

enfermedad se observan lesiones de la médula y de los nervios que pueden coexistir; pero que en ciertos casos las alteraciones medulares existen solas y los nervios parecen normales. ¿No es legítimo suponer que, á la inversa, el agente de la tabes provoque alguna vez lesiones periféricas en los nervios, y revelarse simplemente por los síntomas de una neuritis periférica, durante un período variable, antes de que la enfermedad se desenmascare y presente su aspecto característico?

Diagnóstico.

Cuando nos hallamos en presencia de un enfermo que se supone padece una polineuritis, es preciso intentar resolver las cuestiones siguientes: 1.º ¿Se trata positivamente de una neuritis periférica ó bien de una afección orgánica de la médula, de una miopatía primitiva ó de un trastorno funcional, dinámico? 2.º ¿La neuritis, una vez admitida su existencia, se encuentra aislada ó bien está coexistiendo con una ó muchas de las afecciones precitadas? 3.º ¿La neuritis es de origen interno ó externo? y 4.º ¿Cuál es el agente que ha determinado su presentación?

Estudiemos sucesivamente cada una de estas cuestiones.

1.º ¿SE TRATA POSITIVAMENTE DE UNA NEURITIS PERIFÉRICA Ó BIEN DE UNA AFECCIÓN DE LA MÉDULA, DE UNA MIOPATÍA PRIMITIVA Ó DE UN TRASTORNO FUNCIONAL DINÁMICO?

Examinemos las principales enfermedades que tienen más ó menos semejanza con la afección que nos ocupa.

Mielitis aguda central. — Mielitis transversa dorso-lumbar, dorsal ó cervical. — Hemorragia de la médula. — Estas afecciones dan origen ordinariamente á una paraplegia crural que, según el grado de extensión, de intensidad ó de antigüedad de la lesión, es flácida ó espasmódica.

Paraplegia espasmódica. — Cuando la paraplegia es espasmódica, la mielitis no sería fácilmente confundible con una neuritis periférica. En efecto, la contractura muscular, la exageración de los reflejos tendinosos, la trepidación epileptoide del pie, la marcha espasmódica, caracteres todos que convienen á esta forma de paraplegia, parecen extraños á la sintomatología de las parálisis de origen neurítico.

En la polineuritis, los miembros paralizados están de ordinario flácidos, y si á veces se observa rigidez, ésta es debida á retracciones fibro-tendinosas que dan origen á una pseudo-contractura fácil de distinguir de la contractura verdadera. Los reflejos tendinosos están generalmente debilitados ó abolidos en los miembros atacados de una neuritis periférica. Hemos visto, sin embargo, que, en ciertos casos, están también exagerados; más esta exaltación de los reflejos tendinosos es excepcional, no afecta, por otra parte, el grado de intensidad que se observa en la paraplegia espinal ni va acompañada tampoco de trepidación epileptoidea del pie. En lo que toca á la marcha espasmódica nada más fácil que diferenciarlo de la marcha del *stepper*, que constituye el modo de andar más común en la paraplegia crural neurítica. En estos dos órdenes de hechos, la punta del pie es la que primero se apoya en el suelo; pero, en

la marcha espasmódica la punta del pie roza en el pavimento casi en todo el tiempo que dura la excursión del miembro correspondiente, y los movimientos del muslo sobre la pelvis, de la pierna sobre el muslo y del pie sobre la pierna están más limitados que en el estado normal; en el *steppage*, al contrario, el contacto de la punta del pie con el suelo, no se verifica á menudo hasta el fin del movimiento de excursión de la pierna, y los movimientos relativos á los diferentes segmentos del miembro inferior son, como se dijo en lugar oportuno, más extensos que de ordinario (1).

Estos son los caracteres que bastan para distinguir las dos afecciones en cuestión, y pasaré en silencio otros signos diferenciales relativos á los trastornos de la sensibilidad, de la vejiga, del recto, de los órganos genitales, trastornos tróficos, modo de empezar, de que me ocuparé al tratar de la paraplegia flácida espinal.

