

El estornudo, el bostezo, la tos, la risa y el sollozo son otras tantas variedades de espasmos de los músculos de la respiración.

Estos músculos todavía se contraen de un modo espasmódico en ciertas afecciones descritas entre las enfermedades del aparato respiratorio, en el asma y en las diversas disneas, nerviosas y de otras clases. Sin embargo, aquí no debemos estudiar estos trastornos.

CAPÍTULO IV

ANESTESIAS DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS EN PARTICULAR.

La anestesia puede interesar un territorio nervioso distinto; se podrían describir tantas variedades de localización de este síntoma como nervios sensibles. Cada una de estas variedades se subdividiría á su vez en diversas formas, según la intensidad ó la modalidad del síntoma anestesia, ó según los trastornos nerviosos periféricos que se le asociaran. No hay motivo, en este respecto, para escribir tantos artículos distintos. Algunos autores consagran por lo tanto un capítulo particular á la anestesia de ciertos nervios sensitivos importantes, especialmente del trigémino. Con este nombre, anestesia del trigémino, describen al lado del síntoma principal, fenómenos accesorios tales como trastornos motores, vaso-motores y tróficos. Pero aquí, la anestesia sólo tiene de especial su distribución; de otra parte, los síntomas que la acompañan dependen de las neuritis, y su enumeración la colocaremos en la descripción de la neuralgia facial. Para poder comprender qué nervio ó qué rama nerviosa está interesada en un caso dado de anestesia periférica, nos contentaremos con reproducir un esquema que represente las zonas cutáneas por donde se distribuyen los principales nervios. Recordemos que, por virtud del cambio de fibras que los nervios sensibles establecen entre sí, por anastomosis de tronco á tronco, y sobre todo entre sus redes, estos territorios no son tan francamente independientes como se podría creer, según los datos groseros que da la anatomía descriptiva. Esta consideración es aplicable especialmente, como se sabe, á la inervación sensitiva de las extremidades.

Ya sea á propósito de las neuralgias, ya sea á propósito de las parálisis de los diferentes nervios en particular, afecciones en donde los fenómenos anestésicos ó parestésicos se observan á título de síntomas accesorios, utilizaremos los datos topográficos indicados en el esquema de la página anterior (1).

(1) Este esquema está formado según el Atlas du système nerveux de Flower (traducido por Duprat, Masson, editor, Paris).

CAPÍTULO V

NEURALGIAS

I.—Neuralgia en general.

La neuralgia está caracterizada por un dolor situado en el trayecto de los nervios; este dolor es por lo general remitente. Por otra parte, los diversos casos en que se presenta la neuralgia son los más desemejantes; ninguna lesión anatómica, ninguna causa que se encuentre invariablemente en cada uno de ellos; á lo más, se puede suponer en su patogenia un rasgo común que responde á su común carácter clínico. Se dice, y es decir mucho, que la neuralgia no es una entidad morbosa, sino un síndrome. Algunas veces está ligada á lesiones anatómicas muy manifiestas del nervio, en el que se localiza, perteneciendo entonces á la sintomatología de las neuritis. Pero, en otras, no se comprueba alteración visible alguna del sistema nervioso, en tal caso, y hasta nueva orden, se puede considerar la neuralgia como una enfermedad particular; es una neurosis que caracteriza el síndrome neuralgia.

Al lado de la neuralgia-neurosis y de la neuritis-neurálgica ó de la neuralgia-neuritis, se ha ido en busca de otros tipos distintos: neuralgias congestivas, neuralgias esquémicas, etc. Pero como ya diremos de nuevo, estas categorías más bien están fundadas en concepciones teóricas que en hechos.

Los nervios de la vida orgánica también presentan manifestaciones dolorosas. Estas son las verdaderas neuralgias, en el sentido etimológico de la palabra; pero en estos casos los dolores tienen caracteres particulares que no permiten confundirlos, en una descripción común, con las neuralgias de los nervios del sistema cerebro-espinal. Nos ocuparemos exclusivamente de estas últimas.

HISTORIA.—Durante mucho tiempo, las neuralgias fueron confundidas con las más diversas manifestaciones dolorosas. Sólo la neuralgia facial formaba excepción; se halla muy bien descrita en las obras de Areteo.

