

En un enfermo de Joffroy, la compresión del nervio facial suspendía los espasmos de la cara.

Las convulsiones no van acompañadas de ningún otro trastorno. La fuerza dinamométrica, las reacciones eléctricas de los músculos, están indemnes. La sensibilidad de la piel permanece normal, algunas veces está ligeramente afectado el estado mental, y se comprueba tristeza ó angustia durante los accesos. Los distintos aparatos no presentan alteraciones, á menos de que exista — y debe buscarse — la dilatación del estómago, causa para algunos autores de la auto-intoxicación origen de la enfermedad.

La evolución es generalmente rápida y termina siempre por la curación, la cual se presenta rápidamente después de un vomitivo. El tratamiento de la afección del estómago debe plantearse en todo caso, pues puede producir curaciones definitivas.

### III. — COREA FIBRILAR (DE MORVAN)

«La enfermedad, cuyo estudio emprendemos, está caracterizada por contracciones fibrilares que aparecen primero en los músculos de las pantorrillas y de la parte posterior de los muslos, pudiéndose extender á los músculos del tronco y hasta á uno de los miembros superiores, pero respetando siempre los del cuello y de la cara». Tal es la descripción que da Morvan de la enfermedad, para la cual propone el nombre de *corea fibrilar*.

La corea fibrilar es una enfermedad de la adolescencia (de dieciséis á veintidos años); la mayoría de los enfermos son del sexo masculino. En algunos casos, se puede atribuir la enfermedad á cansancio ó exceso de trabajo. Se han observado entre los antecedentes, una vez la clorosis, dos veces antecedentes hereditarios nerviosos.

Para Morvan, la corea fibrilar es una lesión del cuerno anterior de la substancia gris de la médula que no interesa ordinariamente más que la porción donde se halla el origen del nervio ciático. Pero puede salir de allí y alcanzar toda la altura del cordón anterior. Limitada, primero, á las columnas de las células motoras, no se confina en ellas siempre, viéndosela entonces ganar en profundidad, invadiendo los centros excito-sudoríparos y aceleradores del corazón y llegando hasta el cordón intermedio lateral, interesar el centro vaso-motor mismo. Dada la curabilidad de la afección, no se trata de una esclerosis, sino de una sencilla irritación, con ó sin congestión.

Las contracciones fibrilares tienen como carácter distintivo el cesar en los músculos, en cuanto éstos se contraen por un movimiento voluntario y no producir movimientos en el miembro. Las contracciones fibrilares no afectan, por lo general, el músculo por completo, sino una parte de su extensión, (contracciones de los hacecillos) dando origen á abultamientos en los músculos largos y estremecimientos en los planos. Estos temblores irregulares frecuentes, múltiples, á lo sumo dan origen á subsaltos de los dedos, pero las más de las veces no determinan ni temblor ni movimientos de traslación. De suerte que no impiden en modo alguno los movimientos voluntarios que se ejecutan sin dolor ni dificultades.

Al principio, las contracciones aparecen en los músculos de las pantorrillas y de los muslos, después se extienden á los músculos del tronco y de los miembros superiores, respetando en todos los casos los del cuello y cara.

No van acompañados de trastornos de la sensibilidad, así como tampoco de trastornos generales ó de diversos aparatos. En ocasiones se ha comprobado la hiperhidrosis y tumefacción de las extremidades con rubicundez.

La afección termina por la curación, pero son frecuentes las recidivas.

El autor se apoya en los siguientes caracteres para diferenciar la corea fibrilar del paramioclonus, que se asemejan el uno al otro en que en ambos casos las convulsiones afectan todos los músculos distintos á los de la cara y cuello, cesando en los afectados durante la ejecución de los movimientos en que toman parte aquéllos. Desde luego en la corea fibrilar la convulsión no interesa más que los elementos del músculo, fibras ó haz, en tanto, que en el paramioclonus la convulsión ocupa el músculo en su conjunto, en toda su masa. En segundo lugar, en la corea fibrilar la convulsión no produce ni temblor ni desviación de ninguna clase, en tanto que en el paramioclonus la convulsión va seguida de movimiento.