Paraplegia flácida. — La paraplegia flácida, debida á una mielitis transversa puede ser subdividida en dos variedades, según que vaya acompañada ó no de amiotrofia. Mas cualquiera que sea la variedad examinada, los trastornos motores no presentan en sí mismos (como hemos visto ocurría respecto de los propios de la paraplegia espasmódica), caracteres que permitan diferenciarlos claramente de los trastornos motores dependientes de una neuritis. Es forzoso, pues, buscar en los fenómenos concomitantes elementos de diferenciación.

El principio es por lo general brusco ó muy rápido en la mielitis, relativamente lento en la polineuritis; con todo, pudiendo la parálisis desarrollarse con gran rapidez en la neuritis periférica (neuritis apoplectiforme), no sería cuerdo atribuir al modo de principiar la afección, un valor diagnóstico que está muy lejos de tener.

La paraplegia flácida de origen espinal, va generalmente acompañada de una anestesia más ó menos intensa, á veces total, que ocupa de ordinario toda la extensión de los miembros inferiores, y remonta sobre el tronco á una altura tanto mayor, cuanto más elevado esté el sitio de la lesión. En la polineuritis, los trastornos objetivos de la sensibilidad ni son tan pronunciados, ni tienen la misma topografía. En ciertos casos de mielitis, cuando la lesión está limitada, ó al menos predomina notablemente en una de las mitades laterales de la médula, se observa el síndrome descrito por Brown-Séquard con el nombre de *hemiparaplegia con anestesia cruzada*. Este modo respectivo de localización de los trastornos de la sensibilidad y de los motores, no se observa jamás en la neuritis periférica.

En la paraplegia flácida mielopática, los trastornos de la vejiga y recto son por lo común muy marcados. En la neuritis, á la inversa, estos trastornos faltan á menudo; no obstante, y como ya hemos dicho, se presenta alguna que otra vez; pero, salvo el caso de que la neuritis vaya acompañada de cerebropatía psíquico-toxémica, son relativamente poco marcados.

Los trastornos sexuales, casi constantes en la mielitis transversa, son excepcionales en la polineuritis.

Las escaras de la región sacra, la de los talones, son muy comunes en la paraplegia flácida por mielitis transversa. La polineuritis no provoca trastornos

(1) Tengo en cuenta solamente los casos en que la parálisis, limitada á los músculos de la pierna, no afecta los de la raíz del miembro, respetando, en particular, los flexores del muslo sobre la pelvis.

tróficos de este orden, á no ser en los casos más graves, en el período terminal, y, aun, en los casos de este género, las escaras, que ni son tan extensas ni tan profundas como en la mielitis transversa, deben ser atribuidas más bien á la caquexia que á la alteración de los nervios.

Cuando las lesiones de la médula (mielitis ó hemorragia) asientan en la región cervical, se observa generalmente, además de la paraplegia de que acabamos de tratar, trastornos de la motilidad en los miembros superiores, parálisis y amiotrofia, capaces de presentar el aspecto y la localización observada en las neuritis periféricas. Los caracteres mencionados anteriormente, permitirán establecer el diagnóstico.

En suma, á poca atención que al asunto se consagre, las lesiones de la médula, de que acabamos de ocuparnos, no pueden ser apenas confundidas con la neuritis periférica.

Esclerosis en placas. — No insistiré sobre el diagnóstico diferencial de la esclerosis en placas y de la neuritis periférica; es muy fácil, en la mayor parte de los casos, distinguir entre sí ambas afecciones. El temblor intencional, el nistagmus, las alteraciones de la palabra, la falta de trastornos de sensibilidad y tróficos, la exageración de los reflejos tendinosos en los miembros paréticos ó paralizados, caracteres todos pertenecientes á la esclerosis en placas, permiten reconocer la existencia de esta afección. Con todo, como en ciertas formas frustradas de esclerosis en placas faltan el temblor y el nistagmus, como los reflejos tendinosos, en los miembros paréticos ó paralizados, están á veces disminuídos ó abolidos y, en fin, como los trastornos de la sensibilidad (anestesia, dolores), así como los tróficos (amiotrofia), pueden presentarse, se concibe la posibilidad de un error de diagnóstico.

