

afectado consecutivamente el sétimo par, como lo estaba el tercero, en los que ha referido Marchal, de Calvi.

Por lo comun precede á la parálisis del sentimiento una *exaltacion de la sensibilidad*, y hé aquí cómo espone Jobert la sucesion de los síntomas. «En todos los casos, dice, en que he observado el quinto par comprimido por tumores desarrollados en el cráneo, su sensibilidad estaba exaltada, hasta que llegando á ser mas fuerte la compresion, y habiendo depositado la inflamacion sus productos en el espesor del nervio hasta el punto de privar á las partes de sus funciones, la *piel* y la *mucosa de la boca* se pusieron completamente *insensibles* y perdieron la facultad de distinguir las variaciones de temperatura y de apreciar la forma de los cuerpos. En esta época ha sido cuando la *cara* ha perdido su espresion, las *membranas presentan fenómenos de reblandecimiento*, la *córnea se pone opaca* y el *ojo concluye por vaciarse*; el *músculo bucinador ha perdido de su energia*, los *elevadores de la mandíbula están paralizados*, y la *boca se abre involuntariamente*...

«En un hombre, añade Jobert, que habia sucumbido á consecuencia de una afeccion cerebral, halló Serres un *reblandecimiento del origen del quinto par* que se habia vuelto amarillento y gelatinoso. En este enfermo, que estaba epiléptico, hubo *oftalmia*, *insensibilidad de la conjuntiva*, *de la ventana de la nariz* y *de la parte correspondiente de la lengua*.»

Advertiremos nuevamente que entre estos fenómenos hay algunos, tales como la debilidad del bucinador, que dependen de una complicacion.

El tratamiento que indican los autores es el mismo que se emplea contra la *parálisis del sétimo par*, y por consiguiente, remitimos al lector al artículo destinado á esta última enfermedad, indicando no obstante, que sería útil no ceñirse á semejante opinion, porque teniendo los dos pares de nervios diferentes funciones, es lícito suponer que para restablecer estas funciones cuando estén alteradas, pueden muy bien necesitarse distintos medios en los diversos casos.

CAPÍTULO III.

NEUROSIS DE LA MOTILIDAD.

Lo mismo que en las neurosis de sensibilidad, encontraremos tambien trastornos con exaltacion (*hipercinesis*, ὑπερ κίνησις, movimiento), con abolicion ó perversion (*acenesis*, α priv.). Estos desórdenes constituyen dos clases distintas: en la primera colocaremos las

convulsiones, las *contracturas*, los *espasmos* y en la segunda las *parálisis parciales ó generales*.

A. *Primera clase*.—Los caractéres principales de este grupo son: 1.º el estado del trastorno ó de contraccion morbosa de los músculos de la vida de relacion, la *convulsion* propiamente dicha; 2.º el *espasmo*, convulsion de los músculos de la vida vegetativa. Esta distincion fundada en una base fisiológica, sería insuficiente si no añadiesemos otros caractéres deducidos de la duracion misma de la convulsion y de las influencias etiológicas bajo las cuales se produce.

Las convulsiones se llaman *tónicas*, cuando la rigidez muscular dura un tiempo bastante largo; en otros términos, es la *contractura*, el tonismo de que es el tipo el *tétanos*. Las convulsiones se dicen *clónicas*, cuando se suceden rápidas alternativas de contraccion y relajacion como en la córea.

Su estension permite distinguir las en parciales ó generales; tambien se llaman *externas* ó *internas*. El nombre de espasmos se reserva mas especialmente para las convulsiones internas; siendo mucho mas comun la forma tónica que la clónica; y estas últimas pueden ocasionar rápidamente la muerte, cuando invaden órganos cuya funcion es esencial á la vida, tales como la laringe, el diafragma, ó el corazon (1).

En este capítulo no nos hemos de ocupar de las convulsiones sintomáticas, porque su descripcion se refiere al estudio de las afecciones, de las cuales dependen; así es que solo se describirán las convulsiones idiopáticas, á las cuales pasaremos revista sucesivamente, y son: las *contracturas idiopáticas*, los *calambres ordinarios* y el *calambre de los escribientes*, las *convulsiones idiopáticas de la cara*, el *temblor nervioso*, el *tétanos* y la *hidrofobia no rabífica*. Hemos reservado un capítulo especial para las neurosis complejas, en las cuales están perturbadas á la vez la inteligencia, la sensibilidad y la motilidad, estando esclusivamente consagrado á los desórdenes que á pesar de estar pocas veces aislados, no tienen, sin embargo, el carácter de generalizacion de las precedentes y no ofrecen ni la movilidad, ni los aspectos diversos. Por este motivo, estas neurosis parciales de movimiento, merecen un sitio á parte.

