

Este aparato está destinado por J. J. Cazenave á remediar los efectos del temblor oscilatorio de la mano derecha.

A beneficio de los modelos que hemos colocado á la vista de nuestros lectores, se podrá dar un consejo útil, cualquiera que sea la forma del trastorno funcional por el cual sean consultados, sobre todo, cuando se trata de prevenir el calambre de los escribientes. Saben que el instrumento que mejor conviene, es el que neutraliza ó impide la acción sinérgica del músculo ó músculos que se contraen ó paralizan durante el ejercicio de esta función, y por lo mismo deben, pues, empezar por investigar cuáles son estos músculos, y adquirida esta noción, elegir la disposición que prevendrá con mayor seguridad el trastorno morboso.

Una cuestión importante es también saber si, luego que un enfermo ha encontrado un aparato que le precava de la repetición de los calambres, debe servirse exclusivamente de él, ó si no, será mejor mandar construir otro instrumento que prevenga igualmente la producción del espasmo funcional, de modo que varíe la actitud de la mano durante el ejercicio de la función, alternando en el uso de los dos modelos.

Si los enfermos afectados de espasmo funcional han de escribir poco, no podría haber muchos inconvenientes en dejarle hacer uso del mismo instrumento.

Cuando las personas abusan un poco de la función, la enfermedad puede agravarse; tanto, que hemos visto un diplomático que escribió mucho, y por lo cual ha tenido que modificar tres veces el primer modelo. De cada vez hay mejoría, pero solo dura un tiempo más ó menos corto.

*Bola de Velpeau con adición de dos sustentáculos.*—Un inspector de ómnibus que alterna en el uso de dos instrumentos, no ha experimentado tampoco agravación en su enfermedad: los guarismos los ejecuta con la bola de Velpeau y escribe con el mismo instrumento, al cual se le han añadido dos sostenedores para el índice y el medio (figura 9): y este inspector cree que le reporta beneficios esta alternativa de actitudes de la mano.

¿Qué valor tiene la prótesis para los individuos afectados de calambre de los escribientes? La observación de los hechos no nos permite colocar la intervención de los aparatos en el número de los agentes de la terapéutica funcional, en virtud de que estos instrumentos hacen posible el ejercicio de la función, sin poner en juego las potencias musculares.

La prótesis reemplaza la acción de los dedos, fijando la pluma en el aparato protético y destruye la sinergia muscular, dando un volumen considerable al instrumento ó añadiéndole sostenedores destinados á sostener inmóvil el dedo afectado de espasmo y extraño á la función de escribir; no es, pues, mas que un auxilio, un artificio y suplente, y nada más.

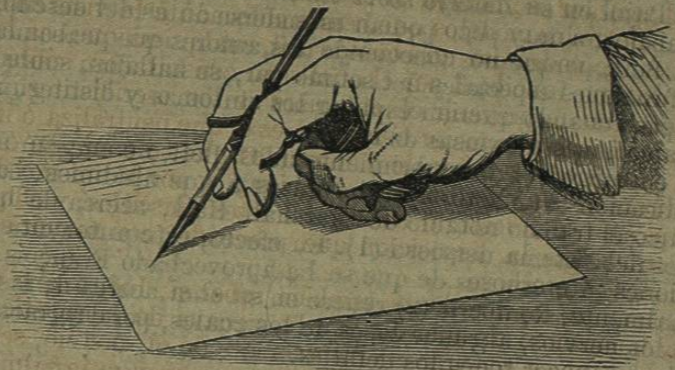


Figura 9.—Bola de Velpeau á la cual se han añadido dos sustentáculos para el índice y el medio.

En un cierto número de casos, por lo menos, cuanto menos veces se recurra á este auxilio, menos se debe agravar también la enfermedad; y es prestar un mal servicio á los enfermos, inspirarles una confianza exagerada en el valor de los medios que se les proponen (1).

