La *neuritis diabética* se presenta bajo la forma motora, sensitiva ó pseudo-tabética, y no tiene carácter clínico propio.

No veo apenas agente patógeno alguno, fuera de los que ya he señalado precedentemente, que sea capaz de producir una neuritis con fisonomía propia.

Agentes diversos dan origen, pues, á polineuritis que tienen la misma expresión sintomática. De aquí, como corolario indispensable en la mayor parte de los casos, que haya necesidad de buscar datos fuera de los síntomas propios de las neuritis, que vengan á ilustrarnos acerca de la causa de las mismas (investigación de los signos generales reveladores de envenenamiento, de intoxicación, etc.).

Hemos tratado una tras otra las cuatro cuestiones que nos habíamos propuesto esclarecer al principio de este capítulo.

Es conveniente añadir, que los problemas que el médico ha de resolver desde el punto de vista del diagnóstico diferencial de las polineuritis, y los errores que á este respecto pueden cometerse, difieren poco, según la especie de neuritis de que se trate y la localización de los desórdenes nerviosos.

Así es que, por ejemplo, la poliomielitis anterior es la afección que podrá ser con más facilidad confundida con una neuritis sistemática motora, y que la de forma sensitiva ó mixta, caracterizada por dolores vivos, el signo de Westphal y marcha vacilante, será principalmente la que se confunda con la tabes.

Una neuritis de origen interno, que por la localización de los trastornos motores corresponda á la variedad descrita con el nombre de *tipo antibraquial*, podrá confundirse, sobre todo, con la *parálisis de origen traumático del nervio radial*. En estas dos afecciones, en efecto, la parálisis se asienta en la región postero-externa del antebrazo, y los músculos interesados pueden atrofiarse y presentar la reacción de degeneración. A pesar de esto, á menudo será fácil llegar al diagnóstico. Cuando se trata de una parálisis traumática, los trastornos de la motilidad afectan generalmente á todos los músculos de la región postero-externa del antebrazo y respetan todos los músculos que no pertenecen al dominio del radial y son, en fin, unilaterales. En la neuritis de origen interno, los músculos de la región postero-externa no son ordinariamente invadidos en su totalidad; así, en la neuritis saturnina, que es de todas ellas la que mucho más á menudo presenta el tipo antibraquial, son respetados el supinador largo y el ancóneo generalmente; además, la parálisis ataca á menudo el territorio del cubital ó del mediano, siendo también raro que los trastornos se limiten rigurosamente á un solo lado del cuerpo. ¿Habrá, en fin, necesidad de recoger con cuidado los datos y referencias de orden etiológico para establecer el diagnóstico diferencial?

Existe una variedad de parálisis radial, atribuída en otra época al frío, pero que en realidad es debida á la compresión ligera del nervio, compresión que sin interrumpir completamente las relaciones entre el centro y la periferia del aparato neuro-muscular, provoca, sin embargo, desórdenes funcionales. Esta es la *parálisis radial* denominada *a frigore ó por compresión*. Esta variedad de parálisis se distingue de la neuritis interna, como las parálisis traumáticas graves, por la localización exclusiva de los trastornos motores en la esfera del nervio radial, por la participación que en dichos trastornos tienen el ancóneo y el supinador largo, por la unilateralidad de los accidentes. Además, se caracteriza por las particularidades siguientes: la excitación eléctrica del nervio por encima del punto comprimido no provoca ninguna contracción muscular, en tanto que las reacciones eléctricas del nervio por debajo de la región afectada, así como las de los músculos animados por dicho nervio, persisten normales (Erb); al propio tiempo no hay atrofia de los músculos paralizados, salvo el supinador largo, que según Vulpian y Dejerine, disminuye en volumen así como también se debilita su contractilidad farádica.

No haré más que indicar una variedad de parálisis radial pasajera, que algunas veces se observa en la tabes, y que, según Strümpell, es análoga á la parálisis transitoria de los músculos del ojo en los tabéticos.

La poliomielitis anterior aguda puede determinar una parálisis de tipo antibraquial, como la de la polineuritis; pero esto es excepcional.

