

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 también efecto de una supresión brusca de la traspiración de los pies, 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 también 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.

caída sobre la cara y la frente, sobrevino una tumefacción considerable que mantuvo los ojos cerrados por algunos días, y desde que pudieron abrirse, se han observado ambos ojos enteramente vueltos hacia el ángulo interno (*estrabismo convergente*). El globo ocular podía moverse de abajo arriba y de arriba abajo; pero le era absolutamente imposible hacerlo hacia afuera. Después de un tratamiento dirigido por el profesor Roux, á quien se ha presentado este enfermo, uno de los ojos recobró sus movimientos; pero el otro ha quedado exactamente en el mismo estado, y ya cuenta el accidente más de diez años.

A veces sobreviene esta parálisis espontáneamente, de lo cual cita Jobert (1) un ejemplo notable, y en el que habían precedido á la parálisis del nervio motor ocular externo los dolores de cabeza de larga duración, la coartación de los párpados, el lagrimeo y hasta la sordera, lo cual prueba que la enfermedad era complicada. El mirar fijamente por mucho tiempo al través de unos lentes, una detención menstrual, una supresión hemorroidal, la acción de una corriente de aire y una afección venérea, han dado lugar también á esta parálisis (2); asimismo se ha visto sobrevenir á consecuencia de un puñetazo, ó de una caída. Todo induce á creer que las causas de esta parálisis son las mismas que las del anterior. En el caso que he citado hubo indudablemente conmoción de las raíces del nervio, y quizá dislaceración de un lado.

Lo mismo que para la parálisis del quinto par, se ha propuesto contra la que nos ocupa el mismo tratamiento que para la *parálisis del nervio facial*. En este caso se puede recurrir á la cauterización conjuntival hacia el ángulo externo del ojo. Deval (3) refiere muchas curaciones por este procedimiento.

### 3.º PARÁLISIS DEL MÚSCULO SERRATO MAYOR (4).

Esta enfermedad da lugar á signos característicos, aun desde el principio, y que Duchenne, padre, de Boulogne (5), ha descrito de este modo: «Dirigiendo el brazo un poco hacia fuera de un sugeto cuyos músculos del hombro se exploran, si se ve que el borde espinal de la escápula sobresale de 1 á 3 centímetros, y que al mismo tiempo el ángulo inferior de este hueso se dirige un poco menos hacia adelante que el del lado opuesto, se puede tener por cierto que el

(1) Jobert, *Loc cit.*, p. 697.

(2) Badin (d'Urtebise), *De la paralysie du nerf moteur oculaire externe* (sesto par), tesis inaugural. Paris, 9 de Febrero de 1849.

(3) Deval, *Ouv. cité*, p. 757.

(4) Se consultará con interés la tesis inaugural del doctor Cyrille Desnos, *De la paralysie du muscle grand dentelé*. Paris, 1845, 18 de Junio, n.º 91.

(5) Duchenne (de Boulogne), *De l'électricité localisée*, 1861, p. 767.

serrato mayor comienza á atrofiarse ó á paralizarse, aun cuando la elevación vertical se verifique todavía normalmente.» En un grado más avanzado, los signos son también más manifiestos; hágase separar el brazo del tronco y entonces el omóplato ejecuta dos movimientos (fig. 10); uno, por el cual el borde espinal *B* se aleja de las paredes costales, y el otro, que es un movimiento de vástula, por el cual el ángulo inferior *A* se eleva, aproximándose á la línea media, mientras que se deprime el ángulo externo. El omóplato parece desprenderse poco á poco del tórax, y eleva la piel principalmente en el ángulo inferior. Es importante sostener al enfermo durante algún tiempo en esta posición, para que los síntomas arriba indicados se pronuncien, porque no se observa ninguno cuando los brazos están colgando á los lados del tronco.

Aunque rara esta enfermedad, no lo es tanto como decimos en nuestra última edición; pero tampoco es tan frecuente como parecen hacerlo suponer las observaciones en donde se ha confundido la parálisis del serrato mayor con la parálisis ó atrofia de otros hacecillos musculares. En las precedentes ediciones hemos referido un caso doble; Gendrin (1) hace mención de otro en su traducción de Abercrombie; Duchenne, de Boulogne (2), ha citado algunos casos en su libro sobre la electricidad localizada, y Jarjavay (3) ha observado un caso en 1864 en el hospital de San Antonio, y otro en 1865 en Beaujon.

Los síntomas que hemos consignado son característicos, é impedirán todo error de diagnóstico. En efecto, se llegará á convencer que el deltoides no está paralizado, fijando sólidamente la escápula



Figura 10.—Movimiento del omóplato durante la elevación del brazo por la acción aislada del deltoides, ya bajo la influencia de la excitación eléctrica de este músculo, ya voluntariamente en la parálisis del serrato mayor.

(1) Gendrin, *Traduction d'Abercrombie*.

(2) Duchenne (de Boulogne), *Ouv. cité*, p. 768.

(3) Jarjavay, *Communication écrite*.

con la mano; entonces puede levantarse el brazo, lo que no podría verificarse, si el deltoides estuviese paralizado. La confusión no es posible con una desviación de la columna vertebral.