Cotugno, en una célebre Memoria (1764), distingue la ciática y la neuralgia crural de las otras afecciones dolorosas de la pierna.

Chaussier (Cuadro sinóptico de la neuralgia, 1803) dice que todos los nervios sensibles pueden estar afectados del mismo modo que el ciático y el trigémino, y crea el término general de neuralgia.

Desde entonces, la neuralgia ha sido objeto de numerosas investigaciones. El trabajo de Valleix (1) se halla entre los más importantes. A Valleix corresponde el mérito de haber determinado, en el trayecto de cada uno de los nervios, los puntos de elección para el dolor y de haber analizado cuidadosamente ciertos síntomas.

(1) Traité des Névralgies, Paris, 1841.

Este autor había dado de la neuralgia una descripción uniforme, dejando aparte las diferencias de sitio, según él, la neuralgia se copiaba casi invariablemente de un caso á otro. Laségue en una Memoria que ha formado época (1), se levantó contra esta concepción tan simple; demuestra que la ciática reviste formas variadas; separa la ciática benigna de la grave, distinción aplicable á las demás localizaciones de la neuralgia.

Landouzy (2) admite, con pruebas en su apoyo, que la forma grave de Laségue viene á ser una neuritis crónica.

Varios observadores se han dedicado á dilucidar algunos puntos especiales de la historia de las neuralgias. Hubert-Valleroux y Nothnagel, estudian los trastornos de la sensibilidad cutánea que se asocian á las manifestaciones dolorosas. Romberg critica las conclusiones de Valleix referentes á los puntos dolorosos. Tripier emite consideraciones interesantes referentes á las algias reflejas. Cartaz, inspirándose en las investigaciones de Arloing y Tripier, hace intervenir la sensibilidad recurrente en la explicación de ciertos fenómenos.

En fin, los trabajos de conjunto sobre la neuralgia, contienen en su mayor parte algunos puntos de vista originales sobre diversos puntos de patogenia. Citemos, después de la obra de Valleix, las de van Lair, Anstie, Rigal, el artículo muy documentado de Erb en el *Ziemssen's Handbuch*, los de Hallopeau en el *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, y de Lereboullet en el *Dictionnaire encyclopédique* (3).

ETIOLOGÍA. — Ciertas neuralgias dependen de lesiones bien definidas de los nervios en donde radican y su etiología corresponde por tal motivo á la historia general de las neuritis que no detallaremos en este lugar. De esta clase son las neuralgias producidas por los traumatismos que afectan el tronco nervioso y por procesos inflamatorios neoplásicos desarrollados en su intimidad ó en sus cercanías, comprimiéndole ó invadiéndole. Citemos los neuromas, las producciones sifilíticas, los aneurismas, los exostosis y los más diversos tumores.

Aparte de estas neuralgias ligadas ó una neuritis bien caracterizada, se trata de un proceso que todavía es obscuro y discutido. Como ya veremos, al estudiar su patogenia, son más conocidos los trastornos nerviosos que constituyen su causa próxima; por el contrario, se sabe que ciertas condiciones favorecen ó provocan su desarrollo. Siguiendo la costumbre, distinguiremos estas condiciones en causas predisponentes, que preparan el terreno, y causas ocasionales, que hacen explotar el accidente.

Causas predisponentes. — Las neuralgias son muy excepcionales en el niño, son poco frecuentes en el viejo y afectan preferentemente á los sujetos de mediana edad. La influencia del sexo no está establecida con claridad y, en este respecto, las estadísticas son contradictorias.

Ciertos sujetos adquieren una neuralgia bajo la influencia de la menor causa ocasional. Los neuropatas confirmados, como los histéricos, neurasténicos, etc., ó los simples «desequilibrados» del sistema nervioso, tienen, en este concepto, una receptividad particular. Lo propio sucede con los artríticos, gotosos, y

(1) Considérations sur la sciatique, *Arch. de méd.*, 1864.

(2) De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer. *Arch. de méd.*, 1875.