El *tipo braquial* de la neuritis de origen interno, que apenas si ha sido observado hasta el presente aislada como en el saturnismo, se confunde principalmente con la *parálisis radicular superior*, la *miopatía primitiva progresiva de tipo escápulo-humeral* y con la *poliomielitis anterior aguda infantil*. Las investigaciones etiológicas permitirán distinguir la parálisis radicular de la neuritis saturnina. En lo que respecta á la miopatía y á la poliomielitis, ya hemos anteriormente expuesto sus caracteres diferenciales.

Las afecciones capaces de ocasionar trastornos de la motilidad que, en cuanto se refiere á su localización, presenten el tipo llamado de *Aran-Duchenne*, son numerosas. Citemos desde luego las afecciones de la médula, la poliomielitis anterior aguda, sub-aguda ó crónica, la esclerosis lateral amiotrófica, la siringomielia, la paquimeningitis cervical hipertrófica, la mielitis cervical transversa, la hematomielia traumática.

Una vez que se haya establecido, merced á los signos distintivos de que antes hemos hecho mención, que la garra de Aran-Duchenne es tributaria de una neuritis periférica, es necesario investigar si dicha neuritis es de origen interno ó externo.

Cuando se ha reconocido el origen interno de esta afección, queda por resolver su naturaleza. El saturnismo es, de todas las intoxicaciones, la que da origen las más de las veces á este tipo de neuritis, si bien se observan á veces en las intoxicaciones alcohólica, arsenical y alguna otra. Las neuritis infecciosas tífica y puerperal, especialmente esta última, según Möbius, pueden presentar esta localización. La garra Aran-Duchenne es una de las manifestaciones de la neuritis leprosa, en lo que atañe al diagnóstico de la neuritis leprosa y á las relaciones de esta afección con la siringomielia y con la enfermedad de Morvan (véase pág. 127 y siguientes). En fin, no es raro observar en la tabes la atrofia de tipo Aran-Duchenne, que parece entonces dependiente de una neuritis periférica (Dejerine).

Cuando la neuritis se localiza en los *miembros inferiores*, se confunde sobre todo con la mielitis transversa dorsal ó dorso-lumbar (el diagnóstico diferencial es generalmente de lo más fácil), con la poliomielitis anterior aguda y con la tabes.

La neuritis de los miembros inferiores puede ser provocada por un tumor de la cavidad pelviana; en este caso, los trastornos nerviosos son casi siempre unilaterales.

Las *lesiones de la cola de caballo* merecen una mención especial, porque son capaces de originar trastornos nerviosos, que tienen una grande analogía con los de la polineuritis alcohólica. En ambas afecciones, se observan, en efecto, paraplegia con amiotrofia, dolores en los miembros inferiores, abolición de los reflejos tendinosos, y en ocasiones también síntomas vesico-rectales. Si las lesiones de la cola de caballo son de origen traumático, los datos proporcionados por el enfermo ó el examen de la región correspondiente, permitirán formular fácilmente el diagnóstico. Cuando se trate de una compresión por un neoplasma, tampoco será difícil diagnosticar si el tumor es accesible al exterior. Si no, el sitio y la naturaleza de la lesión podrán quedar desconocidos; sin embargo, existen algunos caracteres inconstantes, es verdad, que permitirán descubrir en ciertos casos la compresión de la cola de caballo. Los enfermos experimentan á veces un dolor muy vivo que asienta al nivel del sacro; este dolor aumenta bajo la influencia de la tos, del estornudo, de la defecación, de cualquier esfuerzo, en fin; el decúbito, los diversos movimientos impresos á la columna vertebral lo exacerban notablemente. Los trastornos vesico-rectales son más comunes y más acentuados en la afección que nos ocupa, que en la polineuritis crónica, la cual cuando existen, que es rara vez, son en general de poca intensidad.

Entre las substancias tóxicas capaces de producir lesiones de los nervios, el alcohol es la que más á menudo determina la polineuritis de los miembros inferiores. Es preciso, no obstante, no olvidar que la neuritis arsenical ocupa de ordinario el mismo sitio, y que la neuritis saturnina, aunque excepcionalmente, se localizan también en dicha región. Por otra parte, las infecciones originan, no rara vez, neuritis que asientan en los miembros inferiores. He de recordar, por último, que la neuritis del beriberi tiene grandes semejanzas con la neuritis alcohólica.

Pronóstico.