B. *Segunda clase*.—Lo mismo que para las convulsiones, solo tendremos que dar á conocer en este capítulo las parálisis idiopáticas y simpáticas, porque las demás se hallan incluidas en la descripcion general de las lesiones del encéfalo. Pueden ser parciales ó generales; no obstante, debemos decir que la distincion no siempre es tan clara y tan determinada que me parezca haga aceptar la division que adoptamos. La parálisis general propiamente dicha, con ó sin enagenacion mental, depende hasta cierto punto de la clase de las parálisis sintomáticas; pero forma una especie morbosa tan distin-

(1) Monneret, *Traité de pathol. gén.* Paris, 1857, t. I, p. 463 y siguientes.
VALLEIX.—TOMO I.

ta (1) con trastornos tan constantes y tan claros de la inteligencia, del movimiento voluntario y de la sensibilidad, que no podemos colocarla en otra parte que entre las neurosis. Esta segunda parte del capítulo se consagrará á la *parálisis del tercero* y del *sexto par*, la *parálisis del párpado*, la del *músculo serrato*, la *parálisis del sétimo par*, la *parálisis esencial en los niños*, y la *parálisis general*. Por último, completarán este cuadro la *apoplejia nerviosa* y la *parálisis nerviosa*.

ARTÍCULO PRIMERO.

CONTRACTURA IDIOPÁTICA.

La contractura *idiopática* es una neurosis convulsiva de la infancia que se observa algunas veces en el adulto.

Los autores modernos han dado á esta afección el nombre de *contractura de las extremidades*, porque estos son los puntos en que se presenta constantemente; pero por la descripción en que vamos á entrar, se verá que no siempre se limita á este síntoma, sino que pueden participar del desórden de la motilidad otras partes, tales como los músculos de la mandíbula y del tronco, y además, resulta de los hechos, que esta afección no es una enfermedad local. Por consiguiente, creemos preferible designarla con el nombre de *contractura idiopática*, que ya han empleado Tessier y Hermel.

El primero que la ha descrito en el adulto, fué Dance (2), con el nombre de *tétanos intermitente*. A esta Memoria sucedieron las de Tonnellé (3), Constant (4), Murdoch (5), De la Berge, (6). Tessier y Hermel han referido muchos casos que observaron en el Hotel-Dieu (7). En la misma época, Trousseau recogía observaciones en su servicio del hospital Necker, sobre las cuales dió algunas lecciones clínicas. Con esta ocasion señalaremos las excelentes páginas que ha consagrado despues á esta enfermedad en su libro (8), del cual

(1) Parchappe, *De la folie paralytique et du rapport de l'atrophie du cerveau à la degradation de l'intelligence dans la folie*. Paris, 1859. — Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859. Voy. Bibliographie de l'art. PARALISIE GÉNÉRALE.

(2) Dance, *Observations sur une espèce de tétanos intermittent* (*Archives générales de médecine*, 1831.)

(3) Tonnellé, *Mémoire sur une nouvelle maladie convulsive des enfants* (*Gazette médicale de Paris*, t. III, núm. 1, 1832).

(4) Constant, *Observations et réflexions sur les contractures essentielles* (*Gazette médicale de Paris*, 1832, p. 80; *Bulletin de thérapeutique*, 1835).

(5) Murdoch, *Considérations sur les rétractions musculaires et spasmodiques* (*Journal hebdomadaire*, t. VII, 1832, p. 417).

(6) De la Berge, *Note sur certaines rétractions musculaires de courte durée, etc.* (*Journal hebdomadaire des progrès, etc.*, t. IV, 1835).

(7) Tessier y Hermel, *De la contracture et de la paralysie idiopathique chez l'adulte*, Mayo y Junio, 1843.

