

miento de rotación que hace mirar la cara al lado opuesto del músculo contraído. Como ya dijo Duchenne, este último movimiento es debido más especialmente á la porción esternal del músculo, mientras que la posición clavicular produce sobre todo la inclinación lateral; la acción de estas dos porciones es, hasta cierto punto, independiente, pero sólo para las contracciones moderadas. Cuando la cabeza está fija, ya sea de un modo mecánico, ya sea por contracciones musculares apropiadas, el músculo se hace inspirador.

La contracción simultánea de los dos músculos esterno-mastoideos flexiona directamente la cabeza.

Esplenio (nervios raquídeos). — El esplenio imprime á la cabeza tres movimientos combinados: 1.º, extensión; 2.º, inclinación lateral; 3.º, rotación que

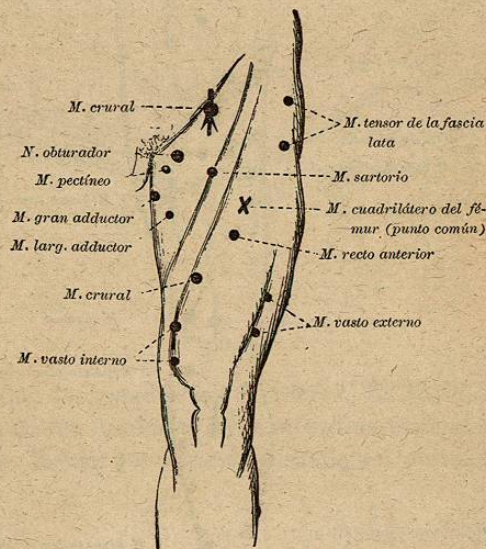


Figura 19.

hace mirar la cara hacia el lado del músculo contraído. La contracción simultánea de los dos esplenios produce la extensión simple de la cabeza.

APÉNDICE. — PUNTO DE ELECCIÓN PARA LA ELECTRIZACIÓN DE LOS NERVIOS MOTORES Y DE LOS MÚSCULOS.

Duchenne, von Ziemssen y Erb han indicado los puntos especiales en donde conviene colocar los excitadores para obrar sobre un nervio ó sobre un músculo dado, con exclusión de los otros nervios y de los otros músculos.

Sin entrar en largos detalles sobre este asunto, reproducimos aquí los esquemas de Erb, que dan los principales datos que conviene conocer. En general, es necesario emplear para la electrización localizada, electrodos fijos que permitan obrar sobre un punto preciso; además, importa utilizar, siempre que sea posible, corrientes de débil intensidad con el objeto de evitar las difusiones de excitación y evitar al paciente un dolor muy vivo.

Ciertos nervios situados profundamente, son bastante difíciles de excitar aisladamente. Tal ocurre con el nervio frénico, aunque puede llegarse hasta él

colocando un electrodo fino á lo largo del borde externo del músculo esterno-cleido-mastoideo. El radial no es accesible en todo su trayecto; se le buscará hacia la mitad de una línea que se extienda desde la inserción del deltoides al cóndilo externo, hacia adentro del supinador largo.

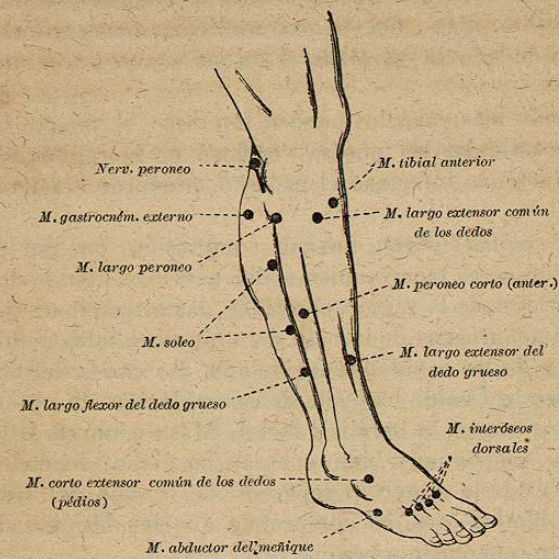


Figura 20.