### ARTÍCULO III.

#### CONVULSIONES IDIOPÁTICAS DE LA CARA.

Las convulsiones idiopáticas de la cara han sido conocidas desde muy antiguo, como lo demuestran de un modo cierto las interesantes investigaciones de François (2) acerca de este punto. De esta enfermedad se hace mención en el Tratado de Areteo (3), y François cita un pasaje de Rhazes, en que según aquel autor, se trata de estas convulsiones idiopáticas; pero no nos parece probable que se aluda en dicho pasaje mas que á la *parálisis del nervio facial*, á la cual da Rhazes, como ya hemos dicho antes de ahora, el nombre de *tortura oris*. Mas tarde Forestus (4) hizo una corta descripción de las convul-

(1) *Sur les appareils prothétiques destinés à prévenir la production des spasmes pendant l'exercice de la main, et spécialement la crampe des écrivains* (Bulletin de thérapeutique, Paris, 1860, t. LVIII).

(2) François, *Essai sur les convulsions idiopathiques de la face*, Bruselas, 1843.

(3) Arétée, *De caus. et nat. diuturnorum morborum*, Lipsia, 1828, lib. I.

(4) Forestus, *Opera omnia*, lib. X.

siones de la cara con la misma denominacion, y mas tarde aun habla de ellas Pujol en su *Ensayo sobre los calambres dolorosos*. Pero todos estos trabajos, á muy poco podian estenderse antes del descubrimiento de C. Bell, porque no conociendo los autores que acabamos de citar las funciones especiales del sétimo par, se hallaban embarazados á cada paso cuando querian explicar los síntomas y distinguir las diversas afecciones nerviosas de la cara.

Sin embargo, el descubrimiento de C. Bell, no empezó á recibir una aplicacion satisfactoria en los casos á que aludimos, hasta que se publicó el trabajo notable de Marshall Hall, acerca de las enfermedades del sistema nervioso (1). En efecto, este autor cita tres observaciones interesantes de que se ha aprovechado François.

Finalmente, Romberg (2) refiere en su obra acerca de las afecciones de los nervios, algunos casos de los cuales, por desgracia, no nos ha dado á conocer todos los detalles.

### § I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *convulsiones idiopáticas de la cara* á una afeccion caracterizada por movimientos involuntarios de los músculos que reciben el influjo nervioso del sétimo par de nervios, movimientos que hacen gesticular la cara y no van acompañados de ningun dolor.

Esta enfermedad no es frecuente y ha recibido varios nombres, entre los cuales citaremos los siguientes: *tortura faciei*, *oris distortio*, *espasmo cínico*, *calambre no doloroso*, *calambre convulsivo* y *risa sardónica*.

### § II.—Causas.

No es muy raro que aparezca la enfermedad *sin causa apreciable*, así en un sugeto, para quien he sido consultado hace dos años, era imposible descubrir en los antecedentes nada que tuviere relacion evidente con el desarrollo de la enfermedad, y lo mismo ha sucedido en un hecho que François ha observado con toda detencion.

En los casos bien auténticos no se ha visto hasta ahora esta afeccion mas que *en los adultos*.

De los tres casos que refiere Marshall Hall, en dos han sucedido pronto las convulsiones á la accion de un *frio* intenso sobre la cara, de modo que esta circunstancia asemeja las convulsiones bajo el punto de vista de la etiologia á la parálisis del sétimo par.

(1) Marshall Hall, *On the diseases and derang. of the nerv. system*. London, 1841.  
(2) Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankh. des Menschen*. Berlin, 1843, Band I.

En algunos sugetos habia habido *reumatismos musculares* frecuentes y estensos. En un caso que cita François, no hizo desaparecer la afeccion de la cara el desarrollo de un reumatismo muscular en un gran número de músculos de las demás partes del cuerpo.

Finalmente, en un caso que ha recogido Marshall Hall, *han sucedido las convulsiones á la parálisis*.

### § III.—Síntomas.

Respecto á la sintomatologia, se presenta esta enfermedad bajo dos formas distintas que importa conocer. En los casos que ha citado François y en el que yo he observado, las convulsiones no eran continuas, sino *clónicas*, sirviéndome de la expresion admitida; al contrario, en los que refiere Marshall Hall, habia convulsiones continuas ó *tónicas*. Vamos á describir estas dos formas.