(3) Véanse estos artículos, para estudiar la bibliografía general de este asunto.

sobre todo, reumáticos. Por fin, la debilidad constitucional, sea cual fuere la procedencia, también crea igualmente esta penosa predisposición; la frecuencia de las neuralgias en las cloróticas ó en los escrofulosos, es de ello un testimonio. Casi siempre estos estados diatésicos, como se les ha llamado, resultan, en parte al menos, taras congénitas; es decir, que la herencia neuropática ó artrítica desempeña un papel importante como condición predisponente.

Causas ocasionales. — Algunas causas generales, más ó menos transitorias, pueden colocarse en este grupo. Toda causa de agotamiento para el organismo y en particular, para el sistema nervioso, se revela de ordinario por neuralgias diversamente localizadas; por ejemplo, una enfermedad orgánica debilitante como el cáncer ó también la fatiga intelectual ó física prolongada. Ciertas infecciones van acompañadas á menudo de neuralgias. Se conoce la neuralgia palúdica; también se sabe que en los sifilíticos la neuralgia no es rara, no solamente en el período terciario, cuando los nervios pueden estar englobados ó comprimidos por las neoplasias especiales, sino que también en el período secundario de la infección. Algunas veces se observan neuralgias al principio de la fiebre tifoidea. Se han atribuido á la verdad excepcionalmente, y tal vez, sin razón suficiente, á algunas intoxicaciones: saturnismo, hidrargirismo, tabaquismo.

Al lado de las causas generales se colocan las que se pueden llamar causas lejanas. Se trata de afecciones localizadas, que se manifiestan por neuralgias en regiones algunas veces muy distantes. Tanto es así, que la herida de un nervio periférico puede provocar una neuralgia del trigémino y la metritis una neuralgia ciática ó intercostal. Las neuralgias así provocadas, se las llama neuralgias reflejas. La blenorragia, la orquitis, obran tal vez siguiendo el mismo mecanismo, si bien se debe preguntar si no es más bien la infección la que figura como causa. La influencia de la menstruación en la producción de las neuralgias ¿es imputable á un proceso reflejo de origen uterino ó á una modificación general del organismo? La cuestión no está resuelta.

SÍNTOMAS. — El dolor es el síntoma esencial; los otros son accesorios y secundarios.

Dolor. — El dolor está situado en el trayecto de los nervios. Ordinariamente existe un dolor continuo, sobre el cual se ingertan dolores paroxísticos más violentos; de otro modo, el dolor de la neuralgia es remitente. Algunas veces falta el elemento continuo y el dolor es intermitente.

Los paroxismos ó exacerbaciones dolorosas se presentan en formas de accesos, que duran de algunos minutos á algunas horas. A veces son soportables, pero más á menudo son intensos en alto grado. Un dolor violento se presenta de repente en uno ó varios puntos á la vez; de aquí, rápida y bruscamente, se irradia en diversas direcciones, tan pronto remontándose á lo largo del nervio sobre el cual asienta, tan pronto y más á menudo dirigiéndose hacia la periferia, como si se esparciera por los ramos nerviosos. Los enfermos lo comparan al que produciría una cuchillada que hiriera las partes blandas, á un punzón que se hundiera en los huesos, á una quemadura, á una mordedura ó á una descarga eléctrica violenta. A menudo, sobre todo cuando es muy intenso, el dolor se irradia por las ramas nerviosas más próximas ó hasta por los nervios más distantes. El dolor pasa por alternativas de crecimiento y de disminu-

ción; en las fases de gran agudeza, arranca gritos á los más sufridos. Hecho interesante: no es raro que una presión enérgica, sobre todo cuando se ha ejercido gradualmente, le calme, mientras que una presión ligera le exaspera; también se ven algunos enfermos que se comprimen con la mano la región dolorosa. Algunos se friccionan enérgicamente con el deseo, casi nunca conseguido, de atenuarlos.

Los accesos pueden estallar sin causa conocida; á menudo es despertado el enfermo por ciertas causas ocasionales, cuya funesta influencia varía algo según los sujetos. La impresión del frío, una presión, aun cuando sea ligera, un movimiento, un simple frote y algunas veces una emoción, son suficientes para provocar la crisis. En algunos casos, la repetición de los accesos tiene una notable periodicidad, presentándose á días y á horas fijas.

El dolor *continuo*, que casi siempre existe en el intervalo de los accesos, es relativamente benigno, pero su misma persistencia le hace penoso y molesto.

