

servación VIII se menciona una flexión de la rodilla semejante á la anteriormente citada, y en ella también los músculos son inexcitables por las corrientes farádicas ó galvánicas; además, los reflejos tendinosos estaban abolidos. Indudablemente, como en el caso precitado, se trata de una retracción fibro-tendinosa y no de una verdadera contractura.

En otras observaciones se ha designado con este nombre un estado patológico que difiere esencialmente de una contractura y que creo, á juzgar por la descripción del fenómeno, debe calificarse de simple calambre.

En una auto-observación relatada en *L'Union médicale* (1878, pág. 920) por un estudiante afectado de parálisis diftérica, se hace mención de un fenómeno curioso al cual se le dió el nombre de contractura, pero sobre cuya naturaleza me parece difícil pronunciarse. Trátase de una rigidez muscular que aparece por accesos y dura varias horas. He aquí la descripción de una de estas crisis: El enfermo experimenta una sensación de debilidad muscular general que va en aumento; luego, en un momento dado, el pulgar no puede oponerse á los otros dedos que están rígidos y separados los unos de los otros. En otra crisis de esta clase, ocurrió lo siguiente: un día, cuatro ó cinco meses después del principio de la parálisis diftérica, el enfermo, cuyo estado era ya satisfactorio, sintió bruscamente, al bajar la escalera, un dolor fulgurante que le atravesó el cuerpo, é inmediatamente notó una rigidez de todos los miembros.

¿De qué trastorno se trata en este caso? ¿Son calambres musculares? Es posible, aunque no estemos ciertos de ello. En todo caso, este fenómeno parece que no tiene nada de común con la verdadera contractura.

En resumen, sin negar que la lesión de los nervios sea capaz de determinar una contractura análoga por su aspecto, á la que depende de la esclerosis de los cordones laterales, puedo decir que la realidad de este hecho no está todavía demostrada.

He de consignar, sin embargo, que en ciertos casos de neuritis es posible observar una contractura de este género, cuando no siendo muy acentuadas las lesiones en los nervios, coinciden con una afección que provoca esta contractura. Concíbese bien la asociación de una contractura histérica con una neuritis periférica ligera.

Los calambres son, por el contrario, muy comunes en la mayor parte de las neuritis y se manifiestan en el estado de vigilia ó durante el sueño, durante la marcha ó en el reposo en posición horizontal; pero en esta última actitud ó en el estado de semi-sueño, parecen ser más frecuentes.

Los calambres se presentan muy á menudo sin causa ocasional aparente; á veces aparecen con ocasión de un movimiento, de un esfuerzo ligero.

He podido, en varios enfermos de neuritis, evidenciar una predisposición latente á padecer calambres, practicando la faradización de los músculos. Haciendo pasar á través de ciertos músculos, los gemelos especialmente, la corriente volta-farádica de un aparato de carrete, de interrupciones frecuentes y de intensidad variable, á veces muy débil, se provoca, en ciertos casos, un calambre que persiste hasta después de suspendida la electrización por espacio de diez, veinte, treinta segundos ó más.

TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD

Los trastornos de la sensibilidad son muy comunes en la neuritis. Consisten, por una parte, en sensaciones anormales, por lo general molestas, á menudo en extremo dolorosas, que aparecen espontáneamente, ó bien provocadas por ciertas maniobras; y de otra parte, en una perturbación, una debilidad ó una abolición de las diversas formas de la sensibilidad.

Estos trastornos, cualquiera que sea su naturaleza, son muy variados, tanto por lo que se refiere á su extensión como por lo relativo á su asiento; y en este punto, puede, *a priori*, imaginarse todas las variedades posibles, según que la afección se limite á ciertas pequeñas ramificaciones nerviosas, modificando el estado normal de la sensibilidad en muy limitados territorios, ó bien se localice sistemáticamente en una ó en varias gruesas ramas nerviosas, dando origen así á desórdenes sensitivos característicos, por distribuirse según lo hacen dichos nervios, ó bien que ataque de una manera difusa la mayor parte de los nervios, ó todos los nervios de una región más ó menos extensa.