De un modo general, estamos autorizados para decir que el pronóstico de la polineuritis es menos grave que el de una enfermedad orgánica de la médula; que la neuritis motora, por ejemplo, es más benigna que una poliomielitis anterior y que la tabes es una afección más grave que una neuritis sensitiva ó mixta. La curación es el modo más común de terminar esta enfermedad.

No olvidemos, á pesar de esto, que la polineuritis tiene á veces una duración muy larga, que puede dar origen á achaques, y que en ciertos casos ocasiona accidentes mortales. Se trata, pues, de una afección, cuya benignidad habitual no debe exagerarse.

La naturaleza del agente que ha producido la neuritis, su modo de evolucionar, la extensión, la intensidad, su localización, el estado general del enfermo; he aquí otros tantos factores que concurren á determinar el grado de gravedad del pronóstico. Vamos á examinarlos sucesivamente.

a) Naturaleza del agente patógeno. — Cuanto hemos indicado en el capítulo consagrado al estudio de cada neuritis en particular, basta para formar idea acerca de la significación pronóstica de este factor.

Comparemos las neuritis diftérica, saturnina y alcohólica.

La neuritis de la difteria debe ser considerada como la más benigna; puede, en su primer período, provocar la muerte, pero esto es raro; por otra parte, su duración es por lo general corta, de algunas semanas, llegando excepcionalmente á más de cinco ó seis meses; en fin, sólo rara vez deja dicha neuritis tras sí achaques indelebles.

La neuritis saturnina produce, por sí misma, acaso con menos frecuencia que la precedente, la terminación fatal; pero provoca de ordinario amiotrofias muy pronunciadas, suele durar largo tiempo, está sujeta á recaídas y recidivas frecuentes, ocasionando durante varios años una impotencia de variable importancia y también dar origen en ciertos casos á achaques incurables.

De las tres especies de neuritis que estudiamos ahora, la que depende del alcoholismo es ciertamente la más grave. La muerte es muy á menudo su terminación y ésta puede sobrevenir en diferentes períodos de la parálisis; es verdad que en muchos casos hay motivos para hacer responsables de ella á las modificaciones que el alcohol ha provocado en el sistema nervioso central, más bien que atribuirla á las lesiones de los nervios. Además, aun cuando la terminación haya de ser satisfactoria, los dolores intensos que la parálisis etílica ocasiona, su duración (que á veces es de cuatro á seis años) y las deformidades que deja en pos de sí, le dan un carácter de positiva gravedad.

¿Hay necesidad de decir que el pronóstico de la neuritis leprosa es particularmente sombrío?

b) Modo de evolución. — Los accidentes mortales ligados directamente á las lesiones de los nervios son más comunes en las neuritis de marcha aguda, que en las de evolución sub-aguda ó crónica. Conviene ser muy reservados en el pronóstico durante el período inicial de la enfermedad, porque entonces es más difícil que nunca juzgar con acierto sobre la probable terminación de la dolencia. He aquí, por ejemplo, un enfermo en quien en el espacio de algunas semanas ó quizá más rápidamente todavía, la polineuritis invade sucesivamente los miembros inferiores, el tronco, los miembros superiores, siguiendo así una marcha ascendente; un poco más, y los nervios bulbares serán también afectados por la lesión y un desenlace fatal será su consecuencia. ¿Se conjurará este peligro, conteniéndose el proceso morboso en adelante, ó por el contrario seguirá su marcha invasora? Es cuestión esta á la que casi siempre resulta imposible contestar.

Si la neuritis aguda es temible, sobre todo, por los peligros inmediatos que hace correr al enfermo, la tenacidad de la neuritis crónica, la impotencia prolongada que á menudo ocasiona, hacen grave, bajo otros conceptos, esta forma de la enfermedad.

c) Extensión, intensidad y localización de las lesiones. — Es evidente que, en igualdad de circunstancias, la gravedad de la polineuritis está en razón directa del número de nervios interesados, de la altura que alcanzan las lesiones en cada nervio, cuando marchan de la periferia al centro, y de la intensidad, es decir, de la naturaleza más ó menos destructiva de estas alteraciones (neuritis walleriana, neuritis periaxil).

