

sores despierta inmediatamente la idea de una neuritis de origen *alcohólico*, sobre todo si va acompañada de trastornos de la sensibilidad objetiva ó subjetiva (pseudotabes alcohólica), ó de origen *saturnino*, *arsenical*, *sulfocarbonado*, *oxicarbonado*. Las infecciones, tales como la fiebre tifoidea, tífus, fiebre puerperal, tuberculosis, difteria, etc., han también provocado á menudo la aparición de trastornos motores análogos: cuando faltan estos antecedentes y el enfermo está en la edad media de la vida, hay que sospechar la *diabetes*. Por último, del mismo modo que en las parálisis de los músculos del miembro superior, hay que pensar en una compresión si la parálisis es unilateral. Ciertos obreros que permanecen largo tiempo en una posición forzada, presentan parálisis del ciático popliteo externo (asfaltadores, sembradores de patatas).

Parálisis localizada del nervio facial—Se caracteriza por la inmovilidad de un lado de la cara y su contraste con el lado sano, que queda arrugado, movable y expresivo: la hendidura palpebral del lado enfermo es más abierta que en el lado sano, y las lágrimas se derraman por las mejillas. El enfermo no puede pronunciar las labiales, ni silbar, ni masticar tan fácilmente los alimentos: la punta de la nariz está desviada, y el ala de la misma inmóvil.

Tales son los signos exteriores de la parálisis facial. Puede afectar al conjunto de músculos inervados por el nervio ó el facial inferior solamente (ningún trastorno en la oclusión de la hendidura palpebral)¹. En el primer caso, indica una *lesión periférica*. Si existe parálisis de los músculos de la cara sin otros trastornos, hay que pensar en una lesión del nervio después de su salida del conducto de Falopio. Si el gusto y la salivación se hallan modificados, existe una lesión por encima de la cuerda del tambor; si hay hiperacusia, el nervio está afectado por debajo del ganglio geniculado, entre éste y el nervio del músculo del estribo. Si el velo del paladar y la úvula están inmóviles, el ganglio geniculado está alterado.

La parálisis facial de origen periférico reconoce diversas causas. En el niño hay que pensar en una parálisis de origen obstétrico. En el adulto, debe examinarse con cuidado el estado del conducto auditivo para buscar los indicios de otitis anterior ó de caries del peñasco; si no existe ninguna de éstas, puede tratarse de una lesión de origen infeccioso (tétanos) ó *a frigore*.

La parálisis facial debida á una *lesión cerebral*, se reconoce 1.º en la integridad del facial superior; 2.º en la conservación de los movimientos

¹ El facial inferior suele estar algo afectado en las parálisis de origen central, pero menos que en las parálisis periféricas.

reflejos; 3.º en la conservación de la contractilidad eléctrica, mientras que en la parálisis facial periférica existe reacción de degeneración total ó parcial; 4.º si se inyecta una solución de pilocarpina (1 á 4 miligramos) á cada lado de la cara, en la parálisis central, no hay ningún retardo de la secreción sudoral del lado enfermo respecto del lado sano, mientras que en la parálisis periférica grave hay un retardo de uno ó dos minutos; 5.º la parálisis central va acompañada de hemiplegia, ya del mismo lado ya del lado opuesto. Cuando es aislada, ha de hacer sospechar una neoplasia sifilitica del cerebro. Por último, la parálisis facial histérica se encuentra en sujetos nerviosos que presentan otros estigmas.

La parálisis facial doble (diplegia facial) es de origen obstétrico, ó debida á una lesión doble de origen otítico; sólo por excepción es de origen bulbar.

II. MONOPLÉGIAS. — La monoplegia es la parálisis de un miembro; puede ser braquial ó crural. Puede ser de origen central, é indica entonces una lesión del centro motor del lado opuesto¹, ó de origen periférico, ó de origen funcional.

Una *monoplegia crural* que vaya acompañada de dolores subjetivos sumamente intensos, indicará una *lesión nerviosa periférica* debida á una compresión ó á un traumatismo: acompañada de trastornos circulatorios, de claudicación intermitente y de enfriamiento considerable, puede ser de origen *isquémico*.