Poliomielitis anterior (*parálisis espinal infantil, parálisis espinal aguda del adulto, parálisis espinal anterior sub-aguda ó crónica*) (1). — La poliomyelitis anterior presenta grandes analogías sintomáticas con la neuritis periférica, al menos con su forma motora, lo que equivale á decir que el diagnóstico diferencial entre estas dos afecciones, es en ocasiones difícil de establecer. Sin embargo, es posible llegar á hacerlo, si no siempre, alguna vez, merced á un análisis riguroso de los diversos caracteres clínicos.

Veamos, por de pronto, si en el modo de evolución de la poliomyelitis anterior y de la neuritis periférica, se encuentra algún elemento diferencial.

La poliomyelitis anterior aguda, se desarrolla en el curso ó á la terminación de una enfermedad infecciosa, ó bien sin causa aparente; á veces, parece producirse por la sola influencia del frío; pero, en verdad, el papel etiológico de dicho agente es en extremo discutible. En algunos instantes ó en el espacio de

(1) Si jamás se ha dudado de que la característica anatómica de la parálisis infantil es una lesión de las astas anteriores, ya no sucede lo mismo respecto á las otras formas de poliomyelitis anterior.

Leyden, sometiéndolo á la crítica las diversas observaciones publicadas con el nombre de parálisis espinal del adulto, emitió la opinión de que las lesiones espinales no estaban suficientemente claras en ciertos casos, que tal vez resulten tributarios de la neuritis periférica. Dejerine, á propósito de un caso de neuritis periférica motora comprobado por la autopsia, y cuyo enfermo presentó un cuadro clínico correspondiente á la parálisis espinal aguda del adulto, pone en duda la existencia de esta última afección.

Con todo, parece bien establecido actualmente, gracias á algunas observaciones, si bien poco numerosas, que la poliomyelitis anterior aguda, sub-aguda ó crónica del adulto, aun cuando menos común que se creía en otro tiempo, tiene una existencia real, y derecho, por consiguiente, á ocupar un puesto en los cuadros nosográficos.

pocas horas, se presenta una parálisis que ocupa todo un miembro, los dos miembros inferiores ó los dos superiores, acaso los cuatro y el tronco. Presenta desde su iniciación el máximo de intensidad, manteniéndose en este estado durante un período de tiempo, que varía desde algunos días á algunas semanas, luego retrograda, se atenua y hasta desaparece completamente en algunas regiones, mientras persiste en otras de una manera definitiva y va acompañada de amiotrofia.

Los trastornos musculares pueden de esta manera, y después de haber ocupado un territorio muy extenso, acaso los cuatro miembros ó el tronco, limitarse en un miembro, ó quizás sólo en algunos músculos. Este trabajo de restauración puede durar muchos meses; pero existe un punto fundamental en el estudio de esta enfermedad, sobre el que Duchenne de Boulogne, ha llamado la atención: es esta la posibilidad de precisar, desde el sexto ó séptimo día después del principio de la enfermedad, cuáles serán los músculos cuyas funciones se restablecerán, y cuáles los que, por el contrario, están inmediatamente condenados á atrofiarse, y á desaparecer de una manera más ó menos completa: en efecto, los músculos en que se presenta abolida la contractilidad farádica, sufrirán la degeneración; los que, por el contrario, la conservan, están llamados á recuperar sus funciones y estado normal.

No es así como se conduce la neuritis periférica, ó al menos no es esta su marcha ordinaria. Es muy raro que empiece de esta manera tan brusca; puede, no obstante, iniciarse así, según hemos indicado ya respecto de la neuritis llamada por eso apoplectiforme. En la polineuritis, un músculo puede haber perdido su contractilidad farádica, sin que por ello esté condenado fatalmente á una destrucción definitiva, sino que puede recuperar sus condiciones normales. De este hecho se deduce que, en el caso de diagnóstico dudoso, si se comprueba que un músculo que había perdido la contractilidad farádica la ha recobrado, poseeremos un dato desfavorable para el diagnóstico de poliomyelitis anterior aguda.