Es relativamente fácil determinar por un análisis topográfico minucioso de los trastornos de sensibilidad y motilidad, el grado de generalización de las lesiones. Se puede asimismo reconocer en ciertos límites, el grado de intensi-

dad de ellas. Por lo que respecta en particular á los nervios motores, el examen de las funciones motoras, el estado trófico de los músculos, las reacciones eléctricas provocadas por su excitación directa ó indirecta, aportará datos preciosos ; he de recordar, sin embargo, que los resultados de la exploración eléctrica son de menor interés, por lo que toca al pronóstico, en el estudio de las neuritis periféricas que en el de la poliomielitis anterior. En cuanto á saber hasta qué altura alcanzan las lesiones de los nervios, si puede determinarse, á veces, hasta cierto punto, es en ocasiones, no sólo difícil, sino acaso imposible de resolver. Supongamos que se comprueba en una región la reacción de degeneración parcial, que, por ejemplo, los músculos inervados por el ciático poplíteo externo presentan á la excitación directa la citada reacción de degeneración, mientras que la excitabilidad del mismo nervio está más ó menos conservada, hay derecho á afirmar en este caso que el tronco del nervio en la región exploradora, así como por encima de esta región se halla casi normal, ó por lo menos que sus alteraciones orgánicas no son muy marcadas. Mas si, por el contrario, tropezamos con una reacción de degeneración completa, es muy difícil precisar la altura á que han debido llegar las lesiones, puesto que una degeneración profunda de las fibras motoras de un nervio, localizado exclusivamente á sus fibras periféricas, acarrea necesariamente la inexcitabilidad aparente del tronco nervioso en toda su longitud.

La localización constituye un elemento pronóstico de positivo valer. La neuritis, cuando afecta los nervios sensitivos y es intensa, tiene cierta gravedad por los dolores que provoca y por los trastornos generales consecutivos. La localización de las lesiones en el nervio frénico, y sobre todo en el pneumogástrico es temible. El pronóstico de la polineuritis acompañada de psicopatía es bastante grave.

Debo añadir también que el pronóstico se agrava por la aparición de trastornos vesicales, y, sobre todo, vésico-rectales; la afección se presenta entonces más tenaz, y si bien estos fenómenos se presentan algunas veces sin que existan lesiones espinales, su presencia, especialmente cuando adquieren cierta intensidad, hace suponer una participación más ó menos intensa de la médula en el proceso patológico.

d) Estado general. — Huelga decir que es preciso tener muy en cuenta, al formular el pronóstico, el estado general del enfermo, su salud, abstracción hecha de los trastornos provocados directamente por la neuritis. Es verdad que, en este caso, ya no se trata, propiamente hablando, del pronóstico de la neuritis en sí misma. No obstante, es justo reconocer que el estado general del enfermo ejerce una influencia decisiva sobre la duración y marcha de la neuritis. La experimentación nos ha hecho comprobar, por otra parte, la importancia de este factor desde el punto de vista de la regeneración nerviosa. Es preciso indicar también que una afección intercurrente, benigna en sí, puede imprimir una gravedad extraordinaria á los fenómenos propios de la neuritis, que aislados no serían peligrosos; así acontece que una bronquitis común que se desarrolla en un neurítico con parálisis del diafragma, hace el pronóstico de los más sombríos.

Antes de terminar este capítulo quiero hacer resaltar que, aun después de haber analizado minuciosamente todas las condiciones que acabamos de enumerar, es á menudo imposible formular un pronóstico absolutamente categórico; hay, en efecto, que tener presente, la frecuencia de las recaídas y de las recidivas, que pueden sobrevenir, bien porque el enfermo haya vuelto á someterse á la influencia del agente que provocó la enfermedad, ó también sin causa ninguna apreciable; de manera que los acontecimientos vengan á desmentir las previsiones más racionales.

Tratamiento.

Suprimir las causas que determinan las neuritis, combatir los trastornos inmediatos que las lesiones de los nervios ocasionan y favorecer la restauración de los tejidos; tales son los tres problemas terapéuticos que debemos resolver. Vamos á estudiarlos sucesivamente.

1.° Suprimir las causas que determinan la neuritis.—Es la indicación que debe procurarse atender desde el primer momento. Puede afirmarse de un modo general, por lo menos en lo que concierne á las dos clases más importantes de neuritis, las que dependen de intoxicaciones y las determinadas por procesos infecciosos, que el modo mejor de conseguirlo es impedir la penetración en el organismo de los agentes perturbadores, eliminarlos cuando ya han penetrado y, en fin, aniquilar su poder nocivo por medio de subtancias antitóxicas.

