

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 (Ruete), los unos presiden á la constriccion (tercer par), y los otros á la dilatacion (simpático mayor), porque cuando el tronco nervioso ha sido resecaado, 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 caracteres 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 estrema 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 apercibe 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 órbita-ocular, pueden producir esta enfermedad. Una congestion cerebral es muchas veces causa de esta parálisis, ya que esta congestion tenga los caracteres 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 u otra lesión traumática, hay lugar á temer la persis-

(1) Magne, *Hygiène de la vue*, 4.^a 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 estrienina, 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 estrienina* practicadas del modo siguiente: se toman 2 centigramos de estrienina 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 esterno 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 sujeto 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, *Ovo. cit.*, 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 esterno. 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 escitación eléctrica de este músculo, ya voluntariamente en la parálisis del serrato mayor.

- (1) Gendrin, *Traduction d'Abercrombie*.
 (2) Duchenne (de Boulogne), *Ovo. cit.*, 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 é 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 resultaría 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 é 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.^a 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 perter 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) Bérard, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. II, et *Dictionnaire de médecine*, art. FACE (*Paralysie de la*).

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

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