Desde luego se concibe que un gran número de músculos no puedan ser excitados solos, porque son de pequeño volumen, ó ya porque ocupan una situación profunda. En estas condiciones se encuentran varios músculos del miembro superior.

CAPÍTULO II

PARÁLISIS DE LOS NERVIOS

I.—NERVIOS DEL CRÁNEO

I.—Parálisis facial.

Ch. Bell, fue el primero que dió en 1885, una buena descripción de la parálisis facial; por esto Graves propuso dar á esta afección el nombre de *parálisis de Bell*. Los autores que le siguieron completaron el cuadro descrito por el observador inglés y establecieron claramente los caracteres respectivos de la parálisis facial periférica, y de la parálisis facial de origen cerebral.

En este artículo trataremos exclusivamente de la parálisis periférica; sólo recordaremos la parálisis de causa cerebral, para compararla con la anterior.

ETIOLOGÍA. — El frío es una causa común de parálisis facial; algunas veces, la parálisis *a frigore* ocupa precisamente el lado de la cara que ha estado expuesto más directamente á la acción de una corriente de aire. Bérard ha propuesto, para explicar estos hechos, una teoría que se ha hecho clásica: á consecuencia de un enfriamiento, el nervio se congestiona y en el canal de Falopio inextensible, dicho nervio extraordinariamente hinchado se estrangula, resultando de ello la parálisis. Esta sería ante todo una parálisis por compresión.

Los *traumatismos* más variados pueden interesar el facial. Las operaciones quirúrgicas (en particular las que se verifican en la región parotídea) y las fracturas del cráneo que interesan el peñasco, provocan á menudo la parálisis del nervio.

Las *lesiones de vecindad* obran, ora por compresión, ora por propagación de un proceso patológico al tronco mismo del nervio. Citemos los tumores, los absesos, las cicatrices de la región parotídea, las alteraciones de las meninges, los exostosis, los aneurismas de la base del cráneo, y sobre todo, las alteraciones del peñasco y de las cavidades auriculares. La caries del peñasco, la otitis media, y hasta según Craig, una simple acumulación de cerumen en el oído externo, pueden provocar la parálisis facial. Más de un caso de los llamados parálisis *a frigore*, podría muy bien, como se ha dicho, depender de una otitis desconocida. No estando el nervio separado de la caja del tímpano más que por una delgada lámina ósea, se comprende que las lesiones del oído medio puedan fácilmente repercutir sobre él.

La parálisis facial debe atribuirse en algunos casos á las *neuritis infecciosas*, á la difteria, á la erisipela, fiebre tifoidea, viruela, escarlatina, puerperio (1), tétanos (Lannois (2), Behr) (3). Se la ha visto asociada al herpes zoster. Es bastante frecuente en la sífilis terciaria, en cuyo caso está provocada por las alteraciones meníngeas, por los gomas que ocupan el tronco nervioso ó por los exudados formados en el canal de Falopio; pero también la sífilis secundaria la cuenta entre sus manifestaciones; cosa singular, la mujer parece estar particularmente expuesta á este género de accidentes sífilíticos.

Muy á menudo, el zona ha precedido ó acompañado la parálisis facial.

Ordinariamente, la *polineuritis* respeta el séptimo par; pero esta ley no es absoluta y se ha visto la parálisis facial doble presentarse en el curso de la neuritis múltiple (Strumpell (4), Savage) (5).

Las *intoxicaciones*, especialmente la intoxicación saturnina, también ha sido considerada como causa de ella.

Las relaciones de la parálisis facial con las infecciones, explican el que se presenten en forma *epidémica* (Le Quinquis) (6).

