

mejilla y en la region parotídea. Pero si la cara permanece paralizada, estos síntomas se disipan á los pocos dias y no vuelve á observarse desórden en la circulacion, ni trastorno en ninguna otra funcion.

2.º *Pardlisis del sétimo par en los recién-nacidos.*—Como ya dejamos dicho, la *única causa* de esta afeccion, que hasta ahora se ha observado en los recién-nacidos, es la *compresion del nervio por el forceps* en los partos difíciles. Lo que hace posible en el niño la compresion del nervio á su salida por el agujero estilo-mastoideo, es la falta casi completa de la apófisis mastoides y el poco desarrollo del conducto auditivo.

Las causas que hemos referido al hacer la descripcion de la enfermedad en el adulto, ¿pueden ocasionarla en el recién-nacido? No parece imposible, pero no conocemos ningun hecho en que pueda atribuirse la afeccion á otra causa distinta de la que acabamos de indicar.

En estos casos aparecen los síntomas de la enfermedad inmediatamente despues del nacimiento y á los primeros gritos del niño. Cuando este no llora, si está abierto el ojo del lado sano, solo se observan variaciones muy ligeras y casi imposibles de apreciar, que consisten en la falta de simetría de la cara; pero en cuanto empieza á llorar, se hace sumamente manifiesta esta falta de simetría. Hay sobre todo un momento que precede á los gritos del niño en que los síntomas ofrecen la mayor evidencia: las facciones del lado sano se ponen por momentos muy distendidas, y toman esa posicion particular que presenta la cara de los niños cuando lloran, al paso que el lado enfermo permanece inmóvil. Luego vuelve la cara al estado de reposo, y hay así alternativas mas ó menos numerosas hasta que se oye el primer grito.

Landouzy ha comprobado que á pesar de la no oclusion de los párpados, no hay ni inflamacion del ojo, ni epifora. Lo que se encuentra son los vestigios de la contusion en el punto en que se ha aplicado la cuchara del forceps.

Cuando estudiemos la hemorragia cerebral, tendremos ocasion de hablar de una forma interesante del sétimo par, que Gubler ha designado con el nombre de *hemiplegia alterna* (1).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

En el mayor número de casos esta afeccion aparece con rapidez y hasta repentinamente, como mas arriba hemos dicho, y luego que la parálisis es ya completa, la enfermedad permanece estacionaria por

(1) Gubler, *Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, 1858.

un espacio de tiempo mas ó menos largo, hasta que en seguida va declinando con lentitud.

La *duracion* ordinaria de la enfermedad, cuando es idiopática ó esencial, es de dos á tres setenarios, siendo muy raro que se efectúe la curacion antes de esta época; pero al contrario, es mucho menos raro que la enfermedad dure uno, dos y hasta seis meses, y en algunos casos puede prolongarse aun mucho mas. Ya conocemos el caso que ha citado Montault y en el que habia aun desviacion de la boca á los diez y ocho meses; y yo he observado uno mucho mas notable, puesto que la enfermedad databa ya de cerca de veinte años, y la parálisis permanecia completa, á pesar de que el mas detenido exámen no pudo hacer descubrir ninguna lesion orgánica en el trayecto del nervio. El individuo de esta observacion era una vieja que hacia ya mucho tiempo que habia renunciado á toda especie de tratamiento. En esta enferma no habia la atrofia de las partes blandas de la cara que C. Bell ha notado en un caso de larga duracion.

En los *recién-nacidos* que ha observado Landouzy, y la duracion ha variado entre algunas horas y dos meses.