1.º *Convulsiones intermitentes*.—*Invasion*.—En los casos que conocemos, estas convulsiones han aparecido lentamente, es decir, que durante un tiempo mas ó menos largo, solo han experimentado los enfermos convulsiones ligeras, y por lo comun poco estensas, en el orbicular de los párpados y músculos de la mejilla, y despues se han ido haciendo poco á poco mas frecuentes, mas fuertes y han ocupado todo un lado de la cara, y á veces hasta han invadido los músculos del cuello.

*Síntomas de las convulsiones intermitentes*.—Las convulsiones no tienen la misma intensidad en todos los momentos, sino que unas veces son rápidas y pasajeras y otras sostenidas por espacio de diez, doce ó mas segundos. Se reproducen á intervalos variables, pero ordinariamente muy cortos, y no dejan á los enfermos tranquilos por mas de uno, dos ó tres minutos. Sin embargo, á veces puede durar el reposo por mas tiempo, y así el individuo que he observado y del que hemos hablado antes de ahora, pasaba sin tener convulsiones diez minutos y hasta un cuarto de hora cuando se hallaba muy preocupado por una causa cualquiera, y luego tenia dos ó tres veces por minuto convulsiones mas ó menos intensas.

En el primer hecho que ha recogido François, se observaba lo siguiente (citamos este hecho porque puede considerarse como un tipo): Las convulsiones ocupaban siempre simultáneamente los músculos superficiales de la cara, de modo que se veia y se sentia perfectamente, aplicando la mano, contraerse convulsivamente á la vez lo alto de la frente, la ceja, el orbicular de los párpados, la raiz y el ala de la nariz, la parte media del carrillo, la comisura de los labios, la borla del menton y el músculo cutáneo, lo cual daba á la mitad de la cara una expresion de *risa con retraccion mas ó menos considerable de la nariz y de la boca* hácia el lado afectado. Estos movimiento convulsivos, no podian evitarse ni reprimirse enteramente; no

obstante, eran ó parecían ser menos enérgicos cuando el enfermo abría ó cerraba la boca con cierto grado de fuerza, porque la *masticación se ejecutaba perfectamente bien*, y se pasaba el bolo alimenticio con la misma facilidad hácia la izquierda que hácia la derecha. La *palabra* y la *presión de los alimentos* estaban estorbadas, pero no de modo alguno impedidas durante las contracciones, cuyos intervalos, por lo general muy cortos, se prolongaban á veces por doce y quince minutos, y entonces se movía libremente la cara, tanto á un lado como al otro. Por lo demás, había *inmovilidad absoluta* de los músculos estilohioideo y del vientre posterior del digástrico, lo cual prueba, como lo hace notar François, que la enfermedad ocupaba el nervio facial, no en un punto próximo á su origen, sino á su salida del conducto de Falopio en el sitio en que se hace superficial.

Esta descripción puede aplicarse muy bien al caso que he observado, excepto que en los momentos de mayor calma, el *ojo* del lado izquierdo (que era el enfermo) parecía más pequeño que el otro, á consecuencia de una débil contracción del músculo orbicular.

Debemos repetir otra vez, porque este es un carácter importante de la enfermedad, que no hay *ningun dolor* en la parte convulsiva, circunstancia que separa profundamente las convulsiones idiopáticas de la cara de esas otras, por lo comun intensas, que acompañan á la neuralgia trifacial.

La sensibilidad del lado afectado en nada se altera.

Esta afección no impide que se desempeñen perfectamente todas las funciones, y así es que los enfermos no presentan ningun signo de demacración. En el sugeto que he observado, ha sucedido muchas veces, que las convulsiones *han impedido momentáneamente el sueño* ó hecho despertar al enfermo asustado. Pero por lo general, el sugeto dormía perfectamente tranquilo, lo cual le habian asegurado muchas personas que le habian visto dormir. Este es un punto acerca del cual no se ha fijado bastante la atención de los observadores.