La *parálisis facial de los recién nacidos*, debe colocarse entre las parálisis traumáticas; se trata de una contusión del nervio por las paredes de la pelvis y, sobre todo, por el forceps; es un accidente obstétrico, no congénito. Sin em-

(1) Bernhardt, Zur Frage von der Aetiolog. der peripher. Facialis Lähmung. *Berl. klin. Wöch.*, 1892.

(2) Lannois, *Rev. de méd.*

(3) Behr, Th. Tübingen, 1891.

(4) *Neurol. Centralbl.*, pág. 601, 1889.

(5) *Rev. de méd.*, pág. 138, 1891.

(6) Le Quinquis, Th. de Bordeaux, 1890.

bargo, algunas parálisis faciales son, propiamente hablando, congénitas; éstas, de ordinario, van acompañadas de parálisis oculares, y parecen debidas á una anomalía bulbar (1).

La multiplicidad de causas de la parálisis facial explica la *frecuencia* relativamente grande de la afección. Estas causas, especialmente el enfriamiento, se encuentran más á menudo en el hombre que en la mujer, y en el adulto que en el viejo y el niño. Así se explica la desigualdad de la frecuencia relativa según el *sexo* y la *edad*.

La *herencia neuropática y artrítica*, ejerce una influencia perniciosa sobre el desarrollo de la parálisis facial. Este es un hecho de gran interés, que ha sido aclarado por Neumann. También se han citado casos de herencia similar (Charcot) (2).

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones anatómicas que acompañan á las parálisis faciales traumáticas, etc., no tienen nada de especial al séptimo par. Más interesante sería la anatomía patológica de las parálisis *a frigore*; pero sobre este punto faltan toda clase de datos. Sin embargo, Minkowski (3) ha estudiado recientemente un caso de este género. Los resultados no estuvieron conformes con la teoría clásica; no había ningún indicio de perineuritis, ninguna alteración del neurilema; además, el nervio estaba relativamente poco alterado en el conducto de Falopio; las lesiones eran degenerativas.

SINTOMATOLOGÍA. — Emitiendo ramas colaterales y recibiendo anastomosis el nervio facial, no tiene una constitución idéntica en todos los puntos de su trayecto. Por lo tanto, según el sitio de las lesiones, ciertos síntomas difieren de un caso á otro.

Según las nociones anatómicas, la destrucción del nervio en el ganglio geniculado, produciría una parálisis de todas las funciones del facial. Describiremos primero este *tipo total y completo*, é indicaremos después las *formas dissociadas*, en las cuales faltan tal ó cual síntoma, por qué estas ó aquellas fibras son respetadas.

Ramas terminales. — **Músculos de la cara.** — Los músculos de la cara del lado interesado, no sólo han perdido su motilidad voluntaria, sino que también su tonicidad normal; están en un estado permanente de relajación, y falta el equilibrio muscular, en virtud del cual se mantiene la simetría de la cara. «En estado de reposo, dice P. Bérard (4), las facciones son llevadas hacia el lado sano; la comisura facial del lado paralizado, está más baja y más aproximada á la línea media; la boca está torcida, y su parte media no corresponde al eje del cuerpo; en una palabra, las dos mitades de la cara no son simétricas. La mitad paralizada está situada un poco por delante de la mitad sana. Esta se encuentra como desmedrada, arrugada y colocada detrás de la otra; parece que tiene menos extensión vertical que la mitad paralizada. En esta última, las facciones están más de relieve; el ojo más abierto, y parece más voluminoso que el del lado opuesto. De esto se desprenden las dificultades que en los primeros instantes se tienen para reconocer á las personas que acaban

(1) Voir Schultze, *Neurol. Centralbl.*, pág. 423, 1892.

(2) Voir Charcot, *Leçons du mardi*, 1891.

(3) *Archiv. f. Psychiatrie*, 1891, xxiii, pág. 586. — A. Rueff, *Méd. mod.*, pág. 607.