Los enfermos acusan á veces hormigueos en los miembros; les parece que sus tegumentos están cubiertos por un cuerpo extraño, por una capa de barniz; experimentan sensaciones de calor ó de frío que pueden calificarse de subjetivas, y que les llevan á desabrigarse aunque la temperatura del medio ambiente esté baja, ó, por el contrario, á envolver sus miembros con algodón ó franela, á pesar de lo muy elevado de la temperatura exterior. Estas sensaciones pueden, por otra parte, constituir una pequeña molestia; pero más á menudo estos fenómenos subjetivos se hacen sumamente penosos para los enfermos, siendo acompañados ó seguidos de dolores que, si á veces moderados é intermitentes, alcanzan otras la mayor intensidad, haciéndose continuos. Estos dolores afectan formas variadas; son punzantes, contusivos, fulgurantes, hacen sufrir á los pacientes sensaciones de torsión, de quemadura.

Las crisis dolorosas sobrevienen de ordinario sin causa apreciable; mas en ciertos casos son provocados por movimientos espontáneos ejecutados por el enfermo, por una presión de variable energía ejercida sobre las partes atacadas, ó también por movimientos pasivos impresos á todo el cuerpo ó á un miembro. La compresión de los troncos nerviosos ó de las masas musculares causa dolores de intensidad y duración variables; el peso de las cubiertas de la cama llega á hacerse insoportable, el simple contacto con la piel, el frote de los tegumentos con las barbas de una pluma, especialmente en el momento de las crisis, pueden provocar vivos dolores que privan á veces al enfermo del descanso y del sueño, le quitan el apetito, le impiden alimentarse, y son sin duda una de las causas de la debilidad y decaimiento que se observan en algunos enfermos de neuritis.

Los dolores son de ordinario, más pronunciados en los miembros inferiores que en los superiores; este es un hecho indiscutible y que puede interpretarse de distintas maneras. Ya veremos más adelante que entre las neuritis que provocan dolores intensos, las que dependen del alcohol ocupan el primer lugar y que los miembros inferiores son el sitio de predilección; que la neu-

ritis saturnina, por el contrario, que comunmente es indolora, ataca de preferencia los miembros superiores. Desde luego, fundándose exclusivamente sobre la observación de estos hechos podría sostenerse, ora que el dolor está en relación con la naturaleza de la neuritis que se observa, ora que depende simplemente del sitio que ocupa. La primera interpretación es la más admitida. Si la neuritis de los miembros inferiores es de ordinario dolorosa, al revés de lo que sucede en la de los miembros superiores, es porque la neuritis alcohólica que afecta los filetes sensitivos tiene predilección por los miembros inferiores. Es preciso indicar, sin embargo, que toda neuritis, cualquiera que sea su naturaleza, es generalmente más dolorosa en los miembros inferiores que en los superiores.

La sensibilidad al tacto, á la presión, al dolor, á la temperatura, sufre diversas modificaciones que el enfermo por sí mismo suele desconocer, pues no tiene de esto sino una noción imperfecta y, por lo tanto, al médico corresponde investigarlas con cuidado.

No se olvide, sin embargo, que este examen necesita el concurso del enfermo, toda vez que se trata de fenómenos subjetivos, ni que éste puede con la mejor buena fe engañarse al apreciarlos; así debemos buscar todos los medios posibles para evitar las causas de error; es indispensable en particular, hacer cerrar los ojos al enfermo, porque si se olvida esta precaución, resulta difícil averiguar por los datos que da acerca de las referencias de las sensaciones que experimenta, ó que cree experimentar, lo que corresponde á cada uno de estos dos sentidos: la vista ó el tacto.

Es necesario tener presente también, que la sensibilidad varía según el sujeto y que en uno mismo no es igual en todas las partes del cuerpo; que también sufre modificaciones del principio al fin de un examen un poco prolongado, bajo la influencia de la tensión de espíritu en que se encuentra el sujeto en observación; de suerte que es conveniente repetir el examen varias veces no apreciando otros trastornos que los permanentes y suficientemente acusados; es fácil apreciar el valor de los desórdenes, sobre todo cuando son unilaterales ya que el lado normal nos brinda con un buen término de comparación.