No se ha citado ningun ejemplo de *terminacion* por la muerte en los casos no complicados. Acabamos de ver que la parálisis puede persistir y durar probablemente toda la vida, aun en los casos simples. En aquellos en que la parálisis resulta de la destruccion del nervio en cierta estension, esta continuacion de la parálisis es una consecuencia natural de la lesion orgánica. Despues de la seccion simple del nervio, pueden restablecerse los movimientos de los músculos.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Lo que hemos dicho en el párrafo relativo á las *condiciones orgánicas*, basta bajo el punto de vista en que debemos considerar la cuestion. Por consiguiente, nos contentaremos con recordar que unas veces está el nervio reblandecido, contundido, comprimido y destruido, y otras aparece á nuestros medios de investigacion, en una completa integridad.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Si se ha desarrollado en medio de un estado de buena salud, sin ningun accidente local, sin formacion de ningun tumor y sin signo alguno de cáries de los huesos, se puede admitir que es idiopática: en el caso contrario, sirve para fijar el diagnóstico el conocimiento de las circunstancias que acabamos de enumerar. Pero puede quedar todavía la duda de si es el cerebro mismo el que está afectado, ó si la

enfermedad reside en el nervio. Ya hemos dicho que en algunos casos raros se ha hallado en el cerebro un tumor poco voluminoso que habia producido la parálisis, y en tales circunstancias, es muy difícil asegurar durante la vida, si la afeccion es ó no idiopática; pero volvemos á repetirlo; estos casos son muy raros, y se concibe difícilmente que un tumor del cerebro pueda causar la parálisis facial sin producir ningun otro fenómeno.

Finalmente, algunos médicos suponen que en todos los casos de parálisis de la cara hay una pequeña hemorragia cerebral, opinion que es muy poco admisible. Si se estudian detenidamente los casos de hemorragia cerebral, aun los mas ligeros, veremos que no se limitan sus síntomas á una simple parálisis, pues siempre hay, ó un ligero aturdimiento ó un poco de estupor, y por lo comun, algunas alteraciones de la inteligencia, que aunque muy pasajeras, no por eso dejan de ser positivas. Por otra parte, la causa principal de la parálisis facial idiopática, es la impresion del frio, lo cual se acomoda poco con la existencia de una hemorragia cerebral.

En los recién-nacidos darán á conocer la causa de la enfermedad, los vestigios que quedan de la aplicacion del forceps.

Hay que hacer otro diagnóstico importante, que las investigaciones de Duchenne (1) ha ilustrado mucho; en efecto, puede preguntarse si la parálisis es ó no debida á una *lesion de los troncos nerviosos* mismos; siendo de un gran recurso, respecto á este punto, el uso de la electricidad. Si están intactos los troncos nerviosos, los músculos reciben la escitacion eléctrica y se contraen; pero si estan afectados profundamente, no se verifica la contraccion. Por otra parte, esto es lo que se observa en las demas parálisis como en la que nos ocupa, sea que exista lesion de un tronco nervioso, sea que exista en la médula misma.

Pronóstico.—El pronóstico de esta afeccion, cuando es idiopática, ofrece poca gravedad; sin embargo, la hemos visto prolongarse mucho en algunos casos, aunque son en verdad escepcionales. En los que dependen de una lesion orgánica, ademas del peligro propio de de esta lesion, es muy de temer que la parálisis sea absolutamente incurable.

Segun Rhazès (2), si la enfermedad no se cura en un mes, debe pronosticarse que es incurable; pero esta proposicion es demasiado absoluta, pues he visto hace dos años un enfermo que ha tardado tres meses en curarse. Lo que si es cierto, que si pasadas algunas semanas *no se percibe mejoría*, debe temerse que la afeccion sea superior á los recursos del arte.

(1) Duchenne, *Paralysie accompagnée de la lésion de l'irritabilité* (Bulletin gén. de théor., 15 de Setiembre 1852, t. XLIII, p. 199).

(2) Rhazès. *De tortura faciei*.

§ VII.—Tratamiento.

Lo primero que por lo comun se ha aconsejado, han sido las *emisiones sanguíneas*, que se usan principalmente cuando el dolor ó cierto grado de tumefaccion de la region parotidea anuncian una ligera irritacion de las partes. Al mismo tiempo se mantiene un *calor suave* por medio de la aplicacion de pedazos de lana á la parte de la cara que ocupa la parálisis, y principalmente al punto de salida del nervio, y además se dan algunos *purgantes* para efectuar una derivacion sobre el conducto intestinal. Cualquiera que sea el modo de obrar de estos medios terapéuticos tan sencillos, bastan para conseguir la curacion en muchos casos, y para obtener en otros muchos una mejoría evidente; pero es muy comun ver detenerse pronto esta mejoría que se conoce por la facilidad de cerrar un poco el ojo enfermo, por una ligera traccion de la comisura y por algunos pliegues en el carrillo. Entonces hay que echar mano de los demás medios que vamos á enumerar.