Ciertos puntos situados en el trayecto de los nervios, son particularmente dolorosos: por una parte, en su trayecto es en donde el dolor continuo es más marcado y en donde la presión lo hace más agudo; y por otra parte, en estos puntos es en donde residen los principales focos del dolor paroxístico. Valleix dió á estos *puntos dolorosos* extraordinaria importancia y llegó á determinarlos para cada uno de los nervios. A la verdad, no son tales puntos, sino más bien pequeños círculos que miden de 1 á 2 centímetros de diámetro, que se hallan escalonados en el trayecto de las ramas nerviosas. Su localización obedece á leyes que Valleix ha formulado; se encuentran: 1.º, en el punto de emergencia de los centros nerviosos; 2.º, en los puntos en donde un filete nervioso atraviesa los músculos para ganar la piel; 3.º, en los puntos en donde se disocian por la piel las ramas terminales; 4.º, en los puntos en que se hace muy superficial el tronco nervioso; 5.º, en fin, Trousseau añade el punto apofisario, en las apófisis espinosas correspondientes á las raíces del nervio afectado. Los puntos dolorosos distan mucho de tener la constancia y el rigor de localización que Valleix les había asignado; en efecto, en muchos casos de neuralgia faltan, y á menudo el dolor continuo se manifiesta en el trayecto del nervio en el intervalo de estos puntos. Hechas estas reservas, se debe reconocer, á pesar de lo que ha dicho Romberg, que las determinaciones de Valleix se observan la mayor parte de las veces.

Debemos indicar sumariamente las principales teorías emitidas para dar cuenta de los caracteres esenciales del dolor neurálgico, ya sea continuo, ya sea paroxístico. El dolor despertado por la presión en el trayecto de un nervio y subjetivamente referido al mismo lugar en donde la presión se ejerce, no se explica fácilmente. ¿Es debido á la compresión de las fibras contenidas en el nervio enfermo? Esto parece estar en contradicción con una ley fisiológica, que Hallopeau recuerda con razón, ley según la cual las sensaciones provocadas por la excitación de las fibras sensitivas siempre son referidas subjetivamente á sus extremidades periféricas. Esta misma consideración hace poco verosímil la hipótesis de Benedikt, que atribuye los puntos dolorosos á alteraciones vasomotoras, y la de Lender, que admite, contrariamente á toda probabilidad, que estos puntos sólo representan las partes enfermas del nervio. Cartaz, fundándose en las investigaciones de Arloing y Tripier, propone atribuir los puntos

dolorosos á la presencia de fibras recurrentes que se agotan precisamente en estos puntos, en el neurilema, periostio y partes blandas próximas. En fin, Hallopeau atribuye el dolor á la compresión ejercida en los *nervi nervorum*, que participan de la alteración del nervio, al cual se distribuyen y del cual emanan; se concibe que esta compresión obre al máximo en las regiones en que el nervio ocupe una situación más superficial, y sea, por tal razón, más accesible.

El carácter intermitente del dolor neurálgico se explica por la ley del agotamiento de las acciones nerviosas (Jaccoud).

En cuanto á las irradiaciones dolorosas, como ya hemos visto, parecen resultar de la propagación de las excitaciones á través de la substancia gris medular. Sin embargo, Cartaz interpreta ciertas irradiaciones de un modo diferente: para él, son debidas á que en el nervio enfermo existen filetes recurrentes que proceden de los territorios nerviosos próximos; la propagación dolorosa de un nervio á otro se verifica por las anastomosis periféricas y no por las anastomosis intra-medulares.

Síntomas accesorios. — Al dolor pueden juntársele otros síntomas más ó menos frecuentes: trastornos *sensitivos*, *motores*, *vaso-motores*, *secretorios* y *tróficos*.