El enfermo puede haber perdido completamente la facultad de percibir, en una región más ó menos extensa, el contacto de un cuerpo extraño, cualquiera que sea su naturaleza, consistencia, temperatura, forma, ya se trate de un contacto superficial, bien de una presión profunda. Ninguna excitación es percibida cualquiera que sea el agente, sea un objeto punzante, cortante, contundente ó bien el frío, el calor ó también una corriente eléctrica que pasase á través de los tegumentos, de los nervios ó de los músculos. Pero á veces, y más á menudo aún, la sensibilidad está alterada solo parcialmente. Las excitaciones son percibidas, pero de un modo menos perfecto que en el estado normal; existen, en lo que se refiere á la manera cómo la sensibilidad se debilita, numerosas variedades. Enfermos que permanecen insensibles á los contactos superficiales, los perciben cuando se emplea cierta presión. También acontece que, aun percibiendo el contacto, están incapacitados para determinar el sitio con exactitud, cometiendo en este punto errores de apreciación; ó también que sean simplemente menos hábiles que en el estado fisioló-

gico para determinar con ayuda del tacto, la forma y consistencia de los objetos.

En ocasiones, el enfermo percibe el contacto y precisa el sitio en que se verifica; mas no aprecia la intensidad de la presión ó de la tracción ejercida sobre ciertas partes de la piel. El empleo del compás de Weber para la sensibilidad táctil, los aparatos de Kammler y de Bloch para la sensibilidad á la tracción y á la presión cutáneas, pueden revelar la existencia de trastornos muy ligeros, que de otra manera hubieran pasado inadvertidos.

Se observa también, en ciertos enfermos, un retraso más ó menos notable en la percepción de las excitaciones cutáneas, es decir, que el tiempo que transcurre entre esta excitación y la sensación, que es su consecuencia, es mucho mayor que en el estado normal.

La picadura, el pellizco de la piel, la compresión de las partes profundas, la aplicación de un cuerpo caliente ó frío, pueden, sin provocar un dolor tan intenso como en el estado normal, originar sensaciones más ó menos penosas. Así, existe toda una serie de estados intermedios entre la sensibilidad normal á la temperatura y la termo-anestesia completa.

La anestesia es, por lo tanto, más ó menos marcada, y se presenta bajo diferentes aspectos; es preciso notar que las distintas formas de sensibilidad, pueden no alcanzar el mismo grado, siendo en ocasiones las diferencias respecto á este particular muy considerables.

Las alteraciones de los nervios son, efectivamente, capaces de determinar una disociación de las diferentes clases de sensibilidad. La del tacto y la del dolor, pueden hallarse debilitadas ó abolidas, con relativa conservación de la sensibilidad á la temperatura; en otros casos, es ésta sensibilidad la especialmente interesada, no habiendo sufrido las otras modificaciones notables; á veces se encuentra una curiosa disociación de la sensibilidad térmica, que consiste en la conservación para el frío y en la abolición para el calor.

En las neuritis periféricas, suele presentarse una disociación de la sensibilidad análoga á la que corresponde á la siringomielia, es decir, que están abolidas la sensibilidad al dolor y á la temperatura, mientras la del tacto está normal, ó más bien ligeramente debilitada. No me parece, en efecto, bien demostrado hasta el presente, que la disociación siringomiélica perfecta — es decir, la variedad de disociación en que la sensibilidad al dolor y á la temperatura están del todo abolidas, mientras que la táctil se conserva con absoluta integridad dependa de una lesión de los nervios; por el contrario, es incontestable que en las neuritis periféricas se observa una disociación siringomiélica imperfecta, caracterizada por abolición de la sensibilidad térmica y al dolor, con conservación *incompleta* de la sensibilidad al tacto.

El sentido muscular puede estar alterado en cierta medida. Algunos enfermos, cuando tienen cerrados los ojos, carecen de la noción de la actitud en que se encuentran los miembros del cuerpo, que son el sitio de la afección, ó tienen de ella una noción imperfecta.

TRASTORNOS DE LOS REFLEJOS

El examen de los reflejos es de grande interés en el estudio de las enfermedades nerviosas en general, y de las neuritis en particular.

