

la rabia habia sido comunicada por un animal, no hay uno solo que no se haya terminado por la muerte.

No hay lesion alguna anatómica que pueda atribuirse á la hidrofobia rabiforme.

La única afeccion con que se puede confundir esta hidrofobia, es la *rabia*. El primer elemento del *diagnóstico* se encuentra evidentemente en la existencia ó en la falta de cicatriz que resulte de una mordedura. Si existe una, es una presuncion en favor de la rabia, pero no hay todavía seguridad, porque el animal podia estar simplemente irritado y no rabioso. Es preciso examinar la cicatriz, porque veremos que en la rabia sucede algunas veces que esta cicatriz presenta á veces caractéres importantes (1). Faltando estos caractéres, la dificultad es grande; sin embargo, se puede llegar á formar el diagnóstico teniendo presentes las circunstancias siguientes. Si la hidrofobia se ha declarado al cabo de algunas horas ó de pocos dias, hay presuncion en favor de la hidrofobia rabiforme; cuando no se ha declarado sino al cabo de mucho tiempo (muchos meses, un año ó algunos años), hay motivos para creer lo mismo. El delirio, la fiebre y la gana de morder pertenecen á la hidrofobia rabiforme. Por último, si la enfermedad dura largo tiempo, se debe admitir la existencia de esta última afeccion, porque la rabia termina por la muerte del tercero al quinto dia.

Al hablar de la terminacion he dicho que era frecuente la curacion, pero tampoco son muy raros los casos de muerte, de suerte que no deja de ser grave el *pronóstico*. La grande intensidad de los síntomas, es el único signo por el cual se reconoce esta gravedad.

No hay un solo hecho exento de crítica que demuestre el *contagio* de esta enfermedad.

El *tratamiento* debe dividirse en moral y en físico. El *tratamiento moral* consiste en demostrar, si se puede, al sugeto mordido, que el perro estaba sano. Si no se puede, es necesario emplear el tratamiento preventivo de la rabia, en el caso que el sugeto presente solo los prodromos. Si el enfermo tiene fé en ciertas prácticas, si cree en la eficacia de algun tratamiento empírico, es preciso guardarse de apartarle de recurrir á él. Por último, si no quedan otros medios que el raciocinio, es necesario citar hechos y buscar todos los medios de conviccion, que pueden parecer eficaces segun el estado social y el carácter del individuo.

El *tratamiento físico*, es únicamente dirigido contra los síntomas; esto es, que la plétora debe combatirse con las *emisiones sanguíneas*; que los accidentes nerviosos exigen los *antiespasmódicos*, etc., etc., y apenas es necesario añadir, que los medicamentos tienen que introducirse muchas veces por el recto, por ser imposible la deglucion. Los *baños* prolongados han sido muchas veces

(1) Véase tomo V, artículo RABIA.

útiles. En el artículo *Rabia* hablaré de la *inyeccion de agua en las venas*.

## ARTÍCULO VII.

### Parálisis parciales diversas.

#### 1.º PARÁLISIS DEL TERCER PAR.

El nervio del tercer par, ó motor ocular comun, nace de los pedúnculos cerebrales y se distribuye en todos los músculos del ojo, excepto el recto externo y el oblicuo mayor, es decir, en los músculos recto superior, recto inferior, recto interno, oblicuo menor y elevador del párpado superior; y además, suministra, por intermedio del gánglio oftálmico, los nervios ciliares que van al iris. Resulta de aquí, que todas las veces que la accion de este nervio se suspende ó suprime por una causa cualquiera, el párpado superior no puede tampoco levantarse; y el ojo es llevado hácia fuera, porque el músculo recto interno ya no forma equilibrio con el externo, y la pupila permanece dilatada é inmóvil.

Respecto á la dilatacion del iris y al papel que desempeña la raiz suministrada al gánglio oftálmico por el nervio del tercer par, difieren notablemente las teorías fisiológicas; así es que, segun Arnold, esta raiz es motriz y dá por consiguiente movimiento al iris, que se dilata si esta raiz se corta ó comprime. Veamos, respecto á este punto, la opinion de Claudio Bernard y de Tardieu (1).

