cada 12 horas), tiamina 200 miligr. y vitamina B12, (1000 microgr.) Con este tratamiento, no se constató mejoría manifiesta; el paciente fue mejorando muy lentamente, agregándole también fisioterapia. A pesar de no haberle interrumpido el tratamiento dejó el Hospital hasta el 16 de agosto.

Resumen Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica, con franca disociación albúmino-citológica, aparecida tardíamente; evolución lenta a pesar de ACTH y vitaminas; salió del Hospital mejorado, después de una estancia de 74 días; no obstante el antecedente etílico manifiesto, se alejó la idea de polineuritis alcohólica.

Obs. XXVI. Luis Arturo U., de 31 años de edad, empleado, residente en San Salvador, ingresa en el Hospital el 31 de julio de 1959, consultando por parálisis de todo el cuerpo.

Refiere el paciente que el 26 de julio próximo pasado, estando aparentemente sano, sintió adormecimiento de la mano izquierda, el cual progresó en el curso del día, abarcándole todo el miembro; al mismo tiempo le vino franca flojedad; al día siguiente este trastorno le apareció simultáneamente en ambos miembros inferiores, acusando gran dificultad para caminar, sintiendo además dolor en las pantorrillas al intentar dar pasos; al tercer día su invalidez era completa, habiéndosele comprometido también el miembro superior derecho. No ha tenido fiebre, no trastornos esfinterianos; no trastornos respiratorios, ni para la deglución.

Pasado del enfermo no es contributorio.

Todos sus aparatos se describen como normales a excepción del S. N., en donde se apunta: cuadriplegia flácida con reflejos tendinosos abolidos, conservados los abdominales y cremasterianos, sin Babinsky; sensibilidad objetiva conservada; dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de las ciáticos; respeto de los nervios craneanos y del sensorio así como de los esfínteres.

Punción lumbar. (29 de IX): Líquido ligeramente amarillento, hematíes 512, leucocitos 10, proteínas 106, glucosa 72, serología de sífilis negativa. Nota: esta punción fue practicada tardíamente, a causa de que el paciente estuvo en manos de un fisioterapeuta, quien al parecer no la creyó de utilidad.

Evolución. Después de haber estado en tratamiento exclusivamente fisioterápico, el 22 de septiembre se le inició tratamiento con ACTH, vitamina B12, y tiamina. Los resultados no fueron espectaculares; dejó el Hospital el 9 de octubre, con el resultado de mejorado.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica, con franca disociación albúmimo-citológica. Hecho un tratamiento fisioterápico y luego con ACTH y vitaminas, el enfermo salió del Hospital, mejorado, después de 71 días de estancia en dicho centro.

Obs. XXVII. Lucila de S., de 38 años de edad, residente en Mejicanos, ingresa en el Hospital el 10 de diciembre de 1958, consultando por tener muertos los miembros.

Refiere la paciente, que once días antes de su admisión, se sentía como con indigestión (anorexia, náuseas y pesantez abdominal) por lo que tomó un purgante de aceite de ricino, el cual le provocó seis grandes cámaras diarreicas que le mejoraron su estómago; pero desde entonces se le presentó adormecimiento y flojedad en los miembros inferiores, dificultándole la marcha; al tercer día ya no pudo caminar, acusando además flojedad a nivel de los miembros superiores predominando en el derecho; este cuadro se ha acompañado de ligero estado febril; no había tenido trastornos esfinterianos, pero el día del ingreso no había podido orinar desde hacía varias horas, por lo que necesitó cateterismo.

Su pasado no es contributorio.

Al examen físico se encuentra T. 37°5, P. 104, TA 100/80, R. 45; corazón pulmones y órganos abdominales sin particularidades. Del lado del S. N. se señala: cuadriplegia flácida, con franco predominio en los miembros inferiores, reflejos tendinosos abolidos, sólo disminuidos en el miembro superior izquierdo; dolorabilidad de las masas musculares, bien manifiesta; sensibilidad objetiva conservada; no Babinsky; no signo de irritabilidad meníngea; reflejos abdominales conservados; no compromiso de nervios craneanos.

Punción lumbar. (El día del ingreso): Líquido c incoloro, hema-

tíes 8, leucocitos 110, linfocitos 92%, polinucleares 8, proteínas 80, glucosa 52, serología de sífilis negativa.

2ª punción lumbar. (12 Dbre.) Líquido incoloro, hematíes 600, leucocitos 47, proteínas 98.

Evolución. Durante cinco días estuvo la paciente con fiebre, alrededor de 38°; después se volvió apirética; se le trató con ACTH (40 u. cada 12 horas) vitamina B12, (1000 microgr.) y tiamina 100 miligr. mañana y tarde. El 21 de diciembre exigió el alta, no habiéndose constatado ninguna mejoría.