Se eligen los principales de estos medios entre los escitantes y los irritantes de la piel, tales como las *friegas* con una bayeta seca y caliente, ó las *fricciones* con varios *linimentos* irritantes, como, por ejemplo, el *alcohol alcanforado* caliente, un *linimento amoniaco* ó *alcanforado*, y la *esencia de trementina*. Tambien se ha propuesto la *pomada de Autenrieth*; pero todos saben que este medio doloroso produce una erupcion, que si se continúa un poco, deja cicatrices, por lo comun, estensas. Estos inconvenientes son de tal peso, sobre todo, en esta parte, que no debemos acudir con demasiada ligereza y prontitud á este remedio.

Un medio que se usa mas generalmente y cuya eficacia es innegable en un gran número de casos, es la aplicacion de *vejigatorios ambulantes* mas ó menos repetidos. Debe empezarse aplicandolos al punto de emergencia del nervio, despues sobre la sien y sobre las partes mas próximas á los sitios que acabamos de indicar. Es preciso no renunciar demasiado pronto á su uso, porque á veces no es evidente el alivio hasta despues de haber aplicado varios.

Se han propuesto tambien el *sedal* y los *cauterios*, siempre sobre el punto de emergencia del nervio. En algunos casos han sido ventajosos estos medios; pero ya se supone que no debe apelarse á ellos hasta despues de haber empleado inútilmente otros mas suaves, y en particular los vejigatorios ambulantes. Si la enfermedad se compliase con dolores constantes, lo cual es muy raro, se pueden aprovechar las superficies privadas de epidermis, para hacer absorver por ellas de 1 á 2 ó 3 centigramos (de $\frac{1}{5}$ á $\frac{2}{5}$ y $\frac{3}{5}$ de grano) de *morfina*.

Pigeaux ha citado un caso en que se ha obtenido casi la curacion completa por el uso de varias *moxas*; pero el mismo autor añade, que las cicatrices profundas que resultan de su aplicacion, son un incon-

veniente grave que debe hacernos desecharlas, á lo menos antes de haber empleado los demás remedios conocidos.

Jobert (1) ha propuesto la *cauterizacion trascurrente*, medio con el cual este autor ha conseguido curaciones completas. No hay duda de que tiene una gran eficacia, pero asusta á los enfermos, y así, solo debe recurrirse á su uso cuando la parálisis sea muy rebelde.

Naturalmente se habia de proponer el uso de la *estricnina* contra esta parálisis, y como la afeccion parece puramente local, se ha administrado esta sustancia por el método endérmico. Así, pues, sobre la superficie del vejigatorio desprovista de epidermis, se aplican de 1 á 3 ó 4 centigramos (de $\frac{1}{5}$, $\frac{3}{5}$ á $\frac{4}{5}$ de grano) de *estricnina*, aumentando la dosis con precaucion. Al médico toca juzgar, en vista de los efectos, de la necesidad de este aumento, y ver si debe pasarse de la dosis que acabamos de indicar.

La *electricidad* es otro de los medios que con mas frecuencia se han empleado; pero no volveremos á ocuparnos de su modo de aplicarla tantas veces repetido. El aparato de los hermanos Breton, es muy á propósito para este objeto; pero los procedimientos de Duchenne, de Boloña, son superiores y con mucho á todos los demás. Segun Castara (2), conviene colocar el polo positivo de la pila en la superficie interna de los carrillos y el negativo á la salida del nervio. Sería necesario hacer esperimentos comparativos que fijasen definitivamente el valor de este modo de aplicarla. Resulta de las investigaciones de Montault, que no se debe esperar demasiado para recurrir á este medio, porque sus efectos son tanto mas manifiestos, cuanto mas reciente es la enfermedad.

