



Breve reseña
sobre la
Enfermedad de Menière



PA 345020
45225086



Dr. J. M. Castellanos

Dr. J. M. Castellanos

Confirmando la recepción de la obra



b18490608

25502086



Prólogo

Los adelantos llevados a cabo de algunos años en esta parte en el estudio de las enfermedades del oído, sobre todo en su porción laberíntica, así como en el de las enfermedades encefálicas y medulares, nos ponen de relieve a la vez y a la vez con frecuencia de ciertos síntomas, imagen fiel de su génesis común, lo que da lugar a una simplificación de su inclusión en el cuadro nosológico, como especies distintas, ciertas

asociaciones sintomáticas que
no por ser menos frecuentes, son
menos interesantes, las cuales son
las que, de in el estudio práctico
de las enfermedades nerviosas
el sello de la dificultad que
las distingue, pudiéndose combi-
nar recíprocamente, para dar
lugar a un complejo sintomá-
tico en el que hay una ^{señal} que
sea que llenar; cual es, el papel
que a las diversas partes del sis-
tema nervioso corresponden.

El estudio sucesivo de estas
diversas especies, detalla-
do y minucioso, bajo el punto de

vistas didácticas, para facilitar la
exposición, en cuenta en la clínica
serias dificultades, pues el tercio de
los casos típicos, que son en definitiva
en menor número, existe una enor-
me cantidad de formas híbridas, que
importa conocer.

Todos estos procesos morbidos que
tienen simultáneamente puntos ais-
lados del laberinto, de la Médula y
del encefalo, o que se propagan de
unos a otros por vía de continuidad,
presentan independientemente de los
síntomas propios a cada uno de
ellos, un cierto número de manifesta-
ciones del oído interno, encefálicas
y bulbares, descritos generalmente

con el nombre de vertigos, atonamientos, pérdidas del conocimiento, ataques llamados conjetivos &c.

Siendo precisamente el vertigo el síntoma mas culminante de la enfermedad de Spence natural, es que fijemos en él nuestra atención, ya sea con el objeto de explicar su producción o ya tambien con el de fijar la modalidad que reviste en este mal, dándole su verdadera significacion y deslindeándolo del que se presenta en otras enfermedades, para formar el diagnóstico

preciso de la dolencia.

24
Nuestro trabajo consistirá pues, en el estudio completo de la enfermedad de Spence, dando cuenta cumplida de los síntomas nerviosos, que la caracterizan, pudiendo todas las reconocidas formas de vertigo de Spence, que han y continúan admitiendo algunos autores, en una descripción común, ya que todas ellas reconocen por causa una irritación directa o indirecta del nervio acústico: y siendo esto una de las partes mas importantes entre las que constituyen el aparato auditivo, que si bien es dependiente del encéfalo, por sí mismo se comprende, que algunas lesiones del aparato receptor de las ondas sonoras

una que asienta en la porcion que opera en cierto modo del poder de sus mitades y transforman dichas ondas, pueden producir pero' menos analogos a las que residen en el organo Aramunios; y, con mas motivo hemos de conozer, que el mecanismo del mal que nos ocupa, se presentara' siempre que el centro perceptor o sean los diversos nucleos del nervio ocular, estén bajo el influjo de alteraciones capaces de producir estados irritativos analogos a los que, actuando en su porcion periferica, del dicho aparato, acarream los sintomas tipicos de la dolencia que estudiamos.

Plan

Este estudio, constara' de seis capitulos.

El primero, lo destinaremos a la historia de la enfermedad y a sus sintomas.

El segundo, tratara' de la Anatomia patologica conocida.


El tercero, de la fisiologia experimental, como base de la patologia.

El cuarto, lo dedicamos, conocido los datos primeros, al estudio de la variabilidad etiologica del mal.

El quinto, estara' dedicado al diagnostico diferencial y al pronostico.

El sexto, se ocupara' de las indicaciones que se han de cumplir, o sea el tratamiento: terminando por ultimo, este

estudio, con la contemplación
sintética de la enfermedad, en
forma de conclusiones.



DuRoiy tuvo la feliz idea, de designar
con el nombre de enfermedad
de espere, a un conjunto de sín-
tomas, que él, por vez primera
describió en una comunicación
dirigida a la Academia de Medicina
de París, el día ocho de Junio de
mil ochocientos sesenta y uno,
que publicó en la Gaceta espe-
cial, siendo verellevadamente
el iniciador del estudio de di-
cho mal.

Ogüieronos luego en su
misma patria utotels, como
Lomrosean, que ha dejado va-
rias descripciones trancidas

de memo maestros, como
se puede ver en diversas
partes de su clinica psiquica
de Hötels-Dieu y Bonisfont
que se separó mucho de la
opinion de Speeniere
respecto a la locacion
mas comun de la enfer-
medad.

Para esto me voy
una nueva fase de evo-
ucion en memos de
Américanos e Ingleses,
tales, como Planché

Boynbee, Bron-Sequard y Knapp y
Moos, que remieron en una memoria
que vio a luz en los Archivos de
Oftalmologia y Otologia de New-York
en 1870. La mayor parte de elementos
que en aquella época andaban dis-
persos. Alemania, no podia quedar
en segundo término, siendo la nacion
que marcha al frente del movimiento
científico actual, así es, que en su im-
ponente marcha, el terreno estudiado
utilisimos, respecto a la supermedula
que nos ocupa. Los puros textos
Anatomicos practicados por Rosen-
thal, Meynert y Herguein, así como
los preciosos trabajos fisiológicos
de Ranke, Wensen, Botcher, Golter

Wilmott y Brener, secundados
en Austria por Stepani y Weiss,
y en Francia por los no menos
curiosos de Graciat et Weil,
levantando del olvido, en que
yacian los de Mourous, prepa-
raron a los patólogos el terreno
mas o menos firme, sobre el
cual han edificado la super-
medich en cuestion. Desuertes,
que los trabajos sobre patolo-
gia auricular de algunos de los
ya citados y de los Schwartze,
Frölsch, Verbentschitsch, Ince
y Poltner en la orilla oriental
del Rin y los de Chasot-
Guersler y Girardeau en las

occidentales, los de Sussana Valtolini-
Giovanni Longhi en Italia y en Espa-
na algunas publicaciones en las re-
vistas médicas, han contribuido de una
manera positiva ^{al conocimiento} de dicho aspecto y
sobre todo, el tratamiento se ha enrique-
cido con medicamentos ^{revelados} clerumen-
tes heroicos.

A pesar de tantos estudios, el cono-
cimiento patológico que nos ocupa, no
ha entrado, como merece en la prác-
tica usual; pues aunque esta super-
medich no es rara, es casi siempre,
desconocida y atribuida a especies
morbosas, ^{mas vulgares} tales como entre otras, la
congestion cerebral apoplejiforme,
el mal menor epileptico y principal-

- mente el vértigo gástrico.

En ciertos casos, el error se ha
sido justificado, hasta cierto punto,
por las dificultades que puede
ofrecer el diagnóstico. Con todo,
el vértigo laberíntico, se presen-
ta con un conjunto de rasgos
suficientemente característicos
para que pueda determinarse
su genuina significación sin
gran dificultad, como puede
verse por la siguiente descrip-
ción.