Reflejos cutáneos. — Los reflejos cutáneos en la región asiento de la lesión, pueden conservarse normales; de ordinario están debilitados y hasta completamente abolidos; otras veces, aunque con menos frecuencia, parecen exaltados. De estos diversos estados, la debilidad ó la abolición son los de más valor, desde el punto de vista del diagnóstico. Huelga decir, que el estado de los reflejos cutáneos varía de una á otra región; en un caso señalado por Vierordt, por ejemplo, el reflejo plantar estaba abolido y el abdominal conservado; en un enfermo de Strümpell, había falta completa del reflejo abdominal, y una notable disminución del plantar, que no se obtenía sino después de un gran pinchazo.

El *reflejo cremasténico*, el *reflejo anal* (Rossolimo), etc., pueden, asimismo, estar abolidos ó debilitados.

Reflejos tendinosos. — Las neuritis ocasionan generalmente una perturbación en el estado de los reflejos tendinosos, que en la mayor parte de los casos consiste en una debilidad ó en la completa abolición de estos reflejos; es éste un signo que sin ser patognomónico, puesto que no se encuentra exclusivamente en las neuritis, tiene, sin embargo, una grande significación, desde el punto de vista del diagnóstico de dicho proceso, como veremos luego. Se observa, en efecto, en toda clase de neuritis, que la lesión afecta más particularmente á las fibras sensitivas que á las motoras. Esto, por lo demás, se comprende bien, porque un movimiento reflejo exige la actividad de las diversas porciones del arco reflejo, bastando una alteración, bien en las fibras centripetas, ó en las fibras centrífugas, para impedir el fenómeno.

Es necesario tener presente, que el estado de los reflejos tendinosos varía de una á otra región. Los reflejos tendinosos pueden ser normales en los miembros superiores y estar abolidos en los inferiores, ó á la inversa, conservados en estos y abolidos en los primeros. Si una neuritis de los miembros inferiores asienta en la pierna y no ataca en nada al muslo, la desaparición del reflejo del tendón de Aquiles coincidirá con la integridad del reflejo rotuliano existiendo, asimismo, diferencias notables entre los dos lados del cuerpo. Es fácil concebir en este punto todas las variedades que se presentan.

Ya lo hemos dicho, que lo más á menudo es que los reflejos tendinosos estén debilitados ó abolidos.

Se ha comprobado, sin embargo, en ciertos casos de neuritis, la exageración de los reflejos. Strümpell, Möbius, han indicado los primeros hechos de este género, y por mi parte también los he observado. Con todo, esta exageración no es muy acentuada, y que yo sepa no se ha comprobado la trepidación epileptoide en el pie ni en la mano. En teoría, nada puede objetarse á la posibilidad de este fenómeno; teniendo en cuenta que basta, como es sabido, que una irritación sobre la extremidad de las fibras centripetas, como la que se verifica en ciertas afecciones articulares, irritación que no supone ninguna lesión

orgánica del sistema nervioso, para que la epilepsia espinal se manifieste, se concibe fácilmente que una lesión de un nervio produzca trastornos análogos; si bien la realidad del hecho no me parece todavía demostrada. Huelga decir, que si la epilepsia espinal se presenta en un caso en que una afección capaz de producirla se hubiera asociado á la neuritis, no habría derecho á afirmar que esta última afección pueda provocar el fenómeno. Así es, por ejemplo, que en una observación referida por Pal (Observación IV), hay que atribuir la trepidación epileptoidea que allí se indica de alteraciones espinales concomitantes, á la degeneración de los cordones laterales, que fue comprobada en la autopsia.

Cabe decir, por lo tanto, que en las neuritis la debilidad ó abolición de los reflejos tendinosos es la regla, que su exageración es una rareza y que el fenómeno trepidación epileptoidea debe ser considerado, hasta nueva orden, como extraño á la sintomatología de estas afecciones.