La *sensibilidad cutánea* está muy á menudo modificada en el dominio del nervio afectado: tan pronto se observa hiperestesia como anestesia. En el primer caso, la sensibilidad del tegumento está exaltada en todas sus formas: el calor, el frío y el contacto se sienten con más intensidad, y el menor roce es doloroso. En el segundo, se observa una abolición, más á menudo disminución de estas diversas percepciones; algunas veces es percibida una picadura, cuando el contacto no lo es. Que se trate de hiperestesia ó de anestesia, es raro que la alteración sensitiva se extienda en superficie; á menudo se circunscribe en islotes múltiples, cuyo diámetro no suele exceder de 1 centímetro, y en el intervalo de los cuales es normal la sensibilidad. Se han propuesto diversas explicaciones de estos fenómenos. La hiperestesia se ha atribuído á la excitación de las fibras nerviosas y la anestesia á su parálisis. Erb explica la primera por la vaso-dilatación, y la segunda por la vaso-constricción. Nothnagel invoca, en el primer caso, una disminución en la resistencia que la substancia gris medular opone á la conducción de las excitaciones, y en el segundo caso, una parálisis de esta misma substancia gris. Hallopeau admite que la excitación de la substancia gris medular por el dolor neurálgico provoca unas veces una exaltación y otras una especie de inhibición de la actividad funcional. Algunas veces, en lugar de quedar circunscritos estos efectos sobre la médula, se extienden á toda una mitad del órgano, y de ahí la hemi-anestesia ó la hemi-hiperestesia que, en algunos casos exentos de histerismo, se han observado.

Las *trastornos motores*, así como los sensitivos, están representados por fenómenos de excitación ó por fenómenos de parálisis, más raros éstos que aquéllos. Los primeros consisten en pequeñas sacudidas que se producen durante los accesos en los músculos de la región interesada; algunas veces las convulsiones son tetánicas; contracturas ó calambres dolorosos. Estos fenómenos se observan principalmente en la neuralgia del trigémino, que entonces toma el nombre de tic doloroso de la cara. Cuando la neuralgia corresponde á

un nervio mixto, se puede suponer que estos desórdenes son debidos á una alteración de los filetes motores ; pero cuando los músculos afectados son tributarios de un nervio motor distinto, es necesario admitir que se trata de un proceso reflejo. Habría en tal caso una exaltación funcional de la substancia gris motora. Como que los fenómenos convulsivos sobreviven algunas veces mucho tiempo después de los fenómenos dolorosos, se deduce que esta modificación medular puede llegar á ser permanente. Algunas otras veces acompañan á la neuralgia fenómenos espasmódicos muy pronunciados ; Brissaud ha insistido recientemente sobre este punto á propósito de la ciática, describiendo con el nombre de ciática espasmódica una variedad que se caracteriza por la exageración del reflejo rotuliano, por el fenómeno del pie y por contracturas musculares. La intervención de un proceso medular en las causas de este género es innegable.

Los trastornos *paralíticos* pertenecen á las neuralgias por neuritis y reconocen por causa una alteración simultánea de los filetes motores y de los filetes sensitivos contenidos en el nervio enfermo. Sin embargo, se han observado parálisis óculo-motoras asociadas á neuralgias del trigémino. ¿Se trata de fenómenos de inhibición medular? Más legítimo sería, tal vez, suponer una neuritis múltiple.

Se observan á menudo en el curso de los accesos trastornos de la vascularización local ; han sido muy notables, sobre todo, en las neuralgias faciales. Al principio de los accesos se ve de ordinario palidecer y enfriarse la piel, y después, al cabo de cierto tiempo, ponerse roja y caliente al propio tiempo que laten con fuerza las arterias superficiales de la región. La naturaleza *vaso-motoras* de estos fenómenos no tienen duda, pero ¿se trata de una acción ejercida directamente sobre el nervio enfermo, sobre los filetes vaso-motores que éste contiene, ó se trata, por el contrario, de un efecto reflejo, debido á la acción de las excitaciones dolorosas sobre los centros vaso-motores? La cuestión no está resuelta. Se admite más bien la segunda hipótesis, fundándose en la intermitencia de los fenómenos. Sin embargo, haremos observar que en los experimentos, se ve ordinariamente que las reacciones vaso-motoras producidas por la excitación de un nervio sensible, toman un carácter difuso y no se localizan en una sola región y de un solo lado. Nosotros más bien creeríamos en los efectos vaso-motores directos, provocados al mismo tiempo que el dolor (y no consecutivamente á este último) por el proceso local que determina el acceso, proceso periférico ó medular, según la teoría que se adopte. Por lo demás, la vaso-constricción observada es, evidentemente, un fenómeno activo ; en cuanto á la dilatación vascular, no se puede decidir si es activa ó paralítica.