Esta parálisis no es dolorosa e impide muy poco los movimientos del brazo; pero ocasiona una deformidad pasajera en ciertos movimientos.

Si la parálisis persiste por mucho tiempo, puede provocar la atrofia muscular cuyos síntomas son los mismos, pero cuya curación es mas difícil.

Esta parálisis reconoce por causas la influencia del frío, el reumatismo, las caídas, los golpes, la sífilis, etc.; sin embargo, á veces, la causa es desconocida.

El *tratamiento* consiste en el uso de la electricidad, la que se administra aplicando uno de los polos de la corriente eléctrica sobre las inserciones costales del músculo, y el otro lo mas cerca posible del borde espinal del omóplato. La aplicación de la electricidad se renueva dos ó tres veces al día; y en la mayoría de casos la curación se obtiene en algunas semanas; tres han bastado para los enfermos de Jarjavay. La curación se auxiliará con fricciones estimulantes.

Por último, podríamos señalar algunas otras parálisis parciales, mas como casi todas sobrevienen á consecuencia, ya de un reumatismo, ya de otra afección, y por consiguiente, no son sino secundarias; y por otro lado, como no tenemos de ellas mas que indicaciones poco precisas, no resultaria ventaja alguna en estendernos sobre este asunto.

## ARTÍCULO VIII.

### PARÁLISIS DEL SÉTIMO PAR (*hemiplegia facial*).

Ya se supondrá que en este artículo no vamos á ocuparnos de la hemiplegia facial sintomática, de una de las afecciones cerebrales anteriormente descritas, y solo trataremos de la parálisis esencial ó de la que depende de una lesión del nervio.

La parálisis de la cara es una enfermedad cuyos síntomas son demasiado evidentes para que no haya sido conocida desde muy antiguo. En efecto, todos saben que se hallan en Rhazès (1), en Albucasis (2), en Areteo (3) y mas tarde en Forestus (4), pasajes que pueden referirse á esta enfermedad; pero antes de las investigaciones de

(1) Rhazès, *Continens*, lib. I.

(2) Albucasis, *Chirurgia*, par. I, cap. VII.

(3) Arétée, *De signis et causis diut.*, lib. II.

(4) Forestus, *Opera omnia medica*, t. I.

Ch. Bell (1) acerca del sistema nervioso, apenas podia formarse una idea exacta de las causas de la enfermedad y de ciertos fenómenos que podian parecer extraños. Las investigaciones de Bellingeri no bastaban á ilustrar este punto difícil, porque como este autor tomaba el nervio facial por sensitivo, le era imposible explicar los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, veremos que el doctor Duchenne, de Boloña, ha demostrado recientemente por medio de experimentos electrofisiológicos (2), que no todo lo que habia asegurado Bellingeri es inexacto.

Luego que se han conocido estas investigaciones de Ch. Bell, se multiplicaron los trabajos acerca de la hemiplegia de la cara, y entre otros citaré los de Descot (3), Pichonniere (4), Montaul (5), Bottu Desmortiers (6), Berard (7), Jobert (8) y Landouzy (9).

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

Bajo el nombre de *parálisis de la cara* se ha descrito, no tan solo la que depende de una alteración del sétimo par, sino tambien de la del quinto; pero el título que hemos dado á este artículo ya indica que solo queremos ocuparnos de la primera de estas afecciones, de la que consiste en la abolición del movimiento de los músculos de la cara.

Se ha designado á esta afección con los nombres de *oris distortio* (Forestus), *parálisis de la cara*, *hemiplegia facial* y *parálisis parcial de la cara*. Estas denominaciones podrian inducir á error e impedir que no se comprendiese de un modo bien exacto la enfermedad que nos ocupa. En efecto, la parálisis de la cara comprende la del sentimiento dependiente de una afección del quinto par, y la hemiplegia facial se halla en las afecciones cerebrales. No hay duda de que no está exento de objeciones el nombre de parálisis del sétimo par, en razon á que son los músculos y no los nervios los que se hallan pa-

(1) Ch. Bell, *Expos. du syst. natur. des nerfs*, etc., trad. de M. Genest. Paris, 1825.

(2) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*. Paris, 1855; 2.<sup>a</sup> edición, Paris, 1861, p. 650.

(3) Descot, *Dissert. sur les affections locales des nerfs*. Paris, 1825.

(4) Pichonniere, *De la paralysie partielle de la face*, Paris, 1830.

(5) Montault, *Dissertation sur l'hémiplegie faciale, ou perte du mouvement et de l'expression de l'un des côtés du visage par la lesion de la septième paire des nerfs*, thèse. Paris, 1831, n.º 300.

(6) Bottu-Desmortiers, *Recherches sur quelques altérations locales du nerf facial, la paralysie qu'elles occasionnent*, thèse. Paris, 1834, n.º 365.

(7) Berard, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. II, et *Dictionnaire de médecine*, art. FACE (*Paralysie de la*).

(8) Jobert, *Études sur le système nerveux*. Paris, 1838.

(9) Landouzy, *Hémiplegie faciale* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1851, t. XVI, p. 376).