(4) Cité par Sappey, *Anatomie*, tomo III.

de contraer una parálisis facial; pues la atención del observador es atraída más fácilmente hacia esta parte de la cara, que se halla situada más hacia adelante, y que tiene mayores dimensiones». En la parte paralizada, las arrugas desaparecen; según la pintoresca expresión de Romberg, la parálisis facial es el mejor de los cosméticos para hacer desaparecer los signos de la vejez; desgraciadamente, exagera de un lado lo que atenua en el otro, y no produce más que un ridículo contraste entre las dos mitades de la cara.

La asimetría resulta aún mayor cuando el enfermo rie ó llora, cuando se le invita á hacer una mueca ó enseñar los dientes.

Algunos músculos faciales toman parte en la función de los órganos vecinos, de donde resultan algunas *alteraciones funcionales* por su impotencia. Estando los labios paralizados de un lado, el enfermo no puede silbar ni soplar. Hasta en la espiración normal el aire levanta pasivamente la mitad inerte de la cara; como se dice, el enfermo «fuma en pipa». La articulación de algunas letras, especialmente las labiales *b* y *p*, es imperfecta. Están dificultadas la prehensión de los alimentos y el acto de mamar en los niños. Durante la masticación, los alimentos se acumulan entre la encía y el buccinador paralizado.

El ala de la nariz es arrastrada pasivamente por la corriente de aire inspirado, en lugar de separarse activamente como en la inspiración normal.

No sólo no se cierran voluntariamente, sino que también está abolida la guiñadura refleja. El músculo Horner, que contribuye á facilitar el paso de las lágrimas por los puntos lagrimales y el canal nasal, deja de funcionar. Las lágrimas no humedecen con regularidad la córnea y se derraman por la mejilla (epífora). El ojo, que queda abierto hasta durante el sueño, algunas veces sufre graves alteraciones; se presentan la conjuntivitis y la queratitis, lesiones que tienen aquí un origen puramente mecánico, las cuales pueden desaparecer con gran rapidez cerrando artificialmente el ojo (Spencer Watson).

El párpado superior puede aún algunas veces caer ligeramente bajo la influencia de la voluntad; tal vez sea necesario ver en esto una especie de *relajamiento voluntario* del músculo elevador de los párpados, una disminución voluntaria de su tonicidad (Hasse).

La desviación de la lengua, observada frecuentemente, se atribuye á la parálisis del estilo-gloso. Sin embargo, según Erb ó Hitzig, la lengua está desviada al lado sano por la comisura del labio del lado paralizado; en efecto, esta comisura se aproxima á la línea media y viene á chocar con el borde de la lengua cuando es llevada fuera de la boca.

Tampoco es raro observar en la parálisis facial, sobre todo, cuando se aproxima la curación, *movimientos asociados*. Tanto es así, que algunas veces el enfermo, cuando quiere reír, cierra involuntariamente los ojos ó eleva el ángulo de la boca cuando se le manda cerrar el ojo. Debove (1) cree que en tal caso las incitaciones motoras para vencer la impotencia muscular toman una intensidad excepcional, de donde resulta que en lugar de limitarse á tal ó cual músculo, en el núcleo bulbar del facial, se difunden por varios grupos musculares y se propagan por las comisuras medias al núcleo simétrico, al núcleo del lado sano. Sería, pues, supérfluo hacer intervenir una excitabilidad anormal de estos núcleos, como lo quiere Hitzig.

(1) Debove, *Soc. méd. des hôp.*, 1891.—Achard, *Gaz. des hôp.*, pág. 573, 1891.

Nervio auricular. — La parálisis de los músculos motores del pabellón de la oreja y del músculo occipital, no determinan en el hombre ninguna alteración notable.

Cuerda del tímpano. — Su parálisis. — De esta parálisis resultan alteraciones del gusto y de la secreción salivar.