La lentitud en la evolución de la poliomyelitis anterior sub-aguda ó crónica, las aproxima más á la polineuritis; mas, en tanto que la poliomyelitis, cualquiera que haya de ser su terminación, tiene una marcha regular, la polineuritis, por el contrario, no parece ajustarse á ninguna regla precisa; sus manifestaciones pueden sufrir varias y repetidas alternativas de mejoría y agravación, á repetidas alternativas en bien y en mal, á recidivas y recaídas en extremo comunes.

Pasemos ahora al examen comparativo de los síntomas:

En la poliomyelitis anterior la parálisis se localiza de preferencia en los grupos musculares sinérgicos; los extremos de los miembros son á menudo repetados; los nervios craneanos no son atacados sino excepcionalmente.

En la neuritis, á la inversa, la intensidad de la parálisis disminuye desde los extremos á la raíz de los miembros; la participación de los nervios craneanos es muy frecuente.

En la poliomyelitis anterior, la parálisis, la amiotrofia, los trastornos de la excitabilidad eléctrica de los nervios y de los músculos, la debilidad de los reflejos tendinosos, son generalmente fenómenos que guardan cierta proporción (Rosenberg).

No sucede lo mismo en la polineuritis. En ésta, con mucha frecuencia, se comprueba la reacción de degeneración en los músculos cuya contractilidad voluntaria se conserva, y no es raro observar que de dos músculos paralizados en que el uno presente trastornos de la contractilidad eléctrica y alteraciones tróficas mucho más pronunciadas que el otro, el primero recobra su motilidad voluntaria mas rápidamente que el segundo. De aquí se sigue que los resultados de la exploración eléctrica tienen, desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico, un interés mucho mayor en la poliomiélitis anterior que en la polineuritis. La debilidad del reflejo tendinoso no indica tampoco nada referente á la intensidad de la parálisis.

Los reflejos cutáneos no están jamás exagerados en la poliomiélitis anterior, mientras que dicha exageración es bastante común en las neuritis (Rosenberg).

Las sacudidas fibrilares parecen más comunes en la poliomiélitis anterior que en la neuritis periférica.

En la poliomiélitis anterior los trastornos de la sensibilidad no ocupan sino un lugar secundario: en la forma aguda apenas si al principio se asocian á los trastornos de la motilidad dolores más ó menos que no tardan en desaparecer; en la forma sub-aguda los dolores pueden aparecer en el curso mismo de la enfermedad, pero rara vez son intensos. Con todo, y esto es un punto esencial, no se observa en la poliomiélitis anterior, en ningún período de la enfermedad, trastornos objetivos de la sensibilidad.

En las neuritis, por el contrario, estos trastornos no son raros, aunque faltan en la forma puramente motora de la afección.

En la poliomiélitis anterior, los miembros paralizados presentan ordinariamente una coloración violácea con descenso de la temperatura.

En la polineuritis sucede á menudo lo mismo; pero, además, no es raro que se asocie el edema.

La poliomiélitis anterior no provoca nunca, sino á veces al principio, trastornos en las funciones de la vejiga y recto, y menos aún en las funciones sexuales.

Otro tanto sucede en la polineuritis; sin embargo, como hemos visto, suelen observarse dichos trastornos.

La inteligencia permanece normal en la poliomiélitis anterior, y sólo acaso, al principio, en razón á la fiebre elevada que acompaña á la invasión de la enfermedad, algunos desórdenes cerebrales.

En la polineuritis, los trastornos psíquicos (psicopatía neurítica) no son excepcionales.

Tales son los elementos diferenciales entre las dos afecciones cuyo paralelo acabamos de hacer.