Si la monoplegia del miembro inferior va asociada á una disminución de la sensibilidad del lado opuesto, será resultado de una *compresión unilateral de la médula*. Si la anestesia reside en el mismo lado, si la parálisis ha sobrevenido súbitamente por efecto de una emoción ó de un traumatismo, se tratará probablemente de una *parálisis histérica*, cuya naturaleza podrá ser confirmada por la presencia de estigmas. Si la monoplegia va acompañada de *epilepsia jacksoniana*, debe sospecharse un *tumor cerebral* ó una *irritación meníngea*. Finalmente, la monoplegia puede proceder de una *parálisis infantil*: existe entonces una atrofia muscular considerable y una suspensión de desarrollo del miembro.

En el brazo, las causas de la monoplegia son las mismas que en el miembro inferior; pero hay afecciones que se encuentran más comúnmente en el miembro superior, por esto la *monoplegia braquial de origen radicular* es frecuente. Va acompañada de atrofia muscular, de trastornos de la sensibilidad y de reacción de degeneración, y generalmente es consecutiva á un traumatismo. La monoplegia braquial de origen cerebral es frecuente: precedida de un pequeño ictus y acompañada de exa-

¹ Véase el capítulo de las *Localizaciones nerviosas*.

geración de los reflejos, indica una *hemorragia* ó un *reblandecimiento* localizado. Las más de las veces va acompañada de epilepsia jacksoniana é indica una meningitis en placas ó un tumor cerebral (quiste, goma, etc.).

III. HEMIPLEGIAS. — La hemiplegia es la parálisis de una mitad del cuerpo ¹.

Sobreviniendo en un niño, con fiebre y convulsiones, indica una meningitis, las más de las veces una *meningitis tuberculosa*; si es apirética y va acompañada de crisis epileptiformes, de exageración de los reflejos y de trastornos de la inteligencia, se tratará de una *esclerosis infantil*. Puede ser también producto de una *parálisis infantil* ó una manifestación del *histerismo*.

En el *adulto*, puede manifestarse á consecuencia de un *traumatismo del cráneo*: existe entonces un hundimiento ó un derrame sanguíneo que comprime la región motriz. Si sobreviene en un *individuo joven* afecto de una lesión cardíaca, será el resultado de una embolia cerebral; no existiendo ninguna alteración cardíaca, podrá sospecharse la *sífilis cerebral*: la investigación de los antecedentes ó estigmas de especificidad y sobre todo la curación rápida bajo la influencia de un tratamiento antisifilítico intenso, permitirán afirmar este diagnóstico. Acompañada de fenómenos de *epilepsia jacksoniana*, indica un tumor cerebral. Una de las causas que puede también sospecharse en un hemipléjico joven, es el *histerismo*: la hemiplegia histérica será reconocida por la integridad de la cara, que las más de las veces existe, por la hemianestesia, y por el aspecto mismo de la parálisis, que más bien es una paresia que una parálisis completa: el enfermo, en vez de cojear, arrastra el pie durante la marcha; el ataque sobreviene á veces por efecto de una emoción. Los reflejos no están modificados, mientras que son exagerados en la hemiplegia orgánica. Esta parálisis es curable bajo la influencia de los estesiógenos.

En el *anciano*, una hemiplegia derecha con afasia es indicio de un *reblandecimiento cerebral por trombosis*. Si la *hemiplegia* es *izquierda*, y sobreviene á consecuencia de un ictus en un sujeto obeso y ateromatoso, es preciso pensar en una *hemorragia cerebral*. Si ha aparecido en un hombre muy alcohólico, y que presenta obnubilación cerebral, puede creerse en una *paquimeningitis hemorrágica*.

En ciertos casos, la hemiplegia sobreviene durante el curso de una enfermedad ya averiguada; es fácil, pues, reconocer su causa. Así se ven sobrevenir hemiplejas durante el curso de las enfermedades nerviosas

¹ Véanse más adelante, en las parálisis asociadas, los síndromes de Weber, de Gubler, Millard, etc.

(*parálisis general, tabes, esclerosis en placas*), sin gran valor diagnóstico, y consecutivamente á las enfermedades infecciosas (*fiebre tifoidea, pneumonia, pleuresia, paludismo, fiebres eruptivas*), y á las intoxicaciones (*saturnismo, hidrargirismo, intoxicación oxi ó sulfocarbonada*); estas últimas entran probablemente en el cuadro de las hemiplejas histéricas.