(8) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 144.

sacaremos algunas noticias. Delpech resumió con talento los trabajos anteriores, y añadió hechos nuevos á los hasta entonces conocidos (1). Algunos meses antes, Imbert-Gourbeyre tomaba esta enfermedad por asunto de una disertacion inaugural (2). Tomando el mismo asunto, en 1852 Luciano Corvisart, proponia reemplazar el nombre de *contractura de las extremidades* con el de *tetania* (3). Con motivo de una epidemia que en 1855 se ha presentado en París, lo mismo en el adulto que en los niños, las comunicaciones dirigidas por Aran y por Barthez á la Sociedad médica de los hospitales de París, fueron un punto de partida de una interesante discusion. En una época mas reciente, Rabaud exponia en una tesis (4) el resultado de sus investigaciones y caia en una sensible confusion, comprendiendo bajo un mismo titulo todas las especies de contracturas.

Nos falta aún señalar las obras especiales de Rilliet y Barthez, Bouchut (5) y Barrier, en las cuales se ha tratado de la contractura idiopática.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Lo que particularmente caracteriza la afección de que nos estamos ocupando, es la flexion involuntaria de los dedos de las manos y de los pies. Rilliet y Barthez la dividen en primitiva, simpática y sintomática, cuya última especie solo debe mencionarse al hablar de las enfermedades en que se presenta, y de las otras dos debemos ocuparnos aquí, particularmente de la primera.

Los diferentes nombres con los cuales se conoce esta enfermedad, son los siguientes: *tétanos intermitentes* (Dance), *espasmos musculares idiopáticos* (Delpech), *tetania* (Luc. Corvisart, Trousseau), *contractura de las extremidades* y *contractura idiopática*.

La contractura de las extremidades no es una enfermedad muy frecuente; sin embargo, se la observa con mucha mas frecuencia en el día que en años anteriores, quizá porque se la conoce mejor. Se han notado epidemias de contractura: un número bastante considerable de casos de este género se han observado en París por los años de 1842, 1843 y 1855, y en 1846 parece haber reinado en Bélgica una verdadera epidemia de contractura.

(1) Delpech, *Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle*, thèse, Paris 1846.

(2) Imbert-Gourbeyre, *Contracture des extrémités* thèse de doctorat, 7 de Febrero 1844. — *Recherches pour servir à l'histoire de la contracture des extrémités*, Paris, 1862.

(3) Lucien Corvisart, *De la contracture des extrémités, ou tétanie*, thèse de doctorat en médecine, Paris, 11 de Agosto, 1852, núm. 223.

(4) Rabaud, *Recherches sur l'histoire et les causes des contractures des extrémités*, thèse de doctorat, Paris, 1857.

(5) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*, Paris, 1862, p. 106.

Sitio.—La contractura ocupa el mayor número de veces los miembros superiores y menos veces los inferiores; observándose, que por lo general, los dos miembros simétricos eran atacados al mismo tiempo. No obstante, existen casos en los cuales es acometido un solo miembro y otros mas raros, en donde la contractura ocupa una mitad lateral del cuerpo. Los músculos en los cuales tiene su asiento la contractura, ¿son solo los flexores ó los extensores? Las mas de las veces los miembros están en una flexion forzada, lo que es debido á la fuerza predominante de los flexores; pero los extensores están al mismo tiempo contraídos, y lo prueba una resistencia marcada á permitir se le comuniquen movimientos artificiales.

§ II.—Causas.

Edad.—Las observaciones recogidas hasta la fecha, demuestran que la contractura es mas frecuente en los niños, en especial de uno á tres años. La estadística de Luciano Corvisart manifiesta que esta enfermedad puede observarse en la edad adulta y tambien en la segunda mitad de la vida. Este autor ha visto diez y seis casos, de diez y siete á veintiun años, uno á treinta y seis años, uno á cuarenta y seis años, dos á cuarenta y ocho años, uno á cincuenta y dos años y uno á sesenta años.

Sexo.—El sexo no parece influir de una manera marcada sobre la produccion de la enfermedad, fuera de las condiciones de la niñez (Trousseau y Delpech).

Se ha procurado esplicar la enfermedad por influencias profesionales, pero no se ha llegado en este punto á ninguna nocion precisa. Se ha invocado igualmente la influencia de las estaciones y principalmente la del frío, con tanta mas razon, cuanto que algunos autores refieren la enfermedad, próxima ó remotamente al reumatismo. En efecto, se ha observado muchas veces esta enfermedad en la estacion del frío; á pesar de esto, faltan hechos para establecer determinadamente la influencia de esta causa.

Se ha visto que la contractura se presentaba con bastante frecuencia en la convalecencia de las fiebres ó de las flegmasías, y en especial á consecuencia de la fiebre tifoidea.