Sin embargo, se han referido casos (Toletti, Kny) de paramioclonus en los cuales la convulsión se reducía á contracciones fibrilares. De suerte que el mismo Morvan se halla dispuesto hoy día á admitir «que la corea fibrilar, á pesar de ciertas particularidades, no es más que una variedad del paramioclonus de Friedreich, variedad sin movimiento, sin cambios de lugar en ninguna parte del cuerpo, y, en ocasiones, con trastornos sudorales y vaso-motores».

### COREA DE DUBINI

BIBLIOGRAFÍA: Dubini, *Giornale di Milano*, 1846. — Tatti, la Corea elettrica. *Gaz. medic. lombarda*, 1847. — Hærtel, *Gaz. medicale*, 1848. — Morganti, la Corea elettrica. *Gaz. medic. lombarda*, 1853. — Frua, Del tifo cerebrale convulsivo (corea elettrica di Dubini). *Ann. univ. di medic.*, 1853. — Clerici, la Corea elettrica e una epilessia. *Atti del ospedale di Milano*, 1855. — Pignacca, *Della corea elettrica osservata in Pavia*, 1855. — Ferro, Storia di corea elettrica. *Gaz. ital.*, Prov. Venete, 1858. — Strambio, Sulla corea elettrica. *Gazz. medic. lombarda*, 1859. — Tomassi, Rendiconto della clinica medica di Pavia, *Il Morgagni*, 1864. — Golgi, *Rivista clinica di Bologna*, 1874. — Stefanini, Sulla corea elettrica. *Ann. Univers. di med.*, 1875. — Cavagnes, Sulla corea elettrica. *Ann. Univers. di med.*, 1878. — Bianchi, la Corea elettrica. *Rivista sintetica, lo Sperimentale*, 1881. — Grocco, Considerazioni sulla corea elettrica. *Ann. Univers. di med.*, 1884.

En 1845 Dubini describió con el nombre de *corea eléctrica*, «una afección cuyas causas y naturaleza no pudo indicar, pero de la que supo trazar con claridad la sintomatología» (Lannois).

La anatomía patológica no ha sido bien determinada. Existen casos en los cuales no se ha encontrado ninguna lesión anatómica; pero esto es raro y lo más frecuente es que existan alteraciones, no solo asociadas, como la congestión pulmonar, la bronco-pneumonía ó la tuberculosis, sino eficientes, ó que por lo menos lo parecen. Estas atacan el sistema nervioso, pero no tienen nada de específico. Se ha observado la congestión y la inflamación de las meninges con aumento notable del líquido céfalo-raquídeo, se ha señalado tam-

bién la congestión cerebral, que influía sobre los ganglios de la base y focos de reblandecimiento, ya corticales, ya de los cuerpos opto-estriados.

Apoyadas en datos tan inciertos, las hipótesis patogénicas, son muy discutibles. Aun cuando parezca cierto que la enfermedad de Dubini depende de una lesión de los centros nerviosos, no se puede afirmar si es de origen cerebral, como pretende Grocco, ó cerebro-espinal. ¿Resulta de una mielitis especial con localización y lesiones capaces de determinar convulsiones, ó de una meningo-mielitis? Estos problemas son todavía tan difíciles de resolver, como el saber si no se trata de infección con microbio específico. Jaccoud creyó en algún tiempo que esta afección podía representar una forma particular del tifus cerebro-espinal.

El estudio clínico de la enfermedad de Dubini descansa en observaciones más concluyentes. Su comienzo es las más de las veces brusco y se anuncia por fenómenos dolorosos.

Dolores contusivos, intensos, casi continuos, se extienden por la cabeza, la nuca, y en ocasiones por la región lumbar. Muy en breve van seguidos de sacudidas de los miembros. Estas tienen el carácter de los movimientos de la correa eléctrica, son rápidas, instantáneas, de corta extensión y duración, semejantes á las que producen las conmociones eléctricas. Cuando empiezan (casi siempre por las extremidades superiores, los dedos, la mano y hasta la mitad de la cara), despiertan al propio tiempo sensaciones penosas en las regiones en las cuales aparecen. Localizadas al principio, en un segmento de miembro ó en la cara, no tardan en generalizarse, tan pronto bajo la forma hemipléjica como por la totalidad del cuerpo, no obstante, se extiende lentamente y de tal suerte, que sólo después de algunas semanas ocupa todos los músculos.