A) *Gusto.* — Las alteraciones del gusto sólo comprenden los dos tercios anteriores de la lengua de un solo lado. Se puede observar una abolición ó una disminución, ó un retardo, ó una perversión de las sensaciones gustativas. Se sabe que todavía no se está de acuerdo acerca del papel que desempeña la cuerda del tímpano en el gusto, ni del trayecto de los filetes nerviosos que siguen esta vía para terminar en el lingual. Sin entrar en detalles, recordaremos las teorías emitidas, puesto que, en parte, se apoyan en hechos clínicos de parálisis facial. Sin duda alguna que por nuevas observaciones más precisas, mejor que por investigaciones experimentales, se llegará á establecer el valor respectivo.

La hipótesis de Longet, según la cual la debilidad de la agudeza gustativa sería debida á una relativa sequedad de la lengua del lado paralizado; la de Rouget, que niega al facial toda clase de participación en la transmisión de las impresiones gustativas, deben hoy día abandonarse. Las opiniones restantes pueden colocarse en tres categorías, como lo hace Grasset:

1.^a El facial no ejerce sobre el gusto más que una influencia indirecta, y esto por una acción puramente motora. Esta es la teoría de Cl. Bernard; no parece muy exacta.

2.^a Fibras centripetas, gustativas, pertenecientes á la cuerda del tímpano, se unen al facial para separarse después y terminar finalmente en el tronco del quinto par; éstas serían las fibras erráticas del trigémino.

Su trayecto sería: *a*) lingual, cuerda del tímpano, facial hasta el ganglio geniculado, nervio petroso mayor superficial hasta el ganglio eseno-palatino y trigémino (Schiff); *b*) lingual, cuerda del tímpano, trayecto centrífugo hacia las extremidades del facial, para volver después al trigémino por anastomosis periféricas (Stich).

3.^a En la teoría de Lussana, el trayecto hasta el ganglio geniculado es el mismo que en la hipótesis de Schiff; de aquí las fibras gustativas ganan el bulbo por el nervio intermediario de Wrisberg. Según Mathias-Duval, que participa de esta opinión, el nervio intermediario penetraría hasta el centro bulbar del *gloso-faríngeo*, del cual vendría á representar una rama errática.

Por el momento, los hechos clínicos aún son contradictorios y de difícil interpretación; ninguna de las opiniones precedentes está en absoluto confirmada ni invalidada. No obstante, parece bien establecido que las alteraciones del gusto pertenecen sobre todo, si no exclusivamente, á las alteraciones que residen entre el ganglio geniculado y el origen de la cuerda del tímpano.

B) *Secreción salivar.* — Algunas veces se observa sequedad de la boca en el lado paralizado. Este fenómeno se halla en relación con las funciones excito-secretoras, bien conocidas, que la cuerda del tímpano ejerce sobre las glándulas salivares.

Músculo interno del martillo y músculo del estribo. — El músculo interno del martillo, según Voltolini, recibe filetes del facial. Parece que su acción

consiste en poner tensa la membrana del tímpano y disminuir de esta suerte la amplitud de las vibraciones. Intervendrían cuando se produjeran ruidos violentos, lo cual vendría á ser un fenómeno de acomodación al sonido, comparable al de la pupila para la luz, en el órgano de la visión. Cuando el músculo del martillo está paralizado, se perciben entonces los ruidos de un modo intenso y hasta doloroso. Esta alteración se presenta á menudo en la parálisis facial; ha sido estudiada especialmente por Landouzy. La palabra *hiperacusia*, que se emplea para designarla, es impropia, porque se trata de una sensación dolorosa que acompaña á la audición, y no, propiamente hablando, de una hiperagudeza del poder de percepción auditiva (Dechambre). Más justo sería el término de audición dolorosa.

Tanto las funciones del músculo del estribo, como las alteraciones que resultan de su parálisis, son mal conocidas. Generalmente se considera este músculo como un antagonista del músculo interno del martillo, pero respecto á este punto, las opiniones se dividen, y ciertos autores, especialmente Erb, atribuyen á su parálisis un papel preponderante en la producción de la hiperacusia (1).