§ III.—Síntomas.

La *invasión* es por lo comun graduada, pero algunas veces se ha visto aparecer de repente la enfermedad. Por lo regular preceden *prodromos* á los síntomas característicos, y consisten en los fenómenos siguientes: malestar, quebrantamiento de miembros, cansancio, cefalalgia y vértigos.

La *contractura* no es por lo comun el primer síntoma que anuncia el trastorno de la motilidad, ya se considere la enfermedad en general ó solo los accesos que presenta. En efecto, se nota primero entorpecimiento, dificultad en los movimientos y una tension dolorosa; y despues viene la rigidez y la contractura, que se apodera principalmente de los dedos de las manos y de los pies, y que invade el resto de los miembros.

«En las extremidades superiores, dice Trousseau, el pulgar es arrastrado enérgicamente hácia la adducion forzada; los dedos, apretados los unos contra los otros, se doblan á medias sobre él, verificándose el movimiento de flexion en la articulacion metacarpo-falangeana solamente. La mano, cuya palma se ahueca por la aproximacion de sus dos bordes externo é interno, afecta entonces la forma de un cono, ó la que toma la mano del comadron cuando quiere introducirla en la vagina.» Esta forma es característica. En algunos casos menos frecuentes, hay una flexion tal de los dedos, que las uñas se imprimen sobre la piel y llegan hasta producir escaras (Hérard).

«En los miembros inferiores, los dedos se doblan bajo la planta de los piés, apretándose los unos contra los otros y colocándose el pulgar debajo de ellos; la cara plantar se ahueca de una manera análoga á la mano, mientras que la cara dorsal se arquea vigorosamente y al mismo tiempo el talon es llevado hácia arriba por la contraccion de los músculos posteriores de la pierna, estendiéndose esta sobre el muslo, y el muslo sobre la pelvis» (1).

La presion circular ejercida sobre el miembro afectado, causa dolor y aumenta la contractura; hecho que ha señalado Trousseau (2). Este profesor ha demostrado, además, que la presion circular podía volver el miembro al estado de contractura y provocar el acceso. La esplicacion fisiológica mas satisfactoria es, que la presion detiene y condensa la sangre negra, la cual es excitador de los músculos. De cualquiera manera que sea, el hecho es digno de interés y merece estudiarse.

Los músculos de los miembros contraídos de este modo, están duros y sus tendones prominentes. En un caso que he tenido ocasion de observar, he notado un *temblor* manifiesto de las estremidades superiores, principalmente en los momentos de exacerbacion de la enfermedad. Por lo comun no se ha hecho mencion de este síntoma.

La rigidez no afecta solo á los músculos de las estremidades, y en algunos de los enfermos que observó Dance se noto el *trismo* y la contractura de los músculos abdominales, y en un caso se observó una rigidez de los músculos posteriores del tronco semejante al *opistótonos*. En este sugeto habia al mismo tiempo sacudimientos convulsivos, lo mismo que en el verdadero tétanos.

(1) Trousseau, *op. cit.*, p. 149, 150.

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.^a edic. t. II, art. TETANIA.

Rilliet y Barthez han observado muchas veces *convulsiones* en los niños á los tres ó cuatro dias despues de haberse presentado la rigidez.

En cierto número de casos se ha notado, al mismo tiempo que estos desórdenes de la motilidad, que la *sensibilidad* de las partes enfermas estaba notablemente obtusa, pero nunca se han hallado estas completamente insensibles.

Es raro que las extremidades que ocupa la contractura presenten alteracion alguna aparente; sin embargo, se han citado casos en que ha habido *rubicundez* y algun *edema* al nivel de las articulaciones.

La *cefalalgia* y los *vértigos*, de que hemos hecho mencion entre los prodromos, continúan á veces durante todo el curso de la enfermedad, aun cuando no es lo que sucede con mas frecuencia. No se observa delirio, pero en algunos casos hay cierta especie de *estupor*, cuando la afeccion es intensa, y sobre todo durante los accesos.

Cuando la enfermedad permanece limitada á las extremidades, no hay síntomas generales bien notables; pero si, como en muchos de los casos que refiere Dance, la afeccion es mas general, se observa, principalmente en el momento de las accesiones, una grande *ansiedad*, una dificultad manifiesta de la respiracion, su aceleracion y la sufocacion. La ansiedad y los dolores son á veces tan fuertes, que los enfermos exhalan quejidos y á veces hasta dan gritos.