Como esta paciente dejase duda respecto al diagnóstico de S. de Guillaín Barré, a causa de que el líquido céfalo-raquídeo contenía muchas células, traté de seguirla en su casa. La visité el 11 de enero de 1960, y la encontré con que se había venido recuperando lentamente; los movimientos en los miembros superiores los ejecuta bastante bien; no ha recuperado la marcha, dominando la parálisis en el miembro derecho; hecho significativo es que no hay atrofia muscular, alejándose la idea de una poliomiélitis, con la que pudiera haberse confundido este cuadro.

Resumen. Polirradiculitis de forma cuadripléjica, sin disociación albúmino-citológica, pero con tendencia a ella; no obstante el gran número de células, revisando la paciente casi un año después, no presenta atrofiás musculares, por lo que se aleja la idea de poliomiélitis. El tratamiento con ACTH, en los pocos días de hospitalización no la influyó para nada.

Obs. XXVIII. Ernestina U., de 26 años de edad, residente en Tabuba, ingresa en el Hospital Rosales el 15 de octubre de 1959, enviada del Hospital de Ahuachapán, con la sospecha diagnóstica de síndrome de Guillaín Barré.

Refiere la enferma que, cuatro semanas antes de su ingreso, le aparece tos seca, que le desaparece una semana después; entonces se le presentaron vómitos y diarrea, trastornos que le duraron cuatro días; pasa bien dos días, al cabo de los cuales constató flojedad y adormecimiento en los pies, ascendiendo pronto al resto de los miembros, y llegando en pocos días, a comprometer el tronco y los miembros superiores. Se ha quejado además de dolores en todo el cuerpo, y en los últimos días dificultad para respirar, y para controlar sus esfínteres.

Antecedentes: sin importancia.

Al examen físico se describe una paciente en decúbito dorsal, completamente inmóvil, disneica; coopera bien, pero es difícil entender lo que habla T. 36.6 P. 120, TA 140/100.

Corazón, pulmones y órganos abdominales sin particularidades. Del lado del S. N. se apunta: diplegia facial periférica; cuadriplegia flácida con abolición de los reflejos tendinosos; dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los nervios periféricos; sensibilidad objetiva conservada; no Babinsky; reflejos abdominales conservados; incontinencia de orina y materias fecales.

Punción lumbar. (El día del ingreso): Líquido ligeramente rosado, hematíes 624, leucocitos 2, proteínas 20, glucosa 66.

2ª punción lumbar. (3 de Nov. de 1959): Líquido incoloro, hematíes 5, leucocitos 2, proteínas 28, glucosa 68.

Evolución. Colocada en pulmón de hierro y tratada con 40 u. de ACTH cada 12 horas, vitamina B12, 1000 microgr. y 200 miligr. de tiamina, se notó alguna mejoría en los primeros días; pero ésta fue pasajera, el compromiso respiratorio se fue acentuando cada vez más, falleciendo la enferma el 5 de Nov.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica con diplegia facial, sin alteración del líquido cefalorraquídeo. Tratada con ACTH, vitamina B12, tiamina y ayudándola con pulmón de hierro, terminó falleciendo por asfixia. No obstante la normalidad del líquido cefalorraquídeo, el cuadro clínico me pareció típico de S. Guillain Barré.

Ovs. XXIX. Cesario T. de 51 años, con residencia en Teotepeque, ingresó en el Hospital el 28 de noviembre de 1959, consultando por dolor en la columna y flojedad de los miembros.

Refiere el paciente, que ocho días antes de su admisión, acusó dolor en la columna vertebral; casi al mismo tiempo, adormecimiento y dolores musculares en los cuatro miembros; por momentos ha tenido dificultad para deglutir.

Examen físico T. 37°, pulso 80, TA 130/80. Todos los aparatos negativos. En el S. N. se señala: fuerza muscular disminuida en los cuatro miembros, con abolición de los reflejos tendinosos; dolor de las masas musculares, no Babinsky, no trastornos esfinterianos; marcha con estepage.

Punción lumbar. Líquido incoloro, leucocitos 5, proteínas 65, glucosa 79, cardiolipina negativa.

Evolución. El paciente fue tratado con ACTH (20 u. cada 12 horas), vitamina B12, y tiamina, notándose pronto mejoría manifiesta, al grado de que no creyó conveniente seguir en su hospitalización, dándole el alta el 8 de diciembre.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica, con ligera disociación albúmino-citológica. Tratado con ACTH, se notó pronto franca mejoría.

Obs. XXX. Alex Ovidio C., estudiante, de 17 años, residente en Santiago de María, ingresa en el Hospital el 1º de noviembre de 1959, consultando por flojedad de los cuatro miembros.