Esclerosis lateral amiotrófica. — La esclerosis lateral amiotrófica se distingue con facilidad, en la mayor parte de los casos, de la neuritis periférica. Su evolución es progresiva; los trastornos van en aumento siempre y jamás retrogradan; en ella no se observan esas alternativas en bien y en mal que tan frecuentes son en la polineuritis. También la separa de ésta la frecuencia de los estremecimientos fibrilares. En fin, y al contrario de lo que acontece en esta última afección, la esclerosis lateral amiotrófica da origen la exaltación nota-

ble de los reflejos tendinosos, y con mucha frecuencia también la trepidación epileptoidea del pie.

Siringomielia. — En un trabajo anterior nos hemos ocupado de esta enfermedad; hemos indicado las relaciones que parecen unir la siringomielia á la enfermedad de Morvan y á la neuritis leprosa, así como los caracteres que pertenecen á cada una de estas afecciones (véase pág. 126).

Tabes (1). — En los casos típicos es fácil distinguir la tabes de la neuritis periférica, aunque en ambas afecciones existan dolores fulgurantes, trastornos en la marcha, y los fenómenos conocidos con los nombres de signo de Westphal y signo de Romberg.

Imaginemos un enfermo que presenta los síntomas siguientes: abolición del reflejo rotuliano; en la bipedestación titubea cuando se le hace cerrar los ojos, aqueja dolores fulgurantes muy intensos en los miembros, y la presión en los cordones nerviosos ó en las masas musculares es en extremo dolorosa; presenta la marcha del *stepper*; durante el reposo, el pie se halla en extensión sobre la pierna, existiendo lo que se llama *caída del pie*; los músculos de los miembros inferiores, especialmente los de la región anterior de la pierna están atrofiados y al examen eléctrico presentan la reacción de degeneración; no existen trastornos vesico-rectales; los músculos del globo ocular funcionan normalmente y las pupilas se contraen á la luz; el enfermo confiesa haberse excedido alguna vez en el uso de los alcohólicos; además, el temblor de las manos, los trastornos dispépticos, las alucinaciones y pesadillas nocturnas á que está sujeto, la debilidad de la memoria, demuestran, en fin, la realidad de esta intoxicación; por último, la enfermedad se ha desarrollado con rapidez.

Nadie dudará, en caso semejante, en formular el diagnóstico de neuritis periférica.

He aquí otro enfermo que también presenta los signos de Romberg y de Westphal; siente dolores fulgurantes que ocupan los miembros inferiores, á dolores circulares y á crisis gástricas; cuando anda, proyecta alternativamente cada una de las piernas bruscamente y con torpeza; el talón golpea el pavimento con violencia; estando el enfermo en la posición horizontal, si después de haberle cerrado los ojos se le ordena elevar verticalmente uno de los miembros inferiores, se le ve imprimir un movimiento brusco y enérgico á su pierna, lanzándola á derecha é izquierda y oscila en todos sentidos, sin que el enfermo tenga conciencia de la dirección que sigue; los músculos de los miembros inferiores no están nada atrofiados, sus reacciones eléctricas se conservan normales y así acontece también con la fuerza muscular; la necesidad de evacuar la vejiga se experimenta más de tarde en tarde que en el estado normal, existiendo á veces incontinencia de orina; las erecciones son raras ó nulas, el enfermo presenta ó ha presentado estrabismo con diplopia, tiene el signo de Argyll Robertson, comprobándose por medio del oftalmoscopio la atrofia gris de la papila; ha padecido la sífilis; por último, la afección ha ido desarrollándose lenta y progresivamente.

(1) He tenido en cuenta, en el paralelo hecho entre la polineuritis y la tabes, la tabes bien constituida, caracterizada anatómicamente por lesiones espinales. Mas es posible, como ya he dicho (véase pág. 148), que el agente de la tabes pueda originar, al menos durante algún tiempo, lesiones tan sólo sobre los nervios, determinando así una neuritis periférica, análoga á las demás variedades de neuritis, de las que sería imposible distinguirla.

No puede haber duda alguna respecto á la naturaleza de la afección que sufre este enfermo; el diagnóstico de tabes se impone.