TRASTORNOS VASO-MOTORES, SECRETORIOS Y TRÓFICOS

Los trastornos de este género, sin ser raros, parecen menos comunes en las neuritis de origen interno que en las de origen externo. Se trata en ambos casos, de trastornos del mismo género y me bastará remitir al lector á la descripción que dejamos hecha en la pág. 33. Bástame hacer notar que estos fenómenos se presentan preferentemente en las neuritis de los miembros inferiores; los más frecuentes son el edema, la rubicundez de los tegumentos, los sudores, el descenso de la temperatura, las alteraciones de los pelos y de las uñas.

Se encuentra también en la polineuritis una lesión, de que hasta ahora no me he ocupado, que puede ser atribuída á un trastorno en la nutrición; me refiero á las *retracciones fibro-tendinosas*, cuya descripción haré aquí.

Se designa con este nombre una retracción del tejido célulo-fibroso que rodea las articulaciones y un acortamiento de los tendones peri-articulares, de donde resultan, á la vez que una actitud viciosa de los miembros afectados, desórdenes funcionales de variable gravedad.

Estas retracciones son muy frecuentes en la polineuritis y ocupan la mayor parte de las articulaciones; pero son más comunes en los miembros inferiores que en los superiores y se presentan de preferencia en las articulaciones de la rodilla y tibio-peroneo-tarsiana. Los dos segmentos del miembro que se reúnen en la articulación asiento del proceso, no están ordinariamente inmovilizados de una manera completa, y á menudo sólo uno de los movimientos de la articulación es el comprometido; los otros pueden quizás realizarse con absoluta libertad; es de ordinario fácil el reconocer que el obstáculo reside en las alteraciones del tejido peri-articular y que la parte interior de la articulación está normal. Cuando la retracción ocupa la región tibio-tarsiana, el pie está caído y forma con la pierna un ángulo obtuso pudiendo ser llevado el pie en abducción, en adducción, extenderle de un modo tan completo como en el estado normal, doblarle en cierto límite sin experimentar resistencia alguna; pero en un momento dado, cuando se pretende exagerar el movimiento de flexión, se tropieza con un obstáculo invencible que reside en el tendón de Aquiles, que ha sufrido un acortamiento. En los casos de retracción en la región de

la rodilla, la pierna está en semiflexión sobre el muslo; es muy fácil doblarla completamente llegando hasta ponerla en contacto con el muslo; en seguida se puede con idéntica facilidad extenderla, hasta hacerle recobrar la actitud primitiva y entonces hallamos un obstáculo constituido por los tendones flexores de la pierna, que, estando acortados, limitan el movimiento de extensión. Estas retracciones fibro-tendinosas constituyen pseudo-contracturas, que difieren esencialmente por su aspecto sintomático y por su naturaleza, de la contractura espasmódica. En esta última, todos los movimientos están dificultados, flexión, extensión, abducción, adducción; cuando se intenta imprimir al miembro un movimiento pasivo, se experimenta la sensación de una resistencia elástica y progresivamente creciente, tendiendo las partes á recobrar por sí mismas la actitud primitiva. En aquellas, el obstáculo está reducido á uno de los movimientos de la articulación, y la sensación experimentada cuando se pretende modificar la actitud normal, no es la de una resistencia elástica y progresivamente creciente, sino más bien la de un obstáculo fibroso, rígido, sin elasticidad, que viene bruscamente á contener un movimiento que hasta entonces se había efectuado sin dificultad.

La cloroformización establece entre estos dos órdenes de trastornos una distinción fundamental; en efecto, el sueño clorofórmico hace desaparecer completamente la rigidez de la contractura espasmódica, en tanto que no influye nada sobre la pseudo-contractura, que resulta de retracciones fibro tendinosas. Estas retracciones se desarrollan en los casos en que los miembros, á consecuencia de la parálisis de determinados grupos musculares, han tomado actitudes viciosas, y si la terapéutica no interviene, persisten después de una manera definitiva, aun cuando los nervios y los músculos se hayan reconstituído y los trastornos motores lleguen á desaparecer. Cuando ocupan los miembros inferiores, impiden de una manera más ó menos completa la bipedestación y la marcha.

Es á veces posible oponerse á estas retracciones, merced á medios mecánicos; con todo, no siempre es posible esto, porque muy á menudo aparecen en casos de polineuritis caracterizadas por dolores muy vivos que no permiten el empleo de medios de esta clase.