Refiere el paciente, que el 3 de noviembre próximo pasado, después de diez días de estar con catarro, en momentos en que estaba caminando, se le presentó flojedad en los miembros inferiores; al día siguiente se le acentuó su molestia, dificultándole la marcha, y se sobregregó flojedad en los miembros superiores, especialmente a nivel de las manos; este día sufrió una caída a causa de la debilidad de sus miembros; al tercer día tuvo que quedarse en la cama, pues su parálisis era completa y tenían que ayudarlo para sus necesidades, pues todo movimiento en los cuatro miembros le era imposible; no ha tenido trastornos esfinterianos; no ha tenido fiebre.

Sus antecedentes no son contributorios.

El examen físico sólo señala los trastornos nerviosos, consistentes en una cuadriplegia flácida a predominio miembros inferiores, con abolición de los reflejos tendinosos, dolor a la presión de las masas musculares y a la elongación de los ciáticos; no trastornos esfinterianos; sensibilidad objetiva conservada; no Babinsky; reflejos abdominales y cremasterianos conservados; nervios craneanos respetados.

Punción lumbar. (El día del ingreso): Líquido agua de roca, hematies 4, leucocitos 5, proteínas 60, glucosa 66, cardioplipina negativa.

Evolución. El paciente fue tratado con ACTH (hasta 80 u. al día), vitamina B12, (1000 microgr.) y 200 miligr. de tiamina. Pronto se notó mejoría, la cual fue acentuándose en el curso de los días. El 17 de diciembre se anota que ya podía caminar, aunque con alguna dificultad. Se le dio el alta el 22 de diciembre en bastantes buenas condiciones.

Resumen. Polirradiculoneuritis de forma cuadripléjica, con ligera disociación albúmino-citológica. Tratado con ACTH, vitamina B12, y

tiamina, se constató pronto, franca mejoría. Dejó el Hospital Rosales, después de 42 días de estancia.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1.—Se reportan treinta casos de Síndrome de Guillain Barré encontrados en los Archivos del Hospital Rosales, durante el período 1952-1959.

2.—La edad predominante está entre la segunda y cuarta década de la vida.

3.—Se constata predominio del sexo masculino sobre el femenino.

4.—La forma clínica más comúnmente encontrada ha sido la de una cuadriplegia flácida, con abolición de los reflejos tendinosos, dolorabilidad a la presión de las masas musculares y a la elongación de los nervios periféricos, conservación de la sensibilidad objetiva y respeto de los esfínteres.

5.—La disociación albúmino-citológica del líquido cefalorraquídeo, aunque no constante, se observó en 25 de nuestros 30 casos (83, 3%).

6.—No obstante la benignidad, de que se ha hecho alarde de este síndrome, reportamos cinco casos de muerte (16.6%), y en algunos, una recuperación muy lenta hasta más de un año.

La mayoría no fue posible seguirlos, por lo que no podemos afirmar ni negar, si hubo recuperación completa.

7.—Consideramos que hasta la vez no existe tratamiento seguro del Síndrome de Guillain Barré. Es aconsejable, sin embargo, el uso de ACTH, y vitamina B12, pues a veces se obtienen resultados inmediatos favorables, aunque no se acorte el curso natural de la enfermedad.

8.—Entre nuestros casos, hemos considerado aquellos que se presentan como primitivos, cuya causa aún se desconoce, para los cuales consideramos deberá ser reservado el nombre de Síndrome de Guillain Barré.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—The Guillain Barré Syndrome — Robert E. Crozier and Allan B. Amley
The New England of Medicina, January 20/55.

- 2—Acute encephalo-myelo-radikuloneuritis (Guillain Barré Syndrome) By Dr. Roland P Mackay, The Medical Clinic of North América, January 1945
- 3—*Guillain Barré Syndrome or Acute Infectivi Polyneuritis* C P Petch (S T Helier Hosp. London). Year Book of Medicine 1950
- 4—*Infectious Neuronitis, Present Concepts of etiology and treatment* Karl O, Von Itagen and Robert N Baker, los Angeles The Journal of The American Medical Association, April 25, 1953.
- 5—*Polineuritis with diplegia Clinical study* Foster (F M), Brown (M), merrit (H H) New England J. Med 1941 221
- 6—*Le Syndrome de Guillain Barré* par R Coirault, A Larcen et P, Davidon, Masson, Ed. 1958
- 7—*Acute Idiopathy Polyneuritis* Cecil and Loeb, Ninth Edition
- 8—*Les Radiculoneurites curables avec dissociation albumine-citologique du liquide cephalo-rachidien type Guillain Barré.* Traité de Médecine por le Prof Lemiere et Colab. XXVI