No hay que repetir que para llenar esta indicación es forzoso haber previamente determinado la causa de la neuritis; esta es una cuestión de la que ya hemos tratado y sobre la cual no tenemos que insistir.

Examinemos ahora las diferentes causas de neuritis ó al menos las más importantes de entre ellas, considerándolas desde el punto de vista especial que nos interesa por el momento.

a) Intoxicaciones.— Ocupémonos, en primer término, de la neuritis alcohólica. Desde que se tiene seguridad de que una neuritis depende del alcoholismo, y que el enfermo continua haciendo excesos en la bebida, es preciso colocarlo, en cuanto sea posible, al abrigo del hábito pernicioso que ha contraído. Esto es de primera necesidad, é inútil, si no peligroso, retardar su cumplimiento. El papel principal del médico no consiste en exhortar á un enfermo que tiene conciencia de su intemperancia á que se guarde de cometer nuevos excesos, sino á descubrir la intoxicación alcohólica cuando el enfermo ni su familia sospechan su existencia. Ya he insistido sobre los casos de alcoholismo desconocido ; he citado también la historia de una enferma víctima de él. En razón á la importancia de estos hechos, al interés, que desde el punto de vista terapéutico encierra conocerlos bien, quiero referir brevemente una observación muy instructiva á este respecto.

Una señora, afectada de trastornos neuropáticos y dispépticos que impedían la alimentación, había contraído la costumbre de tomar diariamente varias tazas de té, que aromatizaba al principio sólo con algunas gotas de coñac ; no tenía otro propósito, con esta práctica, que el combatir la debilidad resultante del ayuno á que la intolerancia de su estómago la tenía condenada. Progresivamente fue aumentando la cantidad de aguardiente que mezclaba con el té,

llegando así á cometer verdaderos excesos alcohólicos que produjeron una neuritis de las vías más caracterizadas. Este régimen, al principio, no tuvo otras consecuencias que el aumentar las fuerzas de la enferma, por lo cual ni ésta ni las personas que vivían á su lado estaban lejos de suponer que el alcohol fuese la causa de los accidentes que después se presentaron. Añadiré que la reputación de que la paciente gozaba, así como todas las apariencias, eran á propósito para alejar la idea de que pudiera estar afectada de alcoholismo, lo que hizo permaneciese mucho tiempo ignorado. La reducción notable de la cantidad de alcohol, reducción que fue prescrita inmediatamente de establecido el diagnóstico, fue seguida de una mejoría progresiva del estado de la enferma, que acabó por recobrar por completo la salud; verdad es que la curación se hizo esperar mucho tiempo. He de hacer notar, sin embargo, á este propósito, que la supresión de los excesos en la bebida no determina necesariamente la desaparición de los fenómenos morbosos; si las lesiones en los nervios son ya muy pronunciadas, el cambio de régimen puede permanecer, al menos durante muy largo tiempo, sin producir efectos aparentes.

¿Se debe, en los casos de parálisis alcohólica, proscribir en absoluto el uso del alcohol? No es este mi parecer. Ciertos aguardientes y licores deben ser condenados; pero hay necesidad de que el enfermo tome una pequeña cantidad de vino, recomendándole lo mezcle con agua. En caso de complicaciones pulmonares, el uso del aguardiente podrá hasta estar indicado. Es necesario tratar á estos enfermos, en este punto, como se tratan los demás alcohólicos.

Creo útil recordar, que la existencia del saturnismo, como la del alcoholismo, resulta en muchos casos desconocida, siendo esencial, desde el punto de vista práctico, sobre todo cuando se comprueba la existencia de una neuritis localizada en los miembros superiores, sospechar la existencia del saturnismo. Esta es una hipótesis que es preciso comprobar, hasta cuando todas las apariencias parecen desecharla. Se concibe el interés que encierran las investigaciones de este género. La determinación de la naturaleza saturnina de una neuritis, y el descubrimiento del origen de donde proviene el veneno, permiten, en efecto, preservar al enfermo en lo sucesivo. Además, la administración del ioduro de potasio, el azufre, diversas combinaciones sulfuradas al interior y al exterior, contribuirá á contener el proceso patológico, limitando la extensión de las lesiones neuríticas; estos medicamentos ejercen su acción saludable, facilitando la eliminación del plomo, y tal vez también aminorando el poder tóxico de los restos de dicha substancia, que no han sido eliminados.