«Si se practica en un animal vivo la seccion del nervio motor ocular comun en el cráneo, se vé que el globo del ojo se proyecta hácia adelante, se desvia y vuelve hácia fuera, y que la pupila está mas dilatada que la del lado opuesto. No obstante, despues y aun mucho tiempo despues de la seccion del nervio, el iris no cesa de experimentar la influencia de la belladona, y la pupila continúa dilatándose, obedeciendo á la accion de este medicamento. Se ha atribuido equivocadamente esta persistencia de la dilatabilidad de la pupila, despues de la seccion del tercer par, á la existencia de dos ordenes de nervios para los movimientos del iris (Ruede), los unos presiden á la constriccion (tercer par), y los otros á la dilatacion (simpático mayor), porque cuando el tronco nervioso ha sido reseca-do, se ve que la accion de la luz ó la irritacion del extremo periférico del nervio motor ocular comun dividido, no determinan movimiento aparente en el iris, mientras que el pellizcar la rama oftálmica del quinto par produce un estrechamiento y una constriccion muy

(1) Tardieu, *Manuel de pathologie et de clinique médicales*, 3.ª edicion.



enérgicas en la pupila. Pero esta dilatacion y esta aparente inmovilidad de la pupila, que no se esplican por la parálisis del tercer par, pueden ser efecto de la relajacion de los músculos del ojo y del cambio que resulta en el estado estático del órgano visual. Se sabe que, para que pueda efectuarse la constriccion de la pupila, es menester que los músculos rectos arrastren el globo del ojo atrás y adentro (Müller); condiciones opuestas á las en que se encuentra, en la parálisis del nervio motor ocular comun. Y es tan justa esta explicacion de la dilatacion de la pupila, que la seccion de los músculos del ojo que anima el tercer par, provoca en el estado del iris las mismas manifestaciones, aun cuando en este caso, no se haya interesado bajo ningun concepto la pretendida raiz motriz. Finalmente, aun cuando haya parálisis, si se lleva mecánicamente el ojo atrás y adentro, y se proyecta una luz viva sobre la retina, se verifica una constriccion del iris.»

Sea la que fuere de estas esplicaciones mas ó menos satisfactorias, la parálisis del tercer par es una enfermedad frecuente debida á diferentes causas, unas veces sintomática y otras reputada idiopática, y que se reconoce por los caractéres siguientes:

Cuando la enfermedad llega á su máximum de intensidad y hay caida del párpado superior, tanto que no puede elevarse absolutamente, mientras que gracias al músculo orbicular que permanece intacto, los párpados, pueden cerrarse con energía; resultando de aquí, que el enfermo, cuando quiere mirar con los dos ojos, se vé en la necesidad de inclinar la cabeza hácia atrás, ó levantar con su mano el párpado caido. Además, el ojo se halla desviado muy notablemente hácia fuera, y este estrabismo, que es siempre muy marcado, se une á la inmovilidad del ojo, el cual no puede girar hácia dentro y deja de seguir los movimientos del ojo del lado opuesto. Tambien se observa la proyeccion de este ojo hácia adentro y la dilatacion é inmovilidad de la pupila. Muchas veces existen en semejantes casos diplopia, especialmente cuando el enfermo mira con ambos ojos. Segun Tardieu, es raro que los movimientos del globo del ojo estén completamente abolidos; no puede dirigirse ni arriba, ni adentro, ni abajo, pero cuando se le ordena uno de estos movimientos, el ojo toma fijamente una posicion media, y mira directamente hácia delante. Si se le dice al enfermo que dirija la vista hácia fuera, el estrabismo aumenta por una contraccion mas fuerte del recto esterno, cesando hácia dentro la extrema divergencia y viniendo el globo ocular un poco hácia dentro, sin poder pasar jamás la línea media. El ojo no se mueve hácia abajo, pero el enfermo baja la cabeza instintivamente; el estrabismo aumenta un poco. Hácia arriba se efectúa una ligera elevacion del globo ocular por un movimiento complejo que lo dirige, no hácia arriba, sino hácia fuera. La pupila se dilata todavía bajo la influencia de la belladona y se contrae un poco bajo la de una luz viva.