2.º *Convulsiones continuas.* Ya hemos dicho antes de ahora, que en las observaciones de Marshall Hall, es donde debemos buscar ejemplos de esta forma de la enfermedad.

*Invasión.* Si nos hemos de atener á uno de los hechos que cita Marshall, estas convulsiones continuas pueden llegar con mucha más rapidez que las anteriores, á su máximo de intensidad. En efecto, al poco tiempo (algunas horas) de haber estado sometido este sugeto á la impresión del frío, los músculos de un lado de la cara fueron acometidos de contracciones convulsivas, y hé aquí cuál era, en los tres casos, el estado del lado afectado.

Angulo de la *boca dirigido hácia abajo*, *ceja levantada*, fositas encima de esta ceja y la fosita de la barba muy pronunciada, y la *punta de la nariz inclinada hácia el lado afectado.*

Todos estos fenómenos se marcan mucho más cuando el enfermo quiere reír y cuando estornuda.

La *masticación* se verifica por el lado sano, y *en este mismo se amasa el bolo alimenticio*; los enfermos no pueden *silbar*, y la *pronunciación* de algunas letras, y especialmente de las sibilantes, es un poco difícil.

En estos casos estaba un poco obtusa la *sensibilidad*, pero nunca completamente abolida.

Como hemos dicho, al principio estas convulsiones son continuas; sin embargo, no es raro ver en ciertos momentos un *movimiento espasmódico* que hace aun más aparente la deformidad de la fisonomía.

#### § IV.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

La enfermedad, después de haberse presentado con una rapidez muy variable, permanece estacionaria sin que se la haya visto nunca terminar de un modo favorable, ni espontáneamente, ni á beneficio de ningun tratamiento.

#### § V.—Lesiones anatómicas.

En la inmensa mayoría de casos, esta afección es de aquellas que solo podría referirse á un trastorno nervioso, cuya causa enérgica no podemos hallar con nuestros medios de investigación.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Es difícil confundir esta enfermedad con ninguna otra afección. La falta absoluta de dolor basta para distinguirla de las convulsiones que acompañan á la *neuralgia trifacial*. Solo una observación muy superficial podría hacer tomar por convulsiones de la cara una *parálisis del nervio facial* y hacer creer que estaba convulso el lado sano: son demasiado característicos los signos que hemos dado en uno de los artículos anteriores (véase art. VIII. Parálisis del séptimo par, hemiplegia facial), para que nos detengamos más en este punto.

Algunas veces se observan calambres debidos á la costumbre de simular las convulsiones de que nos estamos ocupando; pero se distinguen fácilmente porque los sugetos las suspenden por solo la fuerza de la voluntad.

Finalmente, en algunas personas histéricas, hay movimientos involuntarios acompañados de gritos y palabras estrañas, que se parecen á las convulsiones; pero ya diremos de ellos dos palabras al hablar del histérico. (Véase cap. IV.)

*Pronóstico.*—Si solo se considera el peligro que puede ofrecer la

enfermedad para la existencia ó para la constitucion del enfermo, el pronóstico es grave; pero no sucede lo mismo si se atiende á la rebeldía de esta incomodidad, á pesar de todos los tratamientos que parecen mejor apropiados. Bajo este punto de vista, el pronóstico de esta afeccion es poco favorable.

#### § VII.—Tratamiento.

Habiendo sido completamente inútiles todos cuantos medios se han empleado, escepto la tenotomía en un caso de que diremos dos palabras mas adelante, no podemos invocar como guía la esperiencia, sino tan solo ideas teóricas de que no se ha obtenido ningun resultado satisfactorio. Por consiguiente, basta una simple enumeracion.

Se han usado las *emisiones sanguíneas locales*, que no han producido el menor resultado. Se han recomendado las fricciones con las *pomadas de belladona*, de *estramonio* ó de *tabaco*, hechas por la incorporacion del extracto de estas sustancias á la manteca; pero las convulsiones han resistido. François ha hecho uso de la *morfina*, de la *veratrina* y de la *estricnina* por el método endérmico, pero sin que haya tenido la menor accion sobre la enfermedad. Para aplicar la *estricnina* por el método endérmico, que es la mas peligrosa de estas sustancias, se debe proceder como hemos dicho en el tratamiento de la parálisis consecutiva á una hemorragia cerebral (véase esta afeccion t. II, lib. IV, cap. I).