Cuando es primitiva, ataca
generalmente a los individuos de
constitución robusta y que
han gozado, hasta el momento

del ataque, de integridad cerebral com-
pleta. Brunnier considera, que la causa
determinante, la debemos buscar en un
aumento del modificador externo, Men-
do calor. Opinión que abraza Politzer
fundándose en el hecho de haberse de-
clarado, la enfermedad en un cliente
suyo, después de estar un largo espacio
por la primavera, en un caluroso día
de verano.

Esta enfermedad puede aparecer con
síntomas que simulan una congestión
epileptiforme del cerebro, e
imperar por ruidos subjetivos, aton-
amientos y ~~acompañados~~ de vérti-
gos, que pueden llegar hasta la
pérdida súbita de la conciencia.

(Rabinsen) perturbaciones del equili-
brio, terminándose el ataque,
por vértigos con inclinación al
vómito, palidez de la cara y fría
transpiración generalmente biva-
lateral, que se pueden repetir a los
los intervalos.

Estudiando detalladamente estas
síntomas, veremos la íntima
relación que existe entre el desar-
rollo súbito de los ruidos del oído,
y hasta su exasperación, con la
invasión de las sensaciones verti-
ginosas. En realidad, uno de los
rasgos específicos del vértigo de
Spénière según Charcot, es, que
es anunciado, y acompañado ne-

-cesariamente, por los ruidos del oído.

Sin duda que los vertigines, los zumbidos,
y los silbidos de oído, son un fenómeno
un poco común y que acompaña fre-
cuentemente a otras especies de vértigo,
distintas del que se tiene a la enferme-
dad de Spénière, pero, en esta última
afección, adquiere el momento del aca-
so un predominio, y una intensidad,
que no se observan ciertamente en otras.

Para convencernos de la veracidad de este
aserto, basta solo interrogar a los enfer-
mos, que nos contestarían, unos diciendo
que sienten un ruido estridente, análo-
go a un silbato de locomotora, hasta
el punto, que duda de si es o no alucina-
ción de su oído lo que experimenta. Otros,

nos dirían que estos ruidos, aseme-
jarse al producido por un saeco
lleno de charros, sacudido con violencia,
mientras que otros lo comparan á
una descarga de fusilería ó de
fuegos artificiales: pero, este rui-
do ocupa esclusiva ó principal-
mente uno de los oídos, suceden-
do con el acceso vertiginoso en las
casas ligeras.

Despertada la atención del
médico, por estos pensamientos, pa-
sa al examen del aparato auditivo,
que siempre le hace creer en
la existencia de síntomas locales
que acusar ya la otitis laber-
íntica á beneficio del tic-tac

del reloj, ó del diapason, siendo en este
caso la percepción por el intermedio de los
huesos del cráneo á menudo, completamen-
te nula. Pero, cuando es solo unilateral
si colocamos el diapason en el vértice
del cráneo, será percibido distinta y
únicamente por el oído sano, si bien
en algunas casas, ^{tres} como las tres que
cita Huaspp, existe sordera, solo para
ciertas sonidos. O ya la otitis escleroma-
tosa con angulosidad de los huesecillos
propagada al vestibulo y al laberinto,
ó un pólipos, un tapón de cerumen,
ó también de un simple catarro del oído.
(Green) &c.

Por lo que se refiere al vértigo, consi-
derado en sí mismo, ofrece algunos caracte-

-terres especiales. Apenas siempre
que la cabeza verifica un movi-
miento rápido de rotacion, de incli-
nacion o de estension, en estas en-
fermas. Consta con frecuencia
si se ha de juzgar por las descri-
o de las observaciones de Charcot,
esta sensacion de un marimiento
de traslacion de todo el cuerpo, de
atrás adelante, o de delante atrás,
de tal modo, que figura segun el
caso, una caida hacia atrás o hacia
adelante: tambien se une algun-
as veces, como ha notado Juge,
a esta sensacion, otra de rota-
cion al rededor de un eje tras-
versal, una verdadera vertetera

y aun un salto de trampolin. Algunas
veces, la rotacion del cuerpo, parece
por el contrario, verificarse al rededor
de un eje vertical, ya de izquierda a
derecha, ya de derecha a izquierda, se-
gun sea el lado afecto. Es siempre
experimentem los enfermos las mismas
formas de rotacion, pudiendo en algun-
os casos sentir unas despues de otras,
aun las mas diferentes. Es preciso notar,
que se trata de marimientos enteramen-
te subjetivos, de verdaderas alucina-
ciones, que se traducen en el exterior mas
que por un estremo circunscrito, un marimen-
to de sorpresa y a veces, la necesidad
que experimenta el enfermo, de arrimarse
se a los objetos que le rodean o de ser-

taerse para no caer al Suelo.

Las perturbaciones del equilibrio durante el ataque, se manifiestan por la vacilacion en la marcha que puede aumentarse hasta el punto, que tenga lugar la caida y que el enfermo se encuentre precipitado violentamente al suelo, en el sentido que corresponde a la sensacion vertiginosa o sea en la direccion del sitio afecto; pudiendo citar a este proposito, el caso de Charcot, que se refiere a una señora, que en sus accesos, sentia siempre que se caeria de la precipitaba hacia adelante: y en efecto, en uno de

ellos, cayó pesadamente sobre la cara y se rompió los huesos de la nariz.

En los casos ligeros, podemos aumentar estas perturbaciones, cuando el paciente ensaya a pasear en la oscuridad, o con los ojos cerrados. En ciertas circunstancias, antes de caer, dan grandes oscilaciones bruscas y prolongadas, que hasta hacen perder el equilibrio a las personas que les sostienen.

Importa hacer observar, que durante la crisis, segun Charcot, el enfermo conserva en absoluto la perfecta conciencia de sus actos, cualquiera que sea su intensidad, mientras que para Politzer que es una verdadera autoridad respecto a este punto, dice haber observado

en los casos graves, momentánea
pérdida de la conciencia, si bien
ambas están conformes, en que
una vez disipados los primeros
efectos del ataque, se encuentran
inmediatamente en disposición
de dar cuenta detallada y exacta
de todo lo que ha sentido, si este
ha sido ligero.

Al título de fenómenos necesar-
ios, señalarémos las siguientes:
las náuseas y los vómitos, que
marcan generalmente el fin
del ataque. En tanto, está clara,
la cara está pálida y la piel
cubierta de una fría traspira-
ción generalmente bilateral.

Se presentan algunos de sudor uni-
lateral: de muerte, que reproduce la ima-
gen del síncope, mas bien que la del gol-
pe de sangre. Nunca hay dificultad
en la palabra, no así en la escritura,
pues Truze, afirma, que en varias
observaciones que he hecho, y que
Peltzer ratifica, apoyándose en un
caso muy curioso que se le presentó, que
el manuscrito en estos enfermos, está
completamente tambaleado, parecido en
un todo, al tembloroso de un anciano.

El curso de las epurmedales de
Spencer, depende de la intensidad
de los síntomas y de la gravedad
que revisten. En los casos ligeros, pa-
sados los alarmantes fenómenos del prin-

- cipio, todos los síntomas de crecen
después de algunos días, siendo el
último en desaparecer, el descenso
del equilibrio, pues el enfermo no
puede andar sin la ayuda de
un bastón. Es regla general, que
el cuerpo, en este período, se in-
clina, cuando anda, hacia el sitio
afecto. Con la mengua de los
vértigos, y la disminución de la
resaca en la marcha, la
escritura recobra su forma pri-
mitiva. Además de los síntomas
mencionados, se presenta en la
primera semana de la enfermedad,
apoplejiforme, la depresión men-
tal; lentitud en el pensamiento

y debilidad en la memoria.