Hay casos en los cuales la enfermedad no alcanza á su grado mas elevado y en que faltan ó son menos manifiestos algunos de los signos que acabamos de indicar. De todos los signos, el que menos veces falta, es la caida del párpado superior, mientras que el estrabismo puede ser apenas sensible. La dilatacion de la pupila puede faltar tambien ó ser poco marcada.

Afectado á su vez el ganglio oftálmico, á causa del sufrimiento del filete nervioso que aboca á su ángulo posterior é inferior, comunica este estado á los nervios ciliares que se distribuyen en el iris, y de aquí la inercia de este diafragma (*iridoplegia*) y la dilatacion de la pupila (*midriasis*) (1).» Algunos enfermos experimentan la sensacion como si el ojo se quisiera salir de la órbita.

Cualquiera que sea la causa que haya producido ó que sostenga la parálisis del motor ocular comun, estos signos no pueden variar, porque no hay variacion posible en cuanto al sitio y á la distribucion de los ramos nerviosos; pero puede haberla respecto al número de órganos afectados, á la intensidad de la parálisis y á la persistencia de la enfermedad. Si solo se tratase de una parálisis debida á la accion del frio, la intensidad de la enfermedad y su duracion pueden ser medianas, mas no sucederá lo mismo si resulta de una lesion orgánica que tenga su asiento en el interior de la caja craneana. En semejantes casos se ven complicaciones graves que no dejan duda sobre la verdadera naturaleza del mal. La neuralgia del quinto par rara vez acompaña á la parálisis del tercero, y es mas comun observar la anestesia de las partes inmediatas.

El modo de aparicion de esta enfermedad es variable; unas veces los progresos del mal se verifican poco á poco, y el crecimiento se hace en uno ó dos dias, ó tambien mas. En otros casos la enfermedad aparece repentinamente, y el enfermo se apercebe de ella mirándose por casualidad al espejo, ó advertido por otras personas; es lo mismo que pasa en la parálisis del nervio facial.

### § I.—Causas.

La accion del frio debe considerarse, al parecer, como jugando un papel bastante considerable. Los golpes, las caidas y todas las violencias exteriores, que obren sobre la region órbito-ocular, pueden producir esta enfermedad. Una congestion cerebral es muchas veces causa de esta parálisis, ya que esta congestion tenga los caractéres de una afeccion grave y persistente del cerebro, como es la que precede á las hemorragias ó reblandecimientos de este órgano, ya que solo sea efecto de una tension grande de espíritu, y de una fatiga de los órganos de los sentidos, y en especial de los ojos; así

(1) Deval, *Traité des maladies des yeux*. 1862, p. 748.



es, que la parálisis del tercer par ataca con bastante frecuencia á ciertos obreros, como bordadoras, ribeteadoras, corseteras, á empleados, á escritores, y á individuos que se dedican á profesiones que exigen un trabajo asiduo de cabeza (1).

A consecuencia de una afección intracraneana, la parálisis puede manifestarse, ó inmediatamente, ó algo mas tarde. Si están paralizadas á la vez todas las partes, en las cuales se distribuye el nervio del tercer par, es mas que probable que la enfermedad existe en su origen ó en sus inmediaciones. La sífilis da lugar á esta parálisis; Zambaco (2), Gros y Lancereaux (3) refieren muchos ejemplos de ello, y Hérard (4) ha observado un caso en el cual la parálisis del tercer par era ocasionada por un tumor gomoso que tenia su asiento en la silla turca. Curling la observó á consecuencia de un acceso de epilepsia; Caron de Villars, efecto de una epidemia de tifus; Malherbe (de Nantes), á consecuencia de un absceso enquistado en el lóbulo medio del hemisferio derecho del cerebro; Ch. Hare, á consecuencia de un aneurisma de la arteria comunicante cerebral posterior, y Stiebel, á consecuencia de una apoplejía del pedúnculo cerebral. Se la ha visto tambien efecto de una supresión brusca de la traspiración de los piés, y de una supresión demasiado rápida de herpes crónicas. Mérat y Requin la encontraron en sugetos que se dedicaban á la preparación del albayalde.