Un hecho singular que han indicado Pichonniere y Bottu Desmoriere, es la accion especial del ácido con que se carga la pila. Segun estos autores, el ácido nítrico escita la motilidad, y por consiguiente, á él debe recurrirse en los casos de que nos estamos ocupando; pero son necesarios nuevos esperimentos que nos hagan apreciar estas aserciones en su justo valor. La *electropuntura* hace mas enérgica la accion del fluido eléctrico.

Se ha citado en apoyo de cada uno de los medios que acabamos de indicar, cierto número de casos de curacion en los que ha parecido evidente su accion favorable; pero falta todavía por hacer un trabajo interesante. Sería muy útil que se averiguase cuáles de estos medios tienen mayor eficacia, y que se examinase tambien si hay algunos que convengan mas que otros á ciertos casos particulares. Es imposible hallar en las observaciones que conocemos, elementos suficientes para resolver este problema terapéutico, que se reproduce en el tratamiento de casi todas las enfermedades, y que tan rara vez se ha estudiado. Además, en la esposicion que acabamos de hacer, hemos

(1) Jobert, *Études sur le système nerveux*. París, 1833.

(2) Castara, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835.

procurado seguir el órden por grados del tratamiento, pasando de los medios mas suaves á los mas enérgicos.

Añadimos, que se debe *investigar con cuidado si el enfermo no está anémico*. En efecto, hemos visto casos, en los cuales no produjeron efecto los medios mas enérgicos, y la electricidad en particular, en tanto que no se prescribieron los *ferruginosos*. Administrado el hierro, se observó primero una mejoría evidente, y despues obraron con rapidez los medios de que acabamos de hablar.

Hasta se ha llegado á practicar la *seccion de los músculos* (1) del lado opuesto á la parálisis; pero á nadie se le ocurrirá imitar semejante práctica.

Tratamiento de la parálisis del nervio facial en los recién-nacidos. En los casos que hasta ahora se han observado, la parálisis facial de los recién-nacidos no ha exigido ningun medio de tratamiento, y se ha disipado por sí misma al cabo de un tiempo variable que mas arriba hemos indicado. El doctor Landouzy aconseja que se evite al ojo la impresion de una luz demasiado viva, que se favorezca la succion que debe ser mas ó menos difícil, dando el pecho al niño una nodriza cuyo pezon esté bien formado, y finalmente, que se procure que el niño no lllore. Nos parece que esta última precaucion es el resultado de un temor exagerado; pero respecto á las demás, es innegable su utilidad.

Ya se concibe que si la parálisis facial de los recién-nacidos no dependiese de la compresion que ha ejercido el forceps, sino de la misma causa que produce la hemiplegia facial idiopática en los adultos, se deberia recurrir á algunos de los medios anteriormente indicados, proporcionándolos á la edad del enfermo: así, pues, se usarán las fricciones irritantes y los vejigatorios ambulantes pequeños; pero esta no pasa de una simple prevision, pues, como hemos dicho, no hay absolutamente ningun ejemplo de semejante parálisis en los niños pequeños.

Quedan los casos en que la parálisis del nervio facial es consecutiva á una lesion orgánica. Claro está que lo que entonces debe combatirse principalmente, es la enfermedad que ha dado origen á la lesion profunda del nervio; pero estos casos son casi siempre superiores á los recursos del arte.

Por último, debemos recordar los hechos en que la afeccion ha cedido á un *tratamiento antisifilitico*. Estos casos prueban que nunca debe descuidarse el averiguar los antecedentes del enfermo, respecto á este punto. En cuanto al modo de dirigir este tratamiento, es demasiado conocido, y sería supérfluo indicarle aquí. ¿Habria en los casos á que aludimos alguna lesion del hueso, una exóstosis próxima al nervio que interrumpia sus funciones? No ha sido posible averiguarlo.

(1) Véase *Hannover Annalen*, t. I, 1841.