Además de las modificaciones circulatorias locales, se producen, sin duda durante el acceso, *modificaciones de la circulación general*, análogas á las que se observan en los experimentos de fisiología después de las excitaciones dolorosas, y que Fr. Franck, en particular, ha estudiado. Se ha notado un amorfinamiento de la acción cardíaca, debido, probablemente en parte, á una excitación refleja del nervio vago, pero que también depende, sin duda, de las variaciones de la tensión arterial. Es en efecto cierto, que los fenómenos dolorosos repercuten sobre todo el sistema vaso-motor é influyen por esto sobre la tensión san-

guínea (1). Probablemente al aumento de esta última débese atribuir la abundante secreción de orina que determinan algunas veces los accesos ; esta poliuria ha sido señalada principalmente en la neuralgia ciática (Debove y Renaud). A menudo acompañan á los trastornos motores, *trastornos de secreción*. Pero no siempre están asociados y, por consiguiente, no están directamente subordinados. En la neuralgia facial se observa ptialismo, lagrimeo y secreción nasal ; en todas las neuralgias pueden aparecer alteraciones de la secreción sudorípara. Con más frecuencia se trata de una exageración de las secreciones, pero algunas veces sucede lo contrario. Estos fenómenos admiten las mismas interpretaciones que los fenómenos vaso-motores señalados anteriormente.

Ciertas neuralgias van acompañadas de *trastornos tróficos* diversos. El edema local no es raro ; en parte, se le puede atribuir á los trastornos vaso-motores y en parte también á los trastornos tróficos de los tejidos. Las inflamaciones señaladas como consecuencias de algunas neuralgias, probablemente se considerarían hoy día como infecciones localizadas, por haberles tal vez preparado la neuralgia un terreno propicio. Se han observado diversas erupciones, ulceraciones de la piel, y, de un modo general, todos los trastornos tróficos propios de las neuritis : «glossy-skid» decoloración de los cabellos, caída de las uñas, etc. En verdad, que en semejante caso parece que siempre debe haber una lesión nerviosa bien caracterizada, y desde luego, no nos ocuparemos de estos hechos, cuya descripción corresponde muy especialmente al capítulo de la *neuritis periférica*. Lo propio diremos del zona tan á menudo ligado á los síntomas de neuralgia.

La *atrofia muscular* observada en el dominio de los nervios mixtos afectados de neuralgia, también se explica por la neuritis que altera las fibras nerviosas motoras. Es posible, sin embargo, que se produzca en ciertos casos por repercutir la afeción dolorosa sobre los cuernos anteriores de la médula, representando, dicho de otro modo, una amiotrofia refleja parecida á las amiotrofias de origen articular.

Las neuralgias de larga duración siempre van acompañadas de una alteración de la *salud general*. El enfermo, como puede comprenderse, se pone triste é irritable ; algunas veces se desarrollan graves desórdenes intelectuales ; el paciente, acaba por buscar en el suicidio el término de sus males. La pérdida del apetito, la extenuación causada por el dolor y por el insomnio, pueden provocar una debilidad progresiva que termina en una verdadera caquexia.

MARCA. — FORMAS. — La evolución de la neuralgia varía con los casos. Como lo ha demostrado Lasègue á propósito de la ciática, se deben distinguir dos formas clínicas muy diferentes : la forma benigna y la grave. Landouzy ha demostrado que la forma grave depende de una neuritis, pero no se puede invertir la oración y afirmar que la neuralgia por neuritis sea fatalmente una neuralgia grave. Lo que cabe decir, es que la neuralgia sin lesión apreciable del nervio, lo que se denomina, tal vez provisionalmente, neuralgia esencial ó neuralgia-neurosis, siempre es relativamente benigna, mientras que la neural-

(1) Podemos preguntar si las oscilaciones de la presión arterial no tienen, á su vez, cierta influencia en los fenómenos dolorosos. No es raro que cada latido arterial se revele por una ligera recrudescencia del dolor. ¿No podrían también ejercer alguna acción las variaciones rítmicas ó irregulares de la presión sanguínea general?