## § II.—Diagnóstico y pronóstico.

No se puede confundir esta enfermedad, ni con la blefarotópsis, ni con el estrabismo divergente debido á una retracción muscular ó fibrosa, ni con la parálisis de la cara, cuyos signos son tan diferentes, puesto que en semejantes casos el ojo no está desviado, y los párpados se hallan separados y no pueden cerrarse, efecto de la inercia del orbicular. Respecto á la naturaleza de la enfermedad y á su causa, se formará juicio de ella por la marcha y las complicaciones.

Por el hecho de una afección cerebral ó meníngea, no existe parálisis aislada del tercer par; este sintoma, en caso semejante, va siempre acompañado de otros de parálisis, hiperestesia, convulsiones, neuralgias, etc., etc.

*Pronóstico.*—El pronóstico es grave cuando la enfermedad es sintomática de una afección de los centros nerviosos, y debe servir de regla para el pronóstico de esta afección misma. Si ha precedido un golpe, caída ú otra lesión traumática, hay lugar á temer la persistencia

(1) Magne, *Hygiène de la vue*, 4.<sup>a</sup> edición. París, 1866.

(2) Zambaco, *Des affections nerv. syphilitiques*, 1862, p. 154.

(3) Gros et Lancereaux, *Idem*, p. 268.

(4) Hérard, *Union médicale*, Febrero de 1858.

tencia de la parálisis del tercer par, y nada puede hacer determinar su duración; cuando, por el contrario, es debida á una congestión pasajera ó á la acción del frío, á una influencia reumática, á la supresión de traspiración, á una diátesis herpética, á la sífilis ó á la intoxicación saturnina, hay esperanza de que su duración sea poco considerable; no obstante, aun en caso semejante, el pronóstico debe ser reservado, en atención á que numerosos ejemplos prueban que la parálisis puede persistir, á lo menos parcialmente, sobre todo, en el párpado superior.

## § III.—Tratamiento.

El tratamiento es variable, y está subordinado á la causa que ha producido la parálisis. Si la afección es de naturaleza congestiva ó reumática, se emplearán los antiflogísticos, las emisiones sanguíneas locales ó generales, segun las circunstancias, recurriendo tambien á los revulsivos cutáneos y á los vejigatorios aplicados alrededor de la órbita, ó detrás de las orejas. Al mismo tiempo se prescribirán los purgantes, y en especial el calomel, que Wharton-Jones (1) administra hasta la salivación. Si la causa reside en la supresión de traspiración, ó en un herpes suprimido, se aconsejarán los sudoríficos y los purgantes, y además se aplicarán vejigatorios sobre el sitio de la parálisis y próximo al del herpes. Los mercuriales y el ioduro de potasio están indicados cuando existe un vicio sífilítico, y los purgantes en caso de intoxicación saturnina.

La caída del párpado se combatirá con los escitantes, el aceite de trementina, la solución alcohólica de estriquina, la electricidad, las fricciones con el aceite de croton, la pomada estibiada y los vejigatorios amoniacaes. Deval aplicaba la pomada amoniacaal sobre la región superciliar y los párpados. Saint-Martin, de Nihort (2), ha curado una parálisis del párpado derecho, parálisis reumática, segun toda apariencia, á beneficio de *inoculaciones de estriquina* practicadas del modo siguiente: se toman 2 centigramos de estriquina y se reducen á pasta blanda con una muy pequeña cantidad de agua, y despues se usa esta pasta introduciéndola bajo la epidermis con una lanceta ordinaria.

Respecto al tratamiento del estrabismo, es del dominio de la cirugía.

## 2.º PARÁLISIS DEL SESTO PAR.

Se ha observado á veces solo la parálisis del nervio motor ocular externo, y yo he visto un caso muy notable. A consecuencia de una

(1) Wharton-Jones, *Maladies des yeux*, trad. par Foucher. París, 1862, p. 595.

(2) Saint-Martin, *Bulletin général de thérapeutique*, 1849.