En los pacientes en que no aparece
otro ataque después del primero, los vérti-
gos y las perturbaciones del equilibrio desa-
parecen gradualmente, después de algu-
nas semanas o meses, si bien en la irreso-
lucion de la marcha puede continuar
durante algunos años, llegando según
haya en varias observaciones, hasta diez.

Las sonidas y silbidos constantes, des-
pués de algun tiempo pueden disminuir
en violencia, pero, a menudo continúan
con la misma intensidad por todo
el resto de la vida, ^{con} contenido con una
sordura absoluta, pues esta persiste
irremediablemente con mucha frecuencia
y solamente en muy pocos casos es sut-

-ceptible de una pequeña mejora.
Algunas veces, como he mencionado,
la afección cesa después del
primer ataque, sin que reaparezca
con otros, pero, hay otros muchos
casos, en que los vertigos pueden
sobrevinir todos los días, y, si me-
diada que la afección progresa, las
crisis tienden a aproximarse,
y a confundirse de tal manera,
que por fin constituyen un esta-
do vertiginoso, por decirlo así,
permanente, en medio del cual
se dibujan parosismos más o
menos frecuentes y que reproducen
todas las fenómenos de las
antiguas crisis. La enfermedad

llamada Sir cuya historia describe
Charcot, ofrece un ejemplo muy notable
de estas crisis intermitentes, que para
él, ^{son} el modo más constante con que se
presenta en las formas graves. Otras
veces, los intervalos son más lejanos,
pudiéndose presentar cada mes, o tam-
bien en una forma intermitente muy
marcada, como podemos convencernos
leyendo el caso curiosísimo de Giovan-
ni Longhi, titulado "vértigo auditivo" más
mático, observado en el cona goso dis-
trito de la Lemelina (Alta Italia) y el
otro publicado por Orbanstchitsch, que
dice, que en uno de sus enfermos, todas
las síntomas ya descritos, no cesaban
hasta las cruce de la menacuna, en que podía

ya entregarse a sus ocupaciones.

Capítulo 2º

Las lesiones que se han mencionado en esta afección, consisten generalmente en pequeñas extravasaciones de la sangre en el taboquillo, producidas por hiperemias agudas muy frecuentes en el curso del tifus, tifoidea, escarlatina, y en ciertas disenterias (Hagubee) ya sean únicas o ya acompañadas de otros equimosis en la superficie externa de la membrana muera del ojo medio. Las san-

8
- Las favorecen la rotura vascular; por una parte, la degeneración atrofizante, que juega un papel muy importante y por otra la hiperemia congestiva crónica, muy frecuente en las enfermedades del ojo.

El sitio de los equimosis es muy variable, pero, se presentan con frecuencia en la lamina espiral y en la superficie externa del modo dios o columella, siendo más raras en el saculo del vestibulo y en la ampolla. La sangre extravasada puede ser absorbida o permanecer bajo la forma de pigmento granular, o en coágulos. Pero, no siempre se resorben pequeñas hemorragias

puer a veces estas son abundanti-
simas, en el laberinto que resul-
tan N. por fracturas del cráneo,
y fisuras del petaseo, pudiendo
citarse el caso observado por Po-
litzel, en que una fisura proce-
dente del dorso de la apófisis
piramidal del temporal, se
estendia a la del lado opuesto
produciendo una secreción
con síntomas apopléticos de
la superficie superior, a
consecuencia de una gran efu-
sion de sangre, dentro del laberinto.
Luce observó despues en una
fisura de la misma apófisis,
efusiones simultáneas en las

9
curvidades del laberinto y del tímpano.
2º = A consecuencia de una fuerte
conmoción del cráneo, como se pro-
bó en el caso de espas, en que una
bala de revolver fracturó la apófi-
sis mastoidea, hallando ademas de
esta lesion exterior, una efusion de
sangre considerable en el labe-
rinto. 3º = Por las esternas caries
del temporal, especial mente por la
caries y necrosis del petaseo (Knapp.)
En varios casos de este género encon-
tró Politzel en varias secciones que
practió en el laberinto, sangre
estruvasada de un color pardo ne-
gruzco, que cubria la coebla.
4º = Por las superfmedades del cerebro

y sus cubiertas, especialmente
en las meningitis, como lo pue-
da la observacion de esos,
esta que, en el curso de una
paquimeningitis hemorrágica,
se declaró una sordera absolu-
ta, habiendo hallado, por la
autopsia, en diversas partes
del laberinto, en el utrículo,
canales de Masenbald, en el espe-
sor de los pliegues de la ténina
espiral y en la zona den-
tada, pequeñas a la vez que
numerosas hemorragias, que
seguian en parte la direccion
de las venas y en parte las
fibras nerviosas. Lucea en

contó en un niño de cuatro años
que perdió completamente la funcion
auditiva en el curso de una menin-
gitis tuberculosa crónica, inflama-
cion hemorrágica en los canales
semicirculares y en los vestibulos
de ambas oidos.

Los resultados de la hemorragia
laberintica, son: absorcion de la
sangre, en la cual, tambien parte
retira las venas, y segun esos,
tambien los vasos linfaticos: infla-
macion laberintica con sus termi-
naciones en supuracion (Caso de
Politzer), en organizacion del exudado
o por ultimo en atropia y degeneracion
del epiteliun, del tejido conectivo

y de los elementos del tejido ne-
voso, con una abundante for-
macion de células granuladas,
corpúsculos hialinos y depositos
pigmentarios. Segun estos, la
metamorfosis pigmentaria de
la sangre extravascular dentro
del laberinto, puede ser algunas
veces extracelular y otras in-
tra celular. La forma y el color
del pigmento, presenta las mis-
mas variaciones que en otros
puntos de la economia, no
teniendo significacion algu-
na especial: no así cuando
se trata de su cantidad, pues
en circunstancias normales

se halla pigmento en la costra que¹⁰
adquirirá importancia patológica
segun Schwartze y Votolini, unica-
mente cuando este acumulado en
grandes cantidades.

Las perturbaciones funcionales
a que las alteraciones sanguíneas
dentro del laberinto dan lugar, son
poco conocidas, en atención al esca-
so número de autopsias verificadas,
como nos podemos convenir recor-
riendo en páginas anteriores la mayor
parte de casos publicados y que hemos
tenido buen cuidado de recoger, mien-
tras que su sintomatología y curso
durante la vida, han sido minuciosa-
mente observados. La primera obser-

-racion detallada con su relacion
post mortem, fue publicada por
Spencer, y se refiere a un caso
que a consecuencia de haberse
expuesto al frio durante el perio-
do catamenial, quedo completa-
mente sorda, con sintomas alar-
mentes, estas que vertiginosas
y vómitos, muriendo al quinto
dia de haber comenzado la de-
lencia. La necropsia nos
mostró, que la médula y el cerebro
estaban completamente nor-
males, mientras que los canales
semicirculares estaban llenos
por un exudado plástico rojo,
que se extendia por todo el vestibulo