IV. PARAPLEGIAS. — La paraplegia puede definirse diciendo: que es la impotencia funcional de los dos miembros inferiores, sea parcial sea total; por extensión se ha aplicado este nombre á las parálisis que afectan á los miembros superiores aisladamente, ó al mismo tiempo á los superiores y á los inferiores (paraplegia cervical).

a) La *paraplegia cervical* se encuentra en el curso del *mal suboccipital*; el examen de la columna vertebral es, pues, indispensable cuando se presenta un caso de este género. Si la parálisis va acompañada de atrofia muscular, hay que pensar en dos enfermedades: la *esclerosis lateral amiotrófica* acompañada de exageración considerable de los reflejos, y la *siringomielia*, en la cual la atrofia va acompañada de trastornos de la sensibilidad térmica.

b) La *paraplegia espinal*, ó sea la paraplegia de los miembros inferiores, puede ser consecutiva á un traumatismo, ir acompañada de un movimiento febril, ó manifestarse sin pirexia alguna.

Después de un traumatismo, la parálisis será el resultado de una *herida*, de una *luxación*, de una *fractura de la columna vertebral*, de una *conmoción* ó hasta de una *hematomielia* ó de un *derrame sanguíneo en las meninges espinales*. Si la lesión ha sido producida por un instrumento contundente, podrá presentarse el *síndrome de Brown-Séguar*, ó sea una *hemiparaplegia motriz con una hemiparaplegia de la sensibilidad del lado opuesto*.

Cuando va acompañada de fiebre, la paraplegia se manifiesta generalmente durante el curso de una enfermedad aguda, *fiebre tifoidea, blenorragia, difteria, fiebre intermitente, tuberculosis*, ó bien se produce sin más síntomas que los suyos propios: es debida entonces á una *poliomielitis anterior aguda*, á una *parálisis ascendente aguda*, ó á una *polineuritis*. En estos casos la marcha ulterior de la enfermedad permitirá establecer un diagnóstico poco después de haber aparecido.

Cuando es crónica, la paraplegia puede ser *flácida* ó *espasmódica*. Se distingue la primera variedad por la falta de exageración de los reflejos, y la segunda por un desarrollo considerable de la reflectividad, y por la contractura ó tendencia á la misma.

La *paraplegia flácida* se encuentra en la *tabes*, ó *enfermedad de Friedreich*, en la *hematomielia*, y excepcionalmente en el *mal de Pott*.

En el curso de las *neuritis tóxicas*, constituye la regla; se distingue de la parálisis de origen medular por la falta de trastornos en los esfínteres. Presenta además un carácter especial, y es que ataca más bien á los músculos de la pierna y del pie, dejando intactos los del muslo. La paraplegia de origen tóxico se muestra durante el curso del *alcoholismo*, del *arsenicismo*, del *saturnismo*, del *beriberi*, de la *diabetes*, y del *envenenamiento por el óxido de carbono*; la investigación de los antecedentes tiene, pues, un gran valor para precisar la naturaleza de la paraplegia.

Entre la paraplegia flácida y la espasmódica, se coloca la *paraplegia histérica* con su comienzo súbito, á consecuencia de una emoción ó de un traumatismo, sus alteraciones sensitivas, su integridad de los esfínteres, y sus reflejos tan pronto abolidos como exagerados.

La *paraplegia espasmódica* es indicio de una lesión medular, trátase ya de una *enfermedad de Little* en el niño, ó de una *compresión de la médula*, sea cual fuere su naturaleza (de origen *óseo*, *meníngeo*, *neoplásico*, *quistico*). Las dos afecciones que la causan más comúnmente en el adulto son el *mal de Pott* y el *cáncer de la columna vertebral*. La compresión, en vez de ser extramedular, puede ser intramedular: *glioma*, *psammoma*, *tubérculo*; son casos especiales sobre los cuales es inútil insistir.

V. PARÁLISIS ASOCIADAS. — Comprenden diversas variedades.

1.º *Hemiplegia de un lado con parálisis de la cara del lado opuesto* (parálisis alterna). Es el *síndrome de Gubler-Millard*, es debido á una lesión de la parte inferior de la protuberancia ¹.