La *cara* está generalmente pálida ó natural; pero en el momento de los accesos, y cuando estos son intensos, se pone á intervalos muy colorada, lo cual anuncia la aparicion de los dolores.

La *piel*, natural ó ligeramente húmeda, se cubre de sudor al fin de los accesos violentos.

Las *vias digestivas* apenas presentan mas que una disminucion mayor ó menor del apetito.

No es comun observar fiebre cuando la rigidez es poco estensa; pero en los casos en que está generalizada, hay movimiento febril que llega á veces hasta el punto de que el *pulso* tiene una frecuencia desmedida, sirviéndonos de la espresion de Dance, lo cual ha movido á este autor á dar á la enfermedad el nombre de *fiebre intermitente tetánica*, y á colocarla entre las fiebres perniciosas. Mas lo que acabamos de decir de la poca constancia de este fenómeno, prueba que esta opinion no está fundada en los hechos mas comunes.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Todos los autores, y principalmente Dance y el doctor Imbert Goubeyre, han hablado con detencion de la existencia de los *accesos* que dan á la enfermedad el carácter *intermitente*. En los casos que ha observado Dance, los enfermos habian experimentado mas ó menos tiempo antes de entrar en el hospital (dos, tres y cuatro meses),

varios ataques ligeros de esta afeccion. «Eran, dice este autor, accesos débiles y de corta duracion, que no guardaban en su aparicion ningun periodo fijo, caracterizados por rigideces que ocupaban momentáneamente las extremidades, y luego cesaban espontáneamente en estas partes. Pero mas tarde estos accesos han ido redoblando en intensidad, afectando un tipo mas regular (cotidiano en un caso, tercianario en otro y simplemente remitente en los demás), y estaban además, acompañados de síntomas febriles análogos á los de una fiebre intermitente, esceptuando no obstante el estadio de frio, que por lo general era pequeño ó faltaba del todo.» Esta intermitencia merece gran consideracion, porque ya veremos en el párrafo del tratamiento, que en un caso que ha observado Tessier, se ha sacado de esta circunstancia una indicacion útil.

Es raro que la enfermedad se componga de un solo acceso; es mas frecuente observar cuatro ó cinco en un espacio variable, por lo comun en quince dias. El acceso mismo dura algunos minutos, algunas horas y á veces uno ó dos dias. Se observan casos en los cuales los accesos son innumerables, indefinidos y que apenas duran; en estos casos la enfermedad tiene una duracion bastante larga.

Acabamos de ver que la *duracion* de la enfermedad puede ser larga, porque en los casos que cita Dance, debe referirse su invasion á los primeros ataques pasajeros. En muchos enfermos es mas corta, pero es raro que no dure cierto número de dias.

La *terminacion* es por lo comun favorable, y así se ven casos en apariencia los mas graves, que terminan por la curacion, sin usar ningun medio activo, como lo hace notar Dance; pero se han citado algunos hechos que terminaron por la muerte, como luego se verá.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En la afeccion que nos ocupa se han observado *lesiones anatómicas*, que aparecen de un modo constante. Grissolle halló en un caso un reblandecimiento de la médula, y en otro encontró Imbert-Goubeyre inyeccion y hasta equimosis de la superficie convexa del cerebro, reblandecimiento del ensanche braquial de la médula y un tinte rosado de la cola de caballo; pero estas lesiones son muy poco constantes para que puedan considerarse como esenciales, y así es que por ahora se debe mirar á la enfermedad, con la mayoría de los autores, como dependiente de un trastorno funcional.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La contractura idiopática se distingue del *tétanos*, en los casos mas intensos, por su intermitencia tan notable, y cuando el mal reside solo en las extremidades, no hay lugar á confusion. Se ha creído que

podiera tomarse por el *ergotismo convulsivo* descrito por los autores alemanes; pero se ha hecho notar con razon, que la multiplicidad de sus sintomas, su estrema violencia y el carácter epidémico que se observa en esta última afeccion, bastan para evitar el error. En cuanto á la *acrodinia*, no presenta como síntoma ordinario la rigidez de las estremidades, lo cual es un signo diagnóstico suficiente.