-lo, en tanto que la ~~del~~ cóclea estaba normal.
La causa de la muerte, no queda es-
placada por esta autopsia; pero, con la
base de este examen y otras series de
casos clinicos, en los que con sintomas
apopléticos sobreviene la muerte sú-
bita, acompañados de vértigos, vómi-
tos y ruidos subjetivos, concluyo que
x niere, que en todas, cosas, tenemos que
haberlas con una enfermedad
peculiar del laberinto, en la que
esta combinacion de sistemas, son
debidos a la efusion de sangre
o a una exudacion mas o meno
brusca, como aparece en los emi-
nales despues de la lesion de los
canales semicirculares. Asi como

en todas estas cosas que se abarcan
de estudios, la lesión principal
reside en el laberinto, la bibliografía
médica consigna en sus ana-
les, alguno que otro caso aislado
en que con lesiones en otras
partes, se han presentado los
síntomas de sordera, y otros,
con lesiones profundas del
laberinto, dichos sistemas no
han tenido lugar o han sido
muy raros. Estos pocos casos,
no pueden tener fuerza bas-
tante para invalidar la ana-
tomía patológica que hemos
señalado; pues en la fisiología

patológica se cree, que ciertas lesiones del con-
dilo, dan lugar a síntomas análogos a otros
que radican en la porción periférica del
nervio auditivo, en el laberinto; y que cuando
la lesión laberíntica es tan extensa que destru-
ya al nervio del espacio, entonces no se
presentan estos síntomas, como demostraron
plenamente *Beauchamp* = *Sequenz* y *Schiff*
seccionando el nervio auditivo.

Capítulo 3º
Veámos los estudios fisiológicos que nos
pueden servir de base, para fundar la teoría
de esta enfermedad; pero, antes de entrar
de lleno en dicho estudio, parece muy
justo citar la división del nervio acústico
según *Herbaczewski*, *Orpelt*, *Key*, *Boetjans*,
y *Dural*, que creen estar formado de dos
porciones que tienen orígenes diferentes,
funciones distintas y están constituidas

por tubos nerviosos que aparecen caracteres propios. La proporción anterior e inferior tiene un volumen superior a la otra; por la disociación nos presenta tubos nerviosos delgados y delicados, cuyo cilindro eje se colora más por el carmin; está cubierto por una delgada capa de mielina, sin que en sus segmentos cilindro-cónicos de Rouvier, ni en la vaina de Schwann, siendo morfológicamente en toda su extensión. Esta porción, constituye el nervio ~~oído~~ o verdadero nervio auditivo, de Lyon. La segunda, contiene tubos más gruesos que se coloran perfectamente por el carmin, que en sus estrangulaciones como la mayor parte de nervios de relación de nuestra economía; este es el nervio vestibular, o nervio

del espacio, según Lyon.

12
Apoyándose en esta división de Spence, cree poder admitir que solo estas últimas fibras o sean las del nervio del espacio con sus núcleos bulbares o su origen cerebeloso, sean el sitio propio para albergar las lesiones que determinan los accidentes vertiginosos.

Si nos fijamos en los datos que la fisiología nos suministra, veremos, que la teoría de Spence, está plenamente confirmada, pues si emprendamos por el estudio de los canales semicirculares membranosos, últimas terminaciones del nervio del espacio, encontramos, que los estudios de Flourens son decisivos, pues es muy que los conductos semicirculares deben considerarse como órganos del equilibrio. La disección en pichones y conejos

del conducto membranoso horizontal, pro-
duce un movimiento rápido, de la cabeza
de un lado a otro lado, siguiendo una direc-
cion horizontal con oscilaciones simultáneas
de los ojos; al mismo tiempo, el animal tien-
de a dar vueltas al rededor de su eje vertical
la seccion del conducto inferior vertical
(Antero-posterior) da lugar a movimientos de
la cabeza hacia adelante y hacia atrás, con
propulsion hacia atrás. La herida del conducto
superior vertical (Transversal) determina
movimientos de la cabeza hacia adelante
y atrás, con propulsiones hacia adelante.
Las secciones múltiples, producen perturba-
ciones mistas en los movimientos.

Generalmente ademas, que esta opinion
está sostenida por Gold, Spach, Lunken-
seum, Spanner Brener y Cron-Brom

13
que sostiene, que los canales semicirculares
son el órgano del sentido del equilibrio,
y Lyon lo hace mas extensivo, cuando
dice que es el órgano del espacio.

Las observaciones de Flourens, Goltz
y otros, demuestran, que en los casos de
seccion unilateral de los conductos mem-
branosos, es posible el restablecimiento
progresivo de los movimientos norma-
les, mientras que éste es siempre incom-
pleto, cuando la lesion es bilateral.

No es cierto que estos fenómenos sean
debidos a una creacion ejercida sobre
el sentido del oido: y Flourens habia
ya observado, que en los animales ope-
rados, el oido continúa intacto (La
Maudsley tambien demostrado por el caso

de espasmos, a los cuales, en un individuo que habia siempre visto bien, se encontrasen al hacer la autopsia, los conductos semicirculares, representados por cuatro membranas) al paso que cuando destruyese la audicion, no observaba el menor trastorno en la coordinacion de los movimientos.

No se trata pues de una percepcion consciente como ya habia demostrado Flourens, pues la obtencion de los hemisferios cerebrales, no tienen influencia sobre estos sino^{mente} de incoordinacion.

Sulpician, ~~Mars~~ - se guardan, admiten, que son de modo reflejado que Laerrenberg, que cree

14
en la terminacion refleja de la irritacion al nervio motor ventral comun y asi se explicarian el *Mastaxismus*.

Estas explicaciones reflejas no se pueden aplicar a los animales que despus de la curacion completa de su herida, presentan todavia desordenes de equilibrio.

He aqui la explicacion que se puede dar de la funcion de los conductos semicirculares membranosos, como organos del equilibrio.

Las impresiones particulares que nacen en los conductos semicirculares, resultan de las variaciones del perim de la endolinfa.

Esta se halla en reposo, cuando la cabeza esta inmóvil, mientras que cuando se mueve, la presion llega a su maximum en la una u otra, que es entonces la mas inferior.

Por consiguiente, cuando la cámara
está inclinada naturalmente, la ma-
yor variación, se verificará en el
conducto horizontal, saliendo el
líquido de la ampolla, del lado má-
ximo el cual se mueve la cámara.

La ampolla correspondiente del
lado opuesto, se encuentra sometida
al mismo tiempo, a una
presión más fuerte, por la
irrupción de la endosmofa. Por
estas variaciones de presión, po-
demos juzgar de la posición
de nuestra cámara. Como
existen tres conductos perpendi-
culares, uno sobre otro, podre-
mos tener conciencia de una

posición cualquiera de la misma. ¹⁴
Fácilmente se comprende, que en
el estado patológico, siempraque
aumentó la presión de la endosmofa
en un punto cualquiera de
los canales semicirculares, produ-
cirá una excitación en armonía
con el funcionalismo de la parte,
y siendo ésta la encargada del
equilibrio, llevará una verdadera
alteración con respecto a la
situación del cuerpo; y, si esta
es de tal suerte que sea bastante
intensa para producir un
puerto mariniático subjetivo,
no es extraño que llegue la
excitación hasta los centros

refleja medular del acústico y
se propague esta hacia los mus-
culos rechineros, determinando
una caída en relación con el con-
ducto semicircular lesionado.

Pero, no todos los autores se
sienten contentados en considerar á
los canales semicirculares como
los únicos organos del equilibrio,
sino que, llevados de un espíritu
más filosófico, se han visto, que
podrían hallar lesiones análogas
en las partes centrales del órgano
del espacio. Tenemos pues á Bat-
cher, Tomaszewicz y Baginski,
los cuales consideran, que todas
las perturbaciones consecutivas

ó lesiones de los canales semicirculares, pro-
ceden de simultáneas lesiones del cerebelo.