2.º *Hemiplegia de un lado con parálisis de la cara y del nervio motor ocular externo del lado opuesto*. Esta debe despertar la sospecha de una lesión residente en la parte media de la protuberancia.

3.º *Hemiplegia de un lado con parálisis de los músculos inervados por el motor ocular común del lado opuesto*. Es el *síndrome de Weber*. Indica una lesión de la parte superior del mesocéfalo.

4.º *Oftalmoplegia externa con parálisis y atrofia de los miembros*, sintomática de una *polioencefalitis*.

5.º *Asociación de dos hemiplegias sucesivas dando lugar á la parálisis pseudobulbar*.

VI. PARÁLISIS GENERALIZADAS. — Son bastante raras; resultan á veces de una *hemiplegia doble*, y entonces la parálisis rara vez es completa é igual en ambos lados. Las más de las veces el diagnóstico es dudoso entre la *polineuritis*, la *parálisis espinal anterior* y la *enfermedad de Landry*. En favor de la *polineuritis* puede indicarse la falta de trastornos

¹ Véase el capítulo de *Localizaciones nerviosas*.

de los esfínteres, y la marcha progresiva y lenta hacia la curación; la *parálisis de Landry* tiene de característico una evolución rápidamente progresiva y fatal.

CONTRACTURAS

La *contractura* es «un estado patológico del músculo, caracterizada por su rigidez involuntaria y durable» (Blocq). Esta definición permite distinguirla fácilmente de otros diferentes estados patológicos, en los cuales la rigidez es pasajera.

Técnica general. — Es frecuente sospechar á primera vista la contractura por las *actitudes anómalas* que toma el miembro ó los segmentos del mismo, y que generalmente no son sino la exageración de una actitud fisiológica. Tiene lugar en asociaciones funcionales de músculos, y en el caso de estar atacado un grupo sinérgico, las actitudes se explican por el predominio de acción de ciertos músculos sobre sus antagonistas. Así, en el miembro superior, es más frecuente el tipo de flexión ó el predominio de los flexores, mientras que los miembros inferiores se contracturan más bien en extensión.

Al palpar los músculos, se ve que *su consistencia está aumentada*, y son duros al tacto; esta sensación de dureza puede ser tal que dé la idea de una consistencia casi fibrosa. Cuando está atacado todo un miembro, éste está rígido, como fijado por una barra de hierro, y no puede ejecutar movimiento alguno. La macidez de los músculos está aumentada á la percusión. A la auscultación se percibe, según dijo ya Laënnec y lo demostró Brissaud por medio del micrófono, un sonido débil y desigual en vez del sonido fuerte y regular que deja percibir el músculo normal.

En general, las reacciones eléctricas no sufren modificación alguna, y la exploración eléctrica no da grandes resultados.

El diagnóstico de contractura se apoya, además de los signos precedentes, en las modificaciones que presenta el funcionalismo del músculo y en el examen de los reflejos.

Efectivamente, en la contractura, los movimientos del músculo están disminuídos ó son imposibles. Para asegurarnos bien de la existencia de la contractura, debe probarse de obtener una actitud inversa de la que toma el miembro; así, si la mano está contracturada en flexión, debe intentarse abrir los dedos con la mano doblada en forma de gancho é introducida entre ellos y la cara palmar, y se percibirá entonces una resistencia especial que no es la que opone un obstáculo invencible, sino una resistencia elástica comparable á la de un resorte muy tenso; tan

pronto como cesa la resistencia, reaparece la contractura. Esta sensación que ha de experimentar la mano tiene mucha importancia, pues basta por sí sola para diagnosticar la contractura verdadera, espasmódica, de la pseudocontractura. Este es el resultado de una retracción fibrosa ó tendinosa: la sensación que produce es la de una resistencia invencible. Veremos más adelante cuáles son los caracteres que permiten diferenciar completamente estos dos estados.

La contractura va siempre acompañada de modificaciones de los reflejos tendinosos. Los *reflejos* del miembro ó de las regiones contracturadas son *muy exagerados*: en el miembro inferior, esta exageración es fácil de comprobar á nivel del tendón rotuliano ó del tendón de Aquiles. La trepidación epileptoidea acompaña generalmente á la exageración de los reflejos, pero no de un modo constante. El fenómeno puede ser á veces muy intenso y no solamente se comunica la trepidación al miembro del lado opuesto, sino también á las extremidades superiores.