Velo del paladar (*nervios petrosos superficiales mayor y menor*). — Algunas veces el velo del paladar del lado enfermo está hundido y la campanilla desviada; raras veces alteraciones funcionales, entre las cuales la gangosidad descubre la participación que el velo del paladar ha tomado en la parálisis. De todos modos, conviene saber que el velo del paladar, aun en los sujetos normales, no es siempre simétrico.

Alteraciones cutáneas sensitivas, vaso-motoras, sudorales y tróficas. — Algunas veces se observan fenómenos dolorosos que preceden á las manifestaciones paralíticas, y están situados ordinariamente en el oído ó en los alrededores de la órbita. Excepcionalmente adquieren una violencia extrema, constituyendo la *parálisis facial dolorosa*, tan bien descrita por Testaz (Tesis de París, 1887).

Según Franckl-Hochwart (2), se encuentra con frecuencia asociada á la parálisis facial reumática una hiperestesia cutánea pasajera en la mitad de la cara paralizada; el autor ha notado este hecho cinco veces en 20 casos. Añadamos que la anestesia no es rara en el territorio paralizado.

Estos diversos fenómenos sensitivos se explican por una participación del trigémino en las alteraciones; en efecto, los filetes terminales de este nervio se anastomosan con los del facial, hecho que la fisiología experimental contribuye á confirmar.

Franckl-Hochwart ha encontrado en la cuarta parte de los casos alteraciones vaso motoras reveladas por una ligera rubicundez, por una cierta elevación térmica y por hinchazón situada especialmente en los párpados, síntoma ya señalado por Broadbent.

Straus, comparando el retardo de la sudación por la pilocarpina de los dos lados de la cara, en los casos de parálisis facial periférica, ha observado un

(1) Voy. Lannois, *Lyon méd.*, 12 juin, 1887.

(2) V. Franckl-Hochwart, Des troubles sensitifs et vaso-moteurs dans la paralysie faciale rhumatismale. *Neurol. Centralblatt*, pág. 290, 1891. El autor refiere varios hechos del mismo género, anteriormente señalados.

retardo de la sudación del lado paralizado; este fenómeno, sin embargo, sólo pertenece á las formas graves, en las cuales la reacción de degeneración es manifiesta (1).

Windscheid (2) ha referido recientemente dos casos de hiperhidrosis facial unilateral que coincidía con una parálisis facial periférica del mismo lado.

Aparte de un ligero adelgazamiento, la piel no presenta ninguna alteración nutritiva. El zona es excepcional.

FORMAS. — *Forma total y formas parciales.* — Según que la parálisis facial sea *total ó parcial*, provoca todos ó parte de los síntomas que hemos estudiado. El primer caso, como ya hemos dicho, es excepcional; la parálisis generalmente es parcial y su tipo depende sobre todo del sitio de las alteraciones.

Basta recordar las nociones anatómicas, para saber qué grupo de síntomas debe presentar una lesión de tal ó cual punto. El cuadro es tanto más completo, cuanto más se aproxima la lesión al ganglio geniculado.

a) *Entre el agujero estilo-mastoideo y la periferia.* — Sólo están paralizados los músculos de la cara. Además, la rama superior del facial (orbicular) ó la inferior pueden estar afectadas independientemente.

b) *Parte inferior del conducto de Falopio.* — También está paralizado el nervio auricular posterior (músculos del pabellón de la oreja y músculo occipital).

c) *Conducto de Falopio entre la cuerda del tímpano y el nervio del músculo del estribo.* — Hay alteraciones del gusto y de la secreción salivar.

d) *Conducto de Falopio por debajo del ganglio geniculado.* — Alteraciones del oído; audición dolorosa.

e) *Conducto de Falopio inmediatamente por encima del nervio petroso superficial mayor ó en el ganglio geniculado.* — Se añade la parálisis del velo del paladar. No falta ningún síntoma.

f) *Por encima del ganglio geniculado hasta el bulbo.* — No falta ninguno de los fenómenos precedentes, excepto las alteraciones del gusto. A menudo el abductor, y más frecuentemente el nervio auditivo, están al propio tiempo interesados.