Spica, fundándose en numerosas obser-
vaciones, hechas en pacientes, con acuerdo con
estos autores y con la de Lassana y Ber-
thold, que creen, que hay transmisión refleja
de la irritación del cerebelo, se verifica
á beneficio de los filotes nerviosos ampul-
ares y vestibulares: y Stefani y Kreis, aun
van más lejos, pues afirman que existe
una relación fisiológica entre estos filotes
nervios y ciertas partes del cerebelo. Estas
hechas, son comprobadas por los interesan-
tes experimentos de Ferrier, que ha en-
contrado la concordancia entre los fenómenos
que resultan de la herida de los conductos
semicirculares y los que producen las

x destruccion o abtacion de ciertas partes del cerebello.

La herida del conducto superior vertical, produce un desorden del equilibrio de atrás á delante, al rededor de un eje horizontal, absolutamente como la destruccion de la parte anterior del cerebello superior. Del mismo modo, los fenomenos que resultan de la herida del conducto semicircular inferior vertical o sagital que produce un movimiento hacia atrás, concuerda con los que produce la herida de la parte posterior de los lobulos del cerebello, y por ultimo, los movimientos laterales o giratorios debidos á la irritacion o á la herida del conduc-

to horizontal, concuerda con los de los lobulos laterales del mismo.

El vomito tan frecuente como hemos visto en las lesiones de los conductos semicirculares, y observado por Czermak, á consecuencia de la seccion de estos mismos conductos, es sumamente comun en las afecciones del cerebello. Mas debemos tambien, que cuando no se separan los semicirculares, toda perturbacion en la percepcion muscular, determina, ademas de los desordenes de coordinacion, una sensacion de vértigo, pues Czermak en sus experimentos que acabamos de senalar, ha observado el vértigo. Citaremos en este sitio la opinion de Snee, que cree, que el vértigo puede ser causado por las oscila-

ciones de presión en la cavidad subarag-
noidea, transmitidas por el fluido sube-
rítico, al acueducto y de éste a aquella
gran cavidad, produciendo la irrita-
ción del nervio auditivo, del motor ocu-
lar común y del óptico y así expli-
ca el *Mistagmus* y otras perturbacio-
nes de la visión. Esta teoría es inadmisi-
sible, cuando se considera que
únicamente una pequeña cantidad
de fluido puede pasar a través del
acueducto a la gran cavidad arag-
noidea; que la misma presión
intracranial forma un obstáculo
considerable al paso de dicho fluido
y que es inconcebible, que por el
aumento de unas pocas gotas en

172
la gran masa de líquido cefalo-sequi-
do, pueda ser causa de perturbaciones tan
grandes. Según Bull, la pérdida de la
conciencia, es únicamente efecto de la de-
presión mental. No parece lo lógico admi-
tir, que la causa del vómito, hemos de bus-
carla en las íntimas relaciones que tienen
los núcleos bulbares que tienen el nervio
acústico, con el gran centro motor
que admite *Portinari* y con él muchos
fisiólogos, en el suelo del cuarto ventrículo
que por excitación de este centro, se produ-
ciría la eména cerebral mas o menos
pronunciada y mas o menos duradera
y así nos explicariamos las éxtasis
gradaciones que presenta el vómito,
desde el leve hasta la pérdida de

completas de la conciencia, como admiten
los Politzer, que se puede presentar en esta
enfermedad, que estamos.

Se parece mas fácil admitir esta
acción de vecindad, que no la teoría
de Quec; y tanto mas, cuanto que
un autor tan autorizado como Hun-
ghing y Jackson, explica la palti-
des, la fria Arteriospiración, la pier-
da de la conciencia y los convulsos,
a causa de las relaciones del aeurti-
co, con el vago, y el accesorio de
Willi, nervio motor del espinal.

Moos y Mr. Birds, creen, que la
opresión y la arspiría, así como
el convulso, son producidos por
la acción refleja del vago;

18
Pero como hemos visto en la descripción
del mas, se presenta otro orden de fenomenos
que se han de poner a cuenta de otra por-
ción del ciclo interno: me refiero a las per-
turbaciones de la percepción del sonido. El
nervio coclear, es el encargado de dicha fun-
ción, que se verifica por el intermedio del
liquido laberintico, que comunica sus ondas
a la membrana basilar cuyas uerdas se pa-
men en vibración, siendo las inferiores o sea
las de su porción estrechada, las destinadas a
la percepción de los tonos bajos y la supe-
rior o ensanchada, la de los altos tonos.
De aqui que, segun la lesión donde asiente
se pueden percibir ciertos sonidos y de su
parecer por completo, otros que a veces se
oian. La sordera que acompaña a la en-

fermedad de espere, es producida por
una gran presión como ya hemos visto
ser la causa de otros fenómenos, en el
carácter que imposibilita la transmisión
de las ondas sonoras del exterior, cuya
presión produce una irritación mas
ó menos viva en las cuerdas de la mem-
brana basilar y terminaciones del ner-
vio coclear, produciendo sensaciones sonoras
subjetivas a halógenas ó los fenómenos y
cuya duración está subordinada por
una parte, á la continua presión y
por otra, al desgaste del nervio, que
acaba por alterarse completamente,
produciendo una sordera absoluta,
desapareciendo también las sensa-
ciones subjetivas. Hay también,

19
una forma especial de sensación subjetiva
producida durante un tiempo mas ó menos
largo, por excitación cerebral, que no se há
de confundir con una percepción sonora pro-
longada propiamente dicha.

Hemos de consignar, que las diferentes
raíces del nervio acústico, tienen probable-
mente una acción distinta, lo cual es-
plica, segun Benedict, que en ciertos casos
patológicos, el oído permanece intacto
para las sonidos inarticulados, mientras
que es defectuoso para los ruidos limitados.
Desueto, que los ruidos se oyen bien y la
palabra no. En la sintomatología, hace
mos mención de unos fenómenos muy
curiosos, tales son, la disminución de la
memoria y la ^{alteración} en el manuscrito. Capi

Biología experimental moderna, nos
llamó también en este caso, datos sufi-
cientes para explicar este fenómeno
que a primera vista parece extraño y
singular, dadas las pocas relaciones
anatómicas que parecen existir entre
el oído y la mano.

Finalmente en observaciones clíni-
cas y en trabajos experimentales, se
ha admitido en estos últimos tiem-
pos, la existencia de un centro acús-
tico sensorial. Wernicke ha de-
ducido de sus autopsias, y Ferrier
ha demostrado experimentalmente,
que en un punto que en la conversi-
dad del cerebro en las circunvoluciones
temporales superiores, existe el centro

sensorial del nervio auditivo. Considera
Wernicke, a esta circunvolucion, como el
sitio de la memoria, de los sonidos su desin-
tines por consecuencia una afasia sen-
sorial, un desorden muy considerable de
la palabra, designado por Kussmann,
con el nombre de síndrome de las palabras.
La irritacion de la primera circunvolucion
temporal, segun Ferrier, produce la
retraccion y endurecimiento respectivo
del perellon del oído, opuesto, la
contractura considerable de los peripa-
dos, la dilatacion de las pupilas,
lo mismo que la rotacion de las
calor y de los ojos del lado opues-
to. Gueriani y Tamburini, han

con firmado, que la disminución
 del sentido del oído, se verifica
 siempre en el oído opuesto del lado
 operado. Las experiencias hechas
 después por Spunk, en los perros,
 han demostrado también, que con-
 sencia una verdadera sordera
~~intelectual~~ ^{unilateral}, cuando se extirpa
 el lóbulo temporal, partes
 cerca de su cara inferior.