Se ha ensayado tambien la aplicacion del *frio* (afusiones, fomentos, etc.), pero sin que los enfermos hayan logrado ningun alivio. Los *vejigatorios* sobre la parte afectada, cuyos buenos resultados en la neuralgia y hasta en la parálisis facial son innegables, no han logrado la menor ventaja en la enfermedad de que nos estamos ocupando.

Romberg aconseja la *compresion continua* por medio de un vendaje al que está adaptada una pelota que comprime sobre los músculos; pero no conocemos los hechos que ha podido citar este autor en favor de esta medicacion, que nos parece debe ser solo paliativa.

Al interior se han prescrito los *tónicos*, los *ferruginosos*, los *amargos* y los *vermífugos*; pero como el tratamiento interno no ha dado mejores resultados que el esterno, nos limitamos á esta enumeracion. Romberg recomienda el *borax*; pero ¿ha logrado buenos efectos con la administracion de esta sustancia, cuyo uso asocia á la compresion? No podemos decirlo.

Queda la *tenotomía*: solo conocemos un caso bien evidente en que se haya practicado esta operacion, y es el que refiere Romberg, y en el que ha hecho la operacion Dieffenbach. Este cirujano hizo la seccion sub-cutánea de todos los músculos de la cara por medio de cuatro incisiones sucesivas, que no debemos describir aquí, y quince

meses despues, el sugeto que habia presentado convulsiones intensas, solo espermentaba un estremecimiento muscular poco incómodo.

En el caso para que he sido consultado, he aconsejado la *estricnina* y la *electricidad*; pero no he sabido qué resultado habia dado este tratamiento.

#### ARTÍCULO IV.

##### TEMBLOR NERVIOSO.

En los tratados de patologia se ha considerado de un modo general, bajo el título de *temblor*, un trastorno especial de la movilidad que no debe confundirse con los temblores particulares que dependen de causas especiales, tales como el temblor mercurial, el *delirio trémulo*, el temblor producido por el ópio, etc. Como no escribo aquí de patologia general, no me ocuparé en este artículo, que se halla entre los dedicados á las neurosis, sino del temblor idiopático. En todo el rigor de la acepcion de la palabra, es muy cierto que todos los temblores son enfermedades nerviosas, y por consiguiente, neurosis; pero como la mayor parte de ellos son producidos por el abuso de ciertas sustancias, que en cierto grado se hacen tóxicas, creo que es mucho mejor presentar estas afecciones reunidas, ó á lo menos bastante juntas, para que se las pueda abrazar de una ojeada; por esta razon hablaré, en el capítulo dedicado á los envenenamientos (t. V), de estas especies de temblores.

En cuanto á los que solo son sintomas de diversas afecciones, tales como los temblores que se observan en las enfermedades febriles, ya quedan suficientemente indicadas en los articulos en que se ha tratado de estas afecciones.

**Temblor idiopático.**—Queda, pues, el *temblor idiopático*, que consiste, como las demás especies, en ligeras oscilaciones involuntarias de los miembros y de la cabeza, y mas rara vez del tronco. Se diferencia de las demás afecciones convulsivas por la menor estension de estos movimientos involuntarios, y sobre todo, porque dificulta muy poco los voluntarios.

Entre las causas, se nota en primer lugar la *vejez*; pero bajo el aspecto patológico, no ofrece la menor utilidad el estudiar el *temblor senil*. Despues sigue el deterioro de la constitucion por la debilidad producida por la *maniccion*, por el *abuso de los placeres venéreos*, por el *onanismo*, etc. Las *emociones morales* muy vivas, ó por largo tiempo prolongadas, pueden producir el mismo efecto; en fin, la *transmission hereditaria*, segun demuestran cierto número de hechos, tiene una influencia marcada en la produccion del temblor idiopático. Efectivamente, se han visto ejemplos de esta alteracion de la moti-