Aparte de estas sacudidas que se reproducen casi constantemente con intervalos relativamente rítmicos, existen en el curso de la afección grandes ataques convulsivos sin pérdida de conocimiento. Estos sobrevienen tres, cuatro ó cinco veces en las veinticuatro horas, produciendo después verdaderas paresias de los miembros.

La sensibilidad está poco afectada; se comprueban en ocasiones hiperestesia de los tegumentos, cuyo menor contacto exaspera la intensidad de las convulsiones. No hay trastornos en las reacciones eléctricas de los músculos.

La marcha de la enfermedad es relativamente rápida; las sacudidas aumentan, se generalizan; los accesos convulsivos se hacen casi subintrantes, y á veces apenas se comprueban remisiones de algunos días. La mayor parte de las veces, la afección hace su evolución de un modo progresivo, durando de algunos días á cuatro ó cinco meses, para llegar á un resultado fatal, que, según Bianchi, sobreviene en el 90 por 100 de los casos. La terminación por muerte, va precedida de accesos seguidos de coma. Los movimientos se atenuan, el pulso se hace pequeño, la respiración extertorosa, pudiendo durar la agonía de uno á dos días.

## PARALISIS AGITANTE

Por el Dr. LAMY

Doctor en Medicina de la Facultad de París.

Trad. de D. M. TOLOSA LATOUR

Médico del Asilo de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús, Madrid.

La parálisis agitante es universalmente conocida con el nombre de *enfermedad de Parkinson*, en recuerdo del autor inglés, que fue quien la describió primero (1817).

Después de la Memoria de Parkinson, la enfermedad fue observada varias veces durante la primera mitad del siglo, sobre todo por autores ingleses. G. Séé, haciendo el diagnóstico diferencial con la corea (1851), y Trousseau en sus clínicas, hablan de ella de un modo explícito. Pero los que han contribuido á precisar y vulgarizar las nociones que poseemos hoy día acerca de esta afección, son los trabajos de Charcot (1) y de sus discípulos (Ordenstein, Boucher, Berbez, Béchet, etc.). Claramente separada de las demás enfermedades que van acompañadas de temblores, ha sido bien estudiada, en sus formas frustradas, por la Escuela de la Salpêtrière.

SÍNTOMAS. — La parálisis agitante es una de las enfermedades más características tanto por su completo desarrollo, como en su forma típica. El individuo que por lo general ha pasado ya de los cuarenta años, llama la atención, no sólo por su *temblor*, sino por su manera de *andar* y el aspecto de su *actitud*.

Con la cabeza muy inclinada hacia adelante, la espalda encorvada, los miembros superiores en semiflexión, los codos ligeramente separados del cuerpo y las manos reunidas al nivel de la cintura (fig. 68), el parkinsoniano

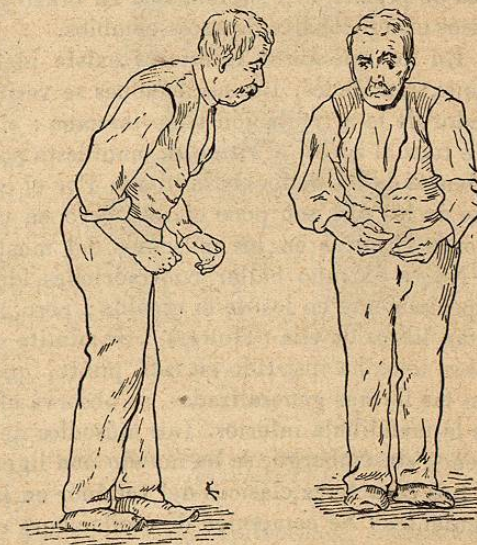


Fig. 68 (según Gowers). — Actitud general del cuerpo durante la progresión.

(1) Charcot, *Maladies du système nerveux. Œuvres complètes*, 1.