Además, este autor ha obser-
 vado, que en los perros en
 quienes se destruye el oído, pre-
 sentaban un volumen menor
 del lóbulo temporal, mien-
 tras que el occipital aumenta

21

tabla de volumen.

Observo también, que en perro,
 el cual extirpó los lóbulos tempa-
^{unilateral}
 rales, la sordera ~~intelectual~~ desapare-
 ció gradualmente al cabo de un mes;
 lo cual prueba, que la esfera au-
 ditiva es muy extensa, y no se halla
 limitada exclusivamente en el lóbu-
 lo temporal. Por otra parte, reasumiendo lo que se ha dicho, en el
^{psic.}
 centro ~~psíquico~~ ^{psíquico} bronquial, podrá
 compararse con Boudon, que la
 zona de este centro es también bastante
 extensa, ocupando en la par-
 te de la corteza cerebral, que compren-
 de las dos circunvoluciones frontales
 ascendentes y parietales ascendentes

podriéndose extender hácia las
partes vecinas. Ahora bien, sabe
mos despues de los estudios de
Seynott y Wagnenim, que todas
las partes de corteza cerebral,
tienen numerosas relaciones
entre si; especialmente las cir-
cunvoluciones vecinas, estan
en comunicacion mas con
otras, por el sistema de sugesion
de tercer género, llamadas fi-
bras comisurales paralelas.
Dadas las frecuentes excitacio-
nes que existen entre el oido,
(como sucede cuando dictamos
algo) y la mano del que escribe,
y admitidas estas relaciones

anatomicas por los autores ya citados,
temor de canpenis, que existe en esta
porcion del cerebro, una comunicacion
facil y expedita, que dé por resultado
cuando el centro sensorial del nervio
auditivo experimenta una verdadera
afasia sensorial, una ataxia mas o
menos pronunciada, de la escritura.
Pero, antes de terminar este pequeño
estudio sobre las localizaciones cere-
brales, séanos permitido manifestar,
que entendemos por territorio cerebral
no un centro motor limitado e inde-
pendiente, sino, una superficie bas-
tante extensa, cuyas diversas partes
se pueden suplir mutuamente.

Capítulo 4º

Estudiada la Anatomía y la fisiología patológica, así como la sintomatología, pasemos al estudio de la etiología del mal.

Por lo que hemos visto en páginas anteriores es, podemos sentar una ley etiológica general, que podemos formular en los siguientes términos. Siempre que

por una causa cualquiera aumento de una manera notable, la presión táctil (sintética), se producirá el síndrome de oído (sintético). Cuando la enfermedad primitiva del oído, asiento en el conducto auditivo externo o en el tímpano, el aumento de presión se especificará casi siempre, por el intermedio de la cadena de los huesecillos, como son: las piculudas, o un hachon de cerumen; los polipos de la caja; adherencias o despegones de la membrana timpánica; estados inflamatorios, simples mucosidades en la caja; un estado reumático de los pequeños músculos, que en su contracción morbida ejercen una exagerada acción sobre el tímpano

y el estiramiento, la obtusi media esle
romatoras con angulosis de los
puercillos, el catetero simple
del oido, (Green) la presion
de un estilete sobre el tímpano.
De lo = esto breve resumen
nos demuestra y la esperien
cia lo confirma, que en la
mejoría de los casos, sucede
en un estado patológico del
oído externo o medio.

Como dice Politzer, una apa
ricion aun que brusca, en
un individuo cuyo oido está
normal, no es prueba de una
afeccion laberintica primi
tiva; pues puede ser debido

si un derrame subarahnico, rápi
do y abundante.

La aparicion de los sintomas de ipse
sion, resulta de una afeccion de la to
talidad del nervio o de sus termina
ciones en el laberinto, como lo prueban
los numerosos casos que hemos citado,
citado.

Segun Hoarhes, estos sintomas, pue
den tambien resultar de una lesion
del ganglio cervical inferior del sin
patico, por esta la arteria vertebral
y los vasos del laberinto bajo su de
pendencia, por una parte, y bajo la
del pneumogastico, por otra. Ciertas
afecciones cerebrales, como una forma de
meningitis cerebro-espinal, disenitas

por Helotini, pueden acarrear la
enfermedad de Esperiem.

Capítulo 5º

Al hacer el diagnóstico diferen-
cial, lo dividiremos en dos partes
principales. La primera, consistirá
en distinguir la enfermedad
que nos ocupa, de los accidentes
vertiginosos que se presentan en
muchas enfermedades del cerebro
cefalo-raquídeo: y en la segunda,
procuraremos fijar cuando es

23.
primitiva o consecutiva a una lesión del oído.

La práctica nos enseña, que los vertigos
y los ataques apopléticos de la cere-
rosis en placas, se presentan constante-
mente casi en los dos tercios de enfer-
mos, siendo muchas veces y durante al-
gun tiempo, junto con la cefalalgia,
los únicos síntomas que anuncian esta
enfermedad. A medida que el mal
progresar, el diagnóstico con la
enfermedad de Esperiem, es más claro,
pues el temblor en los miembros supe-
riores, las sacudidas convulsivas en los
inferiores y la dificultad en la emisión
de la palabra, son síntomas bastante
característicos, que por sí solos bastan
para diagnosticar la esclerosis en placas.

Estos accidentes vertiginosos exis-
ten también en la ataxia lo como
trón progresiva hasta tal punto,
que Lecog, ha podido reunir 38-
Observaciones, pudiendo repetirse
en general, los mismos caracteres
que en la esclerosis en placas.

Simple vertigo, con, o sin pérdi-
da de la inteligencia o estados
apopléctiformes. El momento de su
aparición, no se puede fijar
con seguridad, pues en unos casos
los fenómenos cerebrales pree-
den a la Ataxia, y, en otros son
consecutivos. Las ataxias
apopléctiformes, en la Ataxia,
no se presentan con tanta

frecuencia como en la esclerosis en placas:
en cambio, se acompañan más aumen-
to de emiplegia, especialmente, en la de
origen sífilítico. Si además buscamos
el signo de Mamborg, podremos con se-
guridad, diferenciarlo de la enfermedad
que estudiamos. El diagnóstico, será
mucho más claro, si se presentan los
dolores fulgurantes, la ataxia, &c. &c.

En estos últimos casos, el Doctor Char-
cot, ha sido el primero en señalar una
variación especial de vertigo, que se
presenta en el curso de la ataxia: nos re-
ferimos al vertigo Scavringeo, que se
diferencia del de première, por que em-
pieza por una sensación de los quillos
o de quemazón al nivel de la Scavringe,

seguidas de epítas de tos lo que luehoi-
de, que son acompañados de sepa-
racion, determinando la caída
del enfermo, con pérdida mas
o menor completa de la inteli-
gencia. Caeritis siempre la
parálisis de una de las cuerdas
vocales. En las formas tardadas
de la esclerosis de los cerebros
posteriores, suelen presentarse
estos síntomas, que por sí solos
conducen al verla claro dia y
nástico, Ademas, he mos de
indicar, que estos accidentes pod-
ran tambien el cortejo sintoma-
tico, segun Givendram, de las
mielitis crónicas difusas. Segun

0.47.
Daffroy, se pueden presentar en la esclero-
sis lateral, amotrofia, pero, con muy
poca frecuencia; y en las lesiones
de la region cervical de la me'dula.