La caída del pie y la marcha del *stepper*, los dolores provocados por la compresión de los troncos nerviosos ó de las masas musculares, la amiotrofia y la reacción de degeneración, la marcha rápida del proceso, los signos de intoxicación alcohólica; tales son los caracteres que han permitido reconocer, en nuestro primer imaginario enfermo, la existencia de la neuritis periférica. La marcha tabética, los dolores circulares, los trastornos óculo-pupilares, los desórdenes vesicales y genitales, la lentitud en la evolución, son, por el contrario, los síntomas que en el segundo enfermo nos han impuesto el diagnóstico de tabes.

Mas no siempre el diagnóstico es tan simple. En efecto, trátase de tabes ó de neuritis, al principio de la enfermedad ó de ciertas formas frustradas de ésta, puede faltar todo signo patognomónico; por otra parte, la falta de un síntoma habitual ó la presentación de algunos fenómenos insólitos, enmascararán en ciertos casos la naturaleza exacta de la enfermedad.

En la neuritis periférica, los fenómenos de parálisis y de amiotrofia son en algunos casos muy acentuados y quizás faltan en absoluto; la marcha, en lugar de ser la del *stepper*, es á veces más ó menos incoordinada; los músculos y los nervios no están necesariamente dolorosos á la presión; pueden observarse trastornos óculo-pupilares, genitales y de la vejiga; tampoco es siempre la evolución rápida ni la etiología se presenta con claridad.

De igual manera, en la tabes, la atrofia papilar, el signo de Robertson, la diplopia, la marcha incoordinada, los trastornos de la vejiga, etc., faltan á veces; los músculos pueden atrofiarse, y cuando esta atrofia afecta los de la región anterior de la pierna, obsérvase la caída del pie; la evolución, en fin, puede ser rápida.

De este modo, en ciertos casos, resulta muy difícil ó acaso imposible, resolver la cuestión del diagnóstico; es preciso reconocer, sin embargo, que muy á menudo un neuropatólogo experimentado, la resuelve merced á un análisis riguroso de los distintos síntomas.

Vamos á hacer resaltar en el cuadro siguiente los caracteres que son especiales á cada uno de los síntomas de las dos enfermedades que nos ocupan:

NEURITIS PERIFÉRICA

TABES

Trastornos de la sensibilidad.

Estos síntomas son raros Las sensaciones de adormecimiento, de hormigueos, la disminución de la sensibilidad cutánea en el trayecto del cubital y los dolores espontáneos en esta misma región, son signos bastante comunes. Otro tanto sucede con la anestesia en coraza del tórax y con los dolores circulares.

La presión sobre los gruesos troncos nerviosos, la compresión y la electrización de las masas musculares provocan, en muchos enfermos, dolores muy intensos. La hiperestesia cutánea es muy frecuente.

La debilidad del sentido muscular es relativamente rara, y de ordinario poco acentuada.

Estos fenómenos son excepcionales; y si alguna vez se los observa, no es sino transitoriamente, durante las crisis dolorosas.

El sentido muscular está frecuentemente comprometido. El enfermo, con los ojos cerrados, no se da cuenta, sino de un modo imperfecto, de los movimientos pasivos que se imprime á sus miembros, y, á veces, no tiene noción alguna de la posición en que se le han colocado. En el lecho no sabe la situación que sus piernas ocupan «las pierde» y se ve obligado á buscarlas con las manos «para encontrarlas».

Trastornos motores.

Se observan frecuentemente parálisis y amiotrofia acompañada de reacción de degeneración, caída de la punta y del borde externo del pie, el *steppage*.

El *steppage*, fenómeno ligado á la parálisis de los flexores del pie, y que es preciso distinguir bien de la incoordinación locomotriz de la tabes, presenta el aspecto siguiente: el enfermo, incapaz de doblar el pie, está obligado para que su punta no choque contra el suelo, á ejecutar, á cada paso, un movimiento del muslo sobre la pelvis, más pronunciado que de costumbre. La asociación de esta flexión exagerada del muslo con la caída del pie, da á esta marcha su carácter especial.

Estos trastornos son raros.