Examen bajo la acción del cloroformo. En ciertos casos, el diagnóstico de contractura es difícil de afirmar y hay que recurrir al examen con el cloroformo: tal es el caso en ciertas coxalgias histéricas. En efecto, la anestesia clorofórmica hace desaparecer las contracturas espasmódicas; si se lleva muy allá la anestesia, el estado espasmódico es reemplazado por una resolución completa. Este medio permite, además, reconocer una contractura simulada.

Examen con la venda de Esmarch. La contractura espasmódica presenta además otra particularidad, y es la de disiparse bajo la influencia de la isquemia obtenida con la venda de Esmarch; pero, para que sobrevenga la resolución muscular, es preciso que ésta quede aplicada durante cierto tiempo. Cuando se emplea este procedimiento en los histéricos, existe una causa de error; Charcot ha demostrado que en muchos de estos enfermos en diátesis de contractura, la aplicación de la venda era uno de los mejores medios para ocasionar la contractura; pero si se deja aplicada cierto tiempo, sobreviene entonces la isquemia y con ella la flacidez.

Diagnóstico. — Estas diferentes exploraciones permiten distinguir fácilmente la contractura de los demás estados espasmódicos; las *convulsiones tónicas*, los *calambres*, los *tics*, son fácilmente reconocidos por su corta duración. La rigidez de la *enfermedad de Thomsen* no sobreviene sino en caso de movimientos voluntarios y no es durable. Las *pseudocontracturas*, que aparecen después de las contusiones, de lesiones musculares, de miositis en el decurso de la enfermedad de Parkinson, de las miopatías, son á veces difíciles de distinguir de la verdadera contractura.

En la siguiente tabla, cuyos datos principales se han entresacado de la tesis de Blocq, se indican los caracteres distintivos de estos dos estados:

<i>Contractura</i>	<i>Seudocontractura</i>
Reflejos exagerados, á menudo trepidación epileptoide.	Reflejos abolidos ó disminuidos, nunca trepidación.
Tiende á generalizarse.	Es siempre muy localizada.
La contractura es variable.	La pseudocontractura es constante.
Sensación de resistencia elástica cuando quiere vencerse la contractura.	La sensación es una sensación de dureza invencible.
Posibilidad de hacer desaparecer la contractura con la aplicación prolongada de la venda de Esmarch.	La venda de Esmarch no la modifica.
Desaparición bajo la influencia de la anestesia generalizada.	Persistencia en la narcosis.
Ninguna modificación de las reacciones eléctricas.	Reacciones eléctricas alteradas.

Una vez establecido el diagnóstico de contractura, es posible con cierto hábito apreciar su grado; á veces es tan marcada que se deja vencer con las mayores dificultades, y otras veces cede fácilmente. Esta apreciación del grado de la contractura tiene cierta importancia, pues permite á veces formular un pronóstico.

Varietades de contracturas. — La contractura puede afectar á un solo músculo (esfínteres)¹, pero las más de las veces ataca á todo un grupo; cuando interesa un músculo, puede ser el resultado de una afección *articular* ú *ósea* vecina, en el tortícolis, por ejemplo; en la mandíbula, constituye el *trismus*. Puede ser resultado de una *lesión muscular*. Si no existe ninguna lesión orgánica susceptible de haberla producido, debe pensarse en el *histerismo*, sobre todo si el sujeto sufrió algún tiempo antes un traumatismo ó experimentó una emoción. En general, la *contractura histérica* da lugar á actitudes excesivamente violentas, va á menudo acompañada de anestesia ó de disestesias, y puede transferirse de un lado al otro. Si el sujeto no presenta otros estigmas de histerismo, si la contractura es *monosintomática*, el diagnóstico es difícil; en este caso el examen con el cloroformo puede dar resultados.

Cuando la contractura ataca á un grupo muscular, es generalmente de origen articular (*coxalgia*, *tarsalgia*); se observa por efecto de ciertos tratamientos intempestivos, por ejemplo, de una electrización demasiado violenta en el curso de una parálisis facial.

Existe una forma de contractura sobre la que debemos insistir aquí: es el fenómeno que Kernig ha descrito en la meningitis cerebroespinal,

¹ Véanse los *Trastornos de los esfínteres*, pág. 397.