Los dolores, las parálisis y la pata de
muñeca subjetiva, bastan para diagno-
sticar la primera. Las atropias mien-
tares, nos indicaran casi siempre, que
el motivo, es debido a la segunda; y
las perturbaciones del Oregano de la
vision, con retardo en el pulso, nos
demostraran que el ata que de síncope
es debido a una lesion de la region
cervical de la me'dula, con interven-
cion del centro lito-espinal lardiac.

Sabemos, que el mal menor epilético
no presenta contracciones, y esta caracterisa

de, por vertigos, ausencias y por
delirios. Nos ocupamos de las dos
primeras formas. El individuo
atacado de vertigo epiletico, expe-
rimenta un brusco atontamiento:
pierde el conocimiento, cae aban-
dado y se levanta en seguida
sin ninguna otra manifesta-
cion. El que sufre de ausencias,
experimenta a pesar suyo una
suspension brusca en la ideacion,
interrompe su lectura o su con-
versacion, vuelve en si de pronto
y verifica movimientos de
marchacion: su mirada esta
fija y atontada; despues, tras
curren dos o tres segundos y

vuelve a tomar Avon quiteinente la
palabra, no teniendo conciencia de lo
que le ha pasado. Vemos, pues, por estas
descripciones, que se pueden diferenciar
perpetuamente, del vertigo de speniene.

En la paralisis general progresiva,
los accidentes que estudiamos, se enuen-
tran bajo las diversas formas que
pueden recibir. Generalmente, se pue-
den reducir a dos formas principales:
los ataques apoplitiformes y los epilep-
tiformes, o convulsivos: los primeros
son los que se pueden confundir con el
vertigo de speniene, pero, en alianza
de los sintomas que presenta el en-
fermo, podemos diferenciar la enfer-
medad con algun acierto, pues el delirio

ya sea de grandera o ya de trípico
londriaco, bastan por si solas
para caracterizarlas. Si a este
síntoma añadimos la palabra
embarrada, los accesos de ma-
nia, la desigualdad en las pupi-
las y la marcha disipul, todas las
dificultades desaparecen.

Se podría confundir, como al-
gunas veces se ha confundido,
con la hemorragia cerebral, pero
hay un signo señalado por
Charcot, y que se refiere a la tem-
peratura cerebral, que en los ata-
ques apopléticos, siempre
aumenta rápidamente des-
pués del ataque, mientras que

en la hemorragia y en el reblandeci-
miento cerebral, disminuye durante las
primeras horas que siguen al ataque.

Esto que acabamos de indicar y el ves-
tigio de estomacal, son sin ningún
género de dudas las enfermedades
que con mas frecuencia se han diag-
nosticado en lugar del vestigio de
Semièvre. Aquella neurona está ca-
racterizada por los siguientes fenó-
menos. Si hace el enfermo un movi-
miento brusco en la cama, siente al
momento girar el techo y arrastrarle
en su movimiento: se levanta, y si
levantado mira hacia arriba, to-
ma el vestigio las mayores pro-
porciones. Los objetos giran a su

alrededor, vacila, y no puede
a veces tenerse en pie: al pro-
pio tiempo, experimenta una
angustia insupportable, y vom-
itos frecuentes.

Vemos, que hasta en la sen-
sacion giretonica, hay notable di-
ferencia con la de espensiere, pues
en aquella, son mas bien los ob-
jetos los que giran, que no el
individuo: ademas, en contrari-
mos, que siempre esta bajo la
dependencia de un estado dis-
peptico, mas o menos manifestado.

Los desórdenes del equili-
brio acompañados de nauseas
y vomitos, son tambien depen-

dientes de las espersmeladas del cerebello,
pero en estas, la cefalalgia occipital
se presenta con una constancia y de-
nacion desesperante: se quejan ademas,
de adormecimiento en las estremidades
superiores, principalmente en la planta
de los pies; el tacto, esta notablemente dis-
minuido o perdido por completo y la
piel conserva su sensibilidad, al ser
y a la temperatura. V. G.

Al contrario, el vómito acompañado,
de rumbidos y sacelera, con nauseas
y vomitos, debe relacionarse con
una lesion de los nervios ampulares,
y esento. Se convina con otros sin-
tomas cerebrales, debemos tener en
cuenta que estos son intermitentes

y siempre están en relación con el estado del órgano del oído; por lo tanto, deben considerarse como fenómenos reflejos y no como una afección independiente del cerebro.

De la contemplación de todos estos vértigos, resulta, que ninguno de ellos se presenta los síndromos tan frecuentes y tan constantes como en la enfermedad de esp. ocular, que constituye en cierto modo, como dice muy bien Charcot, la especie de cura del síndrome que nos ocupa. Luego, tenemos la enfermedad mas o menos adro

16
lutas que sigue a estos ataques, ciertas formas especiales en la manera de perder el equilibrio, y por fin, como indica Politzer, há de haber falta absoluta de parálisis en el área de los otros nervios cerebrales y espinales.

El diagnóstico diferencial entre una afección primitiva y una afección consecutiva, del laberinto, puede ser muy difícil y aun a veces imposible.

La lesión laberíntica, será mas bien reanudación, cuando existen alteraciones notables de la caja, entanto que las sintomas de la enfermedad están acompañados de un estado normal del oído medio, pertenecen a una afección laberíntica primitiva.

El diagnóstico de una afección tal es seguro cuando los síntomas náuseas, vómitos, vertigo, sordera, tumbidos, sobrevienen repentinamente, sin que el examen practicado poco después del comienzo del acceso, dé a conocer la menor lesión del oído medio y del externo. Pero si el examen se practica después de algún tiempo, ya el diagnóstico no será seguro, por que como dice Politzer, la inflamación exudativa puede haber desaparecido, y el de ser de naturaleza funcional considerable que se observa ser dependiente de un estado patológico de los

museillos y de las ventanas. Finalmente debemos tener en cuenta, que una lesión del nervio o del laberinto, puede sobvenir en el curso de una enfermedad del oído medio o del externo. De una manera independiente.

El pronóstico de la enfermedad de oídos, es grave, muy grave, por lo que se refiere a la sordera; en cambio, no existe tanta gravedad cuando se trata de si puede practicarse

o no la muerte. Esta, se presenta generalmente en los casos complicados con fracturas de la base del cráneo.

La sordera, como hemos visto, puede ser absolutamente o sea la tibia; una y otra pueden acompañarse de ruidos subjetivos muy molestos. Hay una regla general que dice, que por lo común, la sordera y las sensaciones subjetivas intermitentes o de una intensidad variable, son de pronóstico más favorable, que los ruidos continuos y de fuerza constantes. Y no obstante el sinónimo de sordera

27
una sordera indeterminada, puede convertirse en una sordera incurable. Cuando es debido al histerismo, si la congestión cerebral, y especialmente si los síntomas pueden estar sujetos a la regresión.

Los casos de completa cura o considerable mejora, han sido observados con muy poca frecuencia. Únicamente en los aspectos recientes, en que la función auditiva no está completamente abolida, es posible la mejora, pudiendo a veces desaparecer de una manera definitiva: en este caso, es posible que se produzca en el laberinto y también en los centros cerebrales, un derrame sero-sanguinolento, el cual, al reabsorberse, deja el oído normal.

Otras veces, este exudado, puede producir una destrucción de las partes blandas en el conducto del oído o de los centros acústicos y por lo tanto, ser de una incurable.

Cuando el exudado presenta una completa duración algunos meses o años, entonces, el pronóstico es completamente desfavorable.

Capítulo 6º

Como el más frecuente de una manera rápida, e inesperada, la terapéutica se ha de dirigir, primero; a alejar los fenómenos secundarios que se presentan, y segundo. deberá dirigirse contra la causa de la lesión y contra la lesión del nervio.

Oblendremos lo primero, a beneficio de las compresas frías en el oído; las embrocaciones en la apófisis mastoidea, las sinapismos en el cuello y sobre todo, nos recordaremos de la acción reflexiva a distancia, como son los sinapismos

en las piernas y a demás usaremos
de los ligeros derivativos intestinales.
Tambien se han recomendado las
bainas generales templadas de agua
y benicoque.

Está sencillamente aconsejado, que
el médico sea muy parco respu-
to al régimen dietético que
há de seguir el enfermo.

Se atenderá mucho a la a la po-
sición que há de quedar el pa-
ciente, siendo la mejor el de cubito
dorsal, con el tronco algo eleva-
do y el cuello enfermo mas alto
que el sano, en caso de ser unilate-
ral la lesión. En segunda in-
dicación se cumpliremos tratar

de las lesiones del oído medio o externo
que puedan producir el síndrome que
estudiamos, por los medios que se re-
comiendan en cada caso en particular.

Cuando la causa sea la clonosis sípi-
lis o cualquiere otra enfermedad
general, se convierticin energicamente
ya sea con los tónicos y ferruginos
de la primera, ya con las prepara-
ciones mercuriales, los preparados de
oro, cobre, el bioxido potásico,
etc y así, según cada afección.

Para tratar el nervio según el esta-
do de su lesión, tenemos medicamentos
que se administran por la vía gástrica
o y otros que obran localmente sobre
el aparato de la audición. Entre

los que tienen además de una ac-
ción general, otra especial sobre
el acústico, y que nos pueden
ser de utilidad en el estudio
de espines, aparece en primera
línea, el sulfato de quinina, que
llega a producir curaciones com-
pletas y radicales, según Chevrolat,
y Weir, Mitchell, pero, a costa
siempre de la audición, provocan-
do una sordera absoluta, prefe-
rible siempre a una sordera
mas o menos completa y acom-
pañada de ruidos subjetivos
muy molestos y de un estado con-
tinuo, que es cu-
ando verdaderamente hemos de

recurrir a este medio.

La dosis empleada por estos autores
es alta: de 50 centigramos a un gramo
al día: manifestando sus buenos resul-
tados a las cinco semanas o dos meses
de administración. Esta se ha de
suspender, siempre que aparezcan
señales de intolerancia por parte
del estómago. Politzer, al hablar
de este medicamento, dice lo que sigue.

"La acción del sulfato de quinina
ha de ser en el caso de ruidos
en este caso; como que algunas veces,
a un a dosis moderada, causa espe-
rales opuestas: (gran excitación, atonía
miénto &c.) La benéfica acción de la
quinina, -continúa dicho autor- es con-

menor frecuencia observada en la
enfermedad de espiniere, que en
otras enfermedades del oido, a com-
paradas de vertigo y atonora
mientos, que sin justificacion
sean llamadas enfermedad de
espiniere, por la mayor parte de
los especialistas." No comprendo
mos, como un practico de tanta
fama, pueda tener tan poca
que, en un medicamento que
como dice Chevreot, su accion
se dirige a destruir el nervio
auditivo, como lo destruia el
lauterio actual, si lo lleva vamos
hasta el oido interno.

El yoduro potásico, tambien

49.
se ha recomendado mucho y con razon,
especialmente en aquellos casos en que
podemos sospechar la existencia de una
estransacion de sangre, o una espu-
llacion en alguna parte del oido
interno, por su accion dialitica sa-
bre unos y otros. Se dara la dosis de
℥i a ℥j como, durante tres o cuatro
semanas, despues de haber disminu-
ido la quina durante ocho o
diez dias.

Cuando han cesado los sintomas de
excitacion, en la segunda o tercera
semana del ataque, se usa con exito
una solucion saliente de yoduro potá-
sico, a la dosis de 0.3, por lo comun en
agua, introduciendo el beneficio del lacter

dentro de la cavidad timpánica, de
8 a 10 gotas; así lo hacemos que pene-
tre el yoduro potásico al finido
del laberinto, ya sea por medio
de las vasas sanguíneas, ya tam-
bién por difusión a través de la
membrana de la ventana oval
y redonda. Se repetirán du-
rante tres o cuatro semanas,
cada dos días.

Cuando el médico es llamado
al principio del ataque después
de los violentos ataques del prin-
cipio, las inyecciones subcutá-
neas de elerhidrato de pitoca-
pina, al 2 por 100. (4 a 10 gotas) están
muy recomendadas para parar

new la reabsorción del exudado.

El nitrato de estronina, según "Kagen"
en inyección subcutánea, ha producido
a la dosis 0,001, a 0,002 gramos, tres ve-
ces por semana, buenos resultados.

El nitrato de amilo ensayado por
"Hsiehel" contra los zumbidos, produjo
el "Urban'schitsch" buenos resultados.

Hasta los tratamientos locales de
alguno de los ya citados, hemos en-
mencianar sus embrocaciones de
húmeda de yodo y de mercurio
en cantidades iguales o con el uso
de un yodoformico, aplicadas sobre
la apófisis mastoideas. Se practican
una o dos veces al día, hasta el curro
o cimiento de la piel; desaparecida la

rubefacción, se vuelve a aplicar
la aplicación, durante mucho
tiempo. Otras veces, se preferirá
la pomada de yoduro potásico.
"Paltzer" cita un caso, en que des-
pués de 10. Semanas de aplica-
ción de estos parameos, curó com-
pletamente el enfermo, y otro
caso, en que este tratamiento
se empezó diez días des-
pués de iniciarse la afección, fué
repentinamente recobrado el oído
después de tres semanas.

Pero, el mejor tratamiento de
una lesión acústica, es la elec-
tricidad, y sobre todo, la corrien-
te galvánica. Esta enfer-

30
medad, que estudiaremos, creemos con Paltzer,
que no es convenientemente explicar la electricidad,
al principio de la afección, por que aumenta
los vértigos y el atolondramiento: en
cambio, cuando los síntomas han cesado,
rechazaremos menos de este medio
fijándonos en las corrientes que no
sean muy intensas.

Si después de veinte sesiones no obte-
nemos resultado alguno, será inútil
todo atentado ulterior.

Conclusiones

- 1^a La característica del vértigo de
Sperrière, es el fuerte pitido que a ma-
nera de aurales le precede siempre.
- 2^a La enfermedad de Sperrière,

se presentará siempre que la presión intra-tuberculosa aumente de una manera notable, sea cual fuere la causa que la determine.

3^a = Se presentará también, cuando el nervio auditivo (colectivo y empustor) desde sus orígenes centrales a sus terminaciones periféricas sea sitio de una ~~irritación~~ lesión irritativa.

4^a = Únicamente aparecerá esta enfermedad cuando el nervio esté completamente destruido.

5^a = Cuanto mas a menudo se presenten las crisis, mas grave será la enfermedad.

6^a = Casi siempre se procura la salud a costa del sentido del oído.

7^a = Cuando sea el entero patética la terapéutica, se dirigirá contra la causa que la produjo