Pronóstico.—La enfermedad es en general poco grave; en efecto, segun Riliet y Barthez, la muerte es el resultado por lo comun de complicaciones de naturaleza diversa. Sin embargo, ha habido casos en que la afeccion terminó por la muerte sin estar complicada. No se ha hecho mencion de ningun fenómeno particular, si se exceptúan tal vez las convulsiones en los niños, que indique una intensidad mayor de la afeccion.

§ VII.—Tratamiento.

Se han ensayado contra la rigidez idiopática las *emisiones sanguíneas*; pero en los dos casos que cita Dance en que se han usado, han sido inútiles (*loc. cit.*, pág. 204). Sin embargo, muchos autores y especialmente Trousseau, dicen que la sangría es ventajosa.

Por lo comun se contentan los prácticos con emplear algunos calmantes (*ópío, belladona, etc.*). Relativamente al ópío, hace notar Grissolle que quizá no se ha dado á dosis bastante alta, porque es raro que se hayan administrado mas de 15 centígramos (3 granos) en las veinticuatro horas á los adultos. Convendria ensayar este medicamento á altas dosis.

Riliet y Barthez aconsejan principalmente los *antiespasmódicos*, y así recomiendan las fricciones con el *éter*, la *tintura etérea de la digital* y el *aceite alcanforado*; pero al contrario de lo que acostumbra, no aducen para demostrar su eficacia, la autoridad de los hechos. Tambien se han administrado los antiespasmódicos al *interior*, y los autores que acabamos de indicar aconsejan particularmente el *óxido de zinc unido al beleño*, como en los casos de neuralgia; pero las reflexiones anteriores son aplicables tambien al uso de este medicamento.

Martin Solon (1) ha usado con buen éxito el *cloroformo* al exterior contra una rigidez muscular que consideraba como *reumática*, mandando hacer unciones tres veces al día á las partes contraídas con el linimento siguiente:

R. Cloroformo..... } aa partes iguales.
Aceite de almendras dulces..... }

(1) Martin Solon, *Emploi du chloroforme en frictions contre la contracture musculaire* (*Bulletin général de thérapeutique*, Julio 1849).

Se han aconsejado los *ferruginosos* y un *buen régimen*. (Constant) en los casos en que la constitucion es débil: en estas circunstancias, parece que deben ser útiles los *tónicos* y en particular la *quina*.

En un caso que refiere Dance, dice que le han parecido ventajosos los *baños generales*: tambien convendrá experimentar esta medicacion y ensayar los *baños prolongados*.

En los casos que han observado Tessier y Hermel parece que los *vomitivos* han producido ventajas mas manifiestas que los demás remedios. Estos autores aconsejan administrar varias veces la mezcla siguiente:

R. Tártaro estibiado..... 1 centig. | Ipecacuana..... 2 gram.

Se toma en una dosis.

Por último, los mismos observadores han citado un caso en que la afeccion presentaba accesos mal caracterizados de fiebre cotidiana y que cedió al *sulfato de quinina*. Sorprende que el curso de la enfermedad en que tanto han insistido muchos de los autores anteriormente citados, no haya movido á los médicos á usar con mas frecuencia este medio. El doctor Sandrás (1) ha observado un caso en que el *sulfato de quinina* á la dosis de un gramo (18 granos) produjo un efecto calmante muy evidente.

Recordemos para concluir, que en casos al parecer graves, se han curado los enfermos sin haber usado ninguna medicacion activa.

ARTÍCULO II.

CALAMBRES ORDINARIOS Y CALAMBRE DE LOS ESCRIBIENTES.

1.º *Calambres ordinarios.*—Todos saben que ciertas personas experimentan calambres que aparecen principalmente por la noche y que ocupan los músculos de las pantorrillas ó de los pies. Cuando este fenómeno solo se presenta de tarde en tarde, constituye únicamente un accidente ligero y no puede considerarse como una enfermedad. Pero en algunos sugetos se repiten los calambres todas las noches en mayor ó menor número, son muy dolorosos, é impiden el sueño. Este estado es de los mas penosos y exige los cuidados del médico.

No investigaremos ahora las causas de esta afeccion, que no están bastante estudiadas, y respecto á los síntomas, sucede lo contrario, todo el mundo los conoce.

El doctor Bardsley (2), de Manchester, ha hallado un medio muy

(1) Sandras, *Bons effets du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement des contractures* (*Union médicale*, 27 Octubre 1849).

(2) Bardsley (de Manchester), *London medical Gazette*, Mayo 1847.