Tales son las formas de la parálisis facial, según el sitio de las lesiones. De todos modos, hemos visto ya que merecen ciertas reservas la significación de las alteraciones gustativas y auditivas y la parálisis del velo del paladar. Añadamos que una lesión incompleta, sea el que fuere el sitio que ocupare, puede respetar ciertos filetes, de modo que el cuadro de las alteraciones no da siempre una indicación precisa del punto lesionado.

Forma bilateral; diplegia facial. — La diplegia facial es rara. Una parálisis *a frigore* puede afectar al mismo tiempo, ó en el espacio de algunos días, los dos lados de la cara. A menudo se trata de una lesión bilateral del peñasco ó de una alteración extensa de las meninges craneanas. La infección diftérica ha producido la diplegia facial (Maringauld). En fin, un hemipléjico por causa cerebral puede ser afectado, por añadidura, de una parálisis facial periférica del lado sano.

La cara reviste una expresión singular; las mejillas flácidas, cuelgan en cada lado; el labio superior se alarga y la boca, extraordinariamente baja y

(1) Straus, *Gaz. méd. de Paris*, números 2, 3 y 5, 1880.

(2) *Münchener med. Wochenschrift*, núm. 50, 1890.

constantemente entreabierta, deja derramar la saliva sobre el mentón del mismo modo que los ojos dejan escapar las lágrimas. No hay ni un movimiento de los párpados, ni el guiño, ni siquiera un esbozo de expresión de ánimo en este antifaz inmóvil; cuando el enfermo habla, la palabra es gangosa á causa de la parálisis del velo del paladar, y difícilmente articulada en razón de la parálisis de las paredes bucales; la masticación también es muy difícil. En fin, es cosa particularmente extraña la de oír una risa que la fisonomía no expresa.

Formas según la gravedad. — La parálisis facial es *completa* ó *incompleta*, según que se trate de una abolición ó de una disminución de la motilidad en los músculos interesados. Puede revestir grados diversos de gravedad, según las causas que la ha engendrado. Ya volveremos á tratar de este punto, á propósito de la evolución de la parálisis.

MARCA. — **DURACIÓN.** — **TERMINACIÓN.** — Como todas las parálisis periféricas, la facial tiene una marcha variable y su evolución depende sobre todo de su causa. Si el nervio está destruido por una lesión grave del peñasco, por ejemplo, la afección es incurable. Al contrario, la parálisis facial obstétrica cura de ordinario en ocho ó quince días sin haber comprometido seriamente la lactancia. La parálisis *a frigore* termina á menudo por la curación, pero su duración es muy variable. Desde el punto de vista de la gravedad, Erb distingue tres formas á las cuales asigna reacciones eléctricas particulares: En la forma *benigna* falta la reacción de degeneración y hasta puede haber, durante la primera semana, un aumento de la excitabilidad del nervio. Con estos datos es posible afirmar que se obtendrá la curación completa en dos ó tres semanas. En la forma *de mediana gravedad*, se puede observar durante la primera semana, este mismo aumento en la excitabilidad del tronco nervioso, pero después cambia la escena y aparece la reacción parcial de degeneración; la excitabilidad del nervio decrece considerablemente mientras que el músculo presenta los fenómenos de la reacción de degeneración, y en particular, la hiperexcitabilidad á las corrientes galvánicas, que contrasta con una disminución de la excitabilidad á las corrientes farádicas. Los caracteres de la reacción de degeneración estando indicados detalladamente en otra parte, no insistiremos sobre ellos en este lugar. Esta forma cura de ordinario en seis ó en diez semanas sin dejar huellas. En la forma *grave* hay la reacción completa de degeneración, sea inmediatamente, sea después de uno ó dos días durante los cuales la excitabilidad del nervio está ligeramente aumentada; decrece esta última, hasta desaparecer, para no presentarse de nuevo durante semanas, meses ó indefinidamente en los casos incurables. La excitación del músculo pone en evidencia los caracteres de la reacción de degeneración como en la forma precedente. En estos casos, no es raro que la parálisis dure un año y aun más; á lo menos persiste durante varios meses; dicha parálisis puede ser definitiva y entonces el músculo pierde toda clase de excitabilidad, tanto de las corrientes galvánicas como de las farádicas. Ya hemos visto que las perversiones de la secreción sudoral provocada por la pilocarpina (Straus), pertenecen á las parálisis graves.