TRASTORNOS VISUALES

Estudiaré en este capítulo los trastornos visuales que se observan en las neuritis, ó mejor en las afecciones de origen tóxico, infeccioso ú otro, capaces de engendrar las neuritis.

Parálisis de los músculos motores del globo del ojo. — En la difteria suelen existir la diplopia, el estrabismo interno ó externo, simple ó doble, de ordinario convergente en este caso, la ptosis. Remak, en 100 casos de parálisis post-diftérica, ha encontrado diez veces una parálisis del recto externo de uno ó de ambos ojos. Ha encontrado una vez parálisis del motor ocular y del abductor de cada lado, en un enfermo de parálisis post-diftérica generalizada con síntomas ataxiformes. En la autopsia, Mendel ha encontrado alteraciones en las raíces del óculo-motor y en las del abductor. Existían además hipere-

mia y hemorragias en los núcleos de estos nervios. Estas parálisis son inestables; pueden afectar alternativamente muchos músculos.

En la neuritis alcohólica, de veintiséis casos reunidos por Thomsen, había cuatro veces parálisis del motor ocular externo, dos veces ptosis. En tres autopsias de neuritis alcohólica, Thomsen ha comprobado la integridad de los centros nerviosos y, entre otras alteraciones, una degeneración de los nervios motores oculares.

La oftalmoplegia externa ha sido observada en ciertas formas de alcoholismo y de difteria por Wernicke, Konjewnikow, Thomsen. Mas, en estos casos, por lo general muy graves y rápidamente mortales, existían alteraciones orgánicas del suelo del acueducto de Sylvio, lesiones designadas por Wernicke con el nombre de polioencefalitis superior aguda ó sub-aguda.

Mendel ha citado casos de oftalmoplegia externa que reconocían por causa el frío, y que atribuía á lesiones periféricas de los nervios.

En un caso de polineuritis infecciosa, Savage ha observado una parálisis del recto externo del ojo izquierdo.

En suma, los diversos músculos motores del globo ocular pueden estar paralizados en las neuritis periféricas; pero lo están más rara vez que los músculos de los miembros.

En cuanto á la oftalmoplegia externa, parece que es excepcional en esta afección, y ligado, en la mayor parte de los casos, á lesiones nucleares.

Trastornos de la acomodación. — En la difteria, es, sobre todo, en donde estos fenómenos son más frecuentes. A la parálisis de los músculos de la acomodación se debe, en concepto de todos los oftalmólogos, la debilidad de la vista, que se observa en ocasiones á consecuencia de la difteria.

Los trastornos de la acomodación en la difteria presentan el doble carácter de afectar simultáneamente ambos ojos y de no ir acompañados de parálisis del iris, al contrario de lo que sucede en las otras formas de parálisis de la acomodación.

Trastornos pupilares. — La dilatación, la miosis y la desigualdad de las pupilas han sido á menudo observadas en las intoxicaciones y en las infecciones que provocan neuritis periféricas. Estos son signos de una importancia secundaria. El estado de los reflejos pupilares presenta, en cambio, mucho interés.

En estado normal, como es bien sabido, las pupilas se contraen á la luz y en la visión á corta distancia; este fenómeno es el resultado de dos reflejos distintos que se llaman reflejo á la luz y reflejo de la convergencia ó de la acomodación. La abolición del reflejo á la luz, coincidiendo con la conservación del reflejo de la convergencia, constituye el fenómeno conocido en patología con el nombre de signo de Argyll Robertson.

Una destrucción de los filetes nerviosos que del motor ocular común van al iris, determinaría necesariamente la abolición de ambos reflejos; pero yo no sé que en las neuritis de causa interna se haya observado este síntoma (1). Con todo, en ciertos casos los reflejos pupilares son más lentos, más perezosos que en el estado normal.

El signo de Argyll Robertson es considerado por lo general como denuncia-

(1) La abolición de los dos reflejos pertenece, en realidad, á la sintomatología de la neuritis sífilítica del tercer par; en tal caso, se trata de una afección especial que no es objeto del presente artículo.