Si existen motivos para creer que la neuritis tiene por causa una autointoxicación de origen intestinal, el empleo de los antisépticos está muy bien indicado; se hará uso, entre otros medicamentos, del salol, del salicilato de naftol, del benzoato de naftol; se someterá el enfermo á un régimen dietético á base de leche.

b) *Infecciones.* — Consideremos en primer término la neuritis diftérica, que de todas las de origen infeccioso, es la de más antiguo conocida.

Si fuera necesario demostrar, cosa que hoy es ya completamente supérflua, qué resultados prácticos de la mayor importancia pueden dimanar de las investigaciones de laboratorio, no podría elegir para su demostración un asunto mejor que la difteria. Parece, en efecto, estar autorizados para afirmar que

hoy, y gracias á descubrimientos que honran la moderna medicina experimental, la terapéutica es casi segura, y si la lucha se entabla á tiempo, es posible combatir victoriosamente esta infección.

Hay motivo para esperar que el tratamiento de la difteria por el suero de animales inmunes, método cuyo conocimiento debemos á Behring, pondrá los sujetos que á él se sometan al abrigo de esta enfermedad y por tanto de la parálisis diftérica, que es la que particularmente nos concierne. Ehrlich, Kossel y Wassermann, que han continuado las investigaciones de Behring, han hecho uso del suero de cabras artificialmente inmunizadas, y se tiene casi derecho á asegurar que, en los casos tratados desde el principio, la curación es, por decirlo así, cierta. Roux, que desde el mes de Febrero de 1894, en el Hospital de Niños de la *rue de Sèvres* ha practicado inyecciones con suero de animales inmunizados en un gran número de niños atacados de difteria, ha conseguido los mismos resultados; los enfermos sometidos por él á este tratamiento desde el principio de la afección, se han sustraído á los trastornos que la difteria origina, y en particular á la parálisis (comunicación oral) (1).

Es este un método profiláctico que debe ponerse en juego antes que hayan aparecido los fenómenos de parálisis. Sin embargo, si nos hallamos con un sujeto que, no habiendo sido sometido á este método de tratamiento, presenta la parálisis diftérica, será racional inyectarle suero, á fin de neutralizar las toxinas que pudieran existir todavía en su organismo, no siendo imposible llegar así á conjurar el proceso patológico cuando estuviese en evolución.

Si hay razón para sospechar que la sífilis es la causa de la neuritis que se observa, el tratamiento específico mixto deberá ser instituído. Pero, aun admitiendo que el diagnóstico etiológico sea exacto, no se obtendrá necesariamente, ni con mucho, resultados siempre favorables. La sífilis del sistema nervioso central es, como es sabido, rebelde á la terapéutica muchas veces, y otro tanto sucede con la sífilis del sistema nervioso periférico. Hemos visto que la sífilis parece capaz de producir en el sistema nervioso dos clases de lesiones: unas verdaderamente específicas, teniendo la constitución histológica de las lesiones propias de dicha infección y otras triviales, sin ninguno de los caracteres anatómicos especiales, *parasifilíticas*; probablemente sólo sobre las primeras, podrá ejercer el tratamiento específico su influencia curativa.

En un caso de neuritis que se sospeche depende del paludismo, habría ocasión de ensayar las sales de quinina y los preparados arsenicales.

Paréceme útil recordar en este punto, que el arsénico provoca lesiones de la periferia de los nervios; se han publicado varias observaciones de polineuritis imputables al empleo de esta substancia. La enseñanza que de estos hechos se desprende, es que será indispensable, siempre que se prescriba el arsénico á grandes dosis, como se está á menudo obligado á hacer para obtener resultados terapéuticos, vigilar atentamente al enfermo, y suspender la administración del medicamento desde el instante en que aparezca algún síntoma de intolerancia.

Una neuritis de origen reumático, habrá de ser tratada por el salicilato de sosa.

(1) Téngase entendido que este tratamiento carece de acción directa sobre las infeciones secundarias.