En las formas graves, la parálisis facial puede curar incompletamente y dejar tras sí sacudidas musculares, contracturas parciales al principio, y después más extensas que dan á la fisonomía expresiones diversas, según en los múscu-

los que predominan; algunas veces subsisten movimientos asociados, y por fin, también atrofia de los músculos y hasta de la piel.

No es rara la recidiva en la parálisis *a frigore*.

DIAGNÓSTICO. — La parálisis facial salta á la vista, por decirlo así, y no podría pasar inadvertida más que en los viejos ó en los niños de corta edad, en los cuales la fisonomía es poco expresiva y poco móvil. Por lo tanto, debemos señalar ciertos errores posibles.

Podría tomarse una contractura facial (contractura histérica) por una parálisis facial del lado opuesto; pero en tal caso, se puede asegurar que la motilidad voluntaria del lado paralizado, en apariencia está intacta.

Cuando la parálisis flácida es sustituida por la contractura, se podría creer que la afección ha sido transportada al lado opuesto; pero esto sólo sucede con un examen hecho á la ligera.

El *espasmo glosolabial* de las histéricas, va acompañado de una torsión excesiva de la lengua; se distingue fácilmente de la parálisis facial con contracturas y sacudidas musculares.

Lo mismo ocurre en el *tic convulsivo* de la cara. En la parálisis facial las sacudidas musculares, cuando existen, son ligeras, y se presentan, sobre todo, durante las excitaciones sensitivas ó los movimientos voluntarios locales; en el tic, las sacudidas son más fuertes y sobrevienen sin causa provocadora.

La *parálisis facial doble* tiene cierta analogía de aspecto con la parálisis labio-glosolaríngea y con la parálisis pseudo-bulbar. Pero la parálisis labio-glosolaríngea tiene una evolución particular, y sobre todo afecta profundamente la deglución, la fonación y la respiración. En cuanto á la parálisis pseudo-bulbar, sobreviene á menudo á consecuencia del ictus apopléctico y va acompañado de fenómenos cerebrales variados.

En suma, la parálisis facial es fácil de reconocer; de lo que se trata es de determinar la *causa*, la cual es de orden puramente dinámico (histerismo) ó de orden orgánico.

La parálisis facial *histérica* (Ballet y Chantemesse) es poco conocida; se caracteriza por cierto número de rasgos bastante particulares; es generalmente ligera y está sujeta á variaciones; casi siempre sólo afecta algunos músculos; raras veces interesa el orbicular; á menudo coexisten espasmos ligeros con el estado parético; la anestesia es la regla en la piel y las mucosas de la región; siempre falta la reacción de degeneración. El diagnóstico se haría difícil si una parálisis histérica se superpusiera á una parálisis orgánica preexistente.

Eliminado el histerismo, la parálisis facial puede ser tributaria de lesiones del cerebro, del bulbo ó del nervio. Aunque sólo nos ocupa en este artículo la parálisis facial periférica (á la cual se une, como veremos, la parálisis bulbar), debemos exponer sumariamente, á propósito del diagnóstico, los caracteres de la parálisis facial de causa cerebral.

A) Parálisis facial de origen cerebral. — La patología y la fisiología demuestran que existe para la cara un centro psico-motor cortical propio, el cual está situado en la parte posterior de la segunda circunvolución frontal. Las fibras que le unen al núcleo bulbar, pasan por la corona radiante de Reil y por el haz geniculado de la cápsula interna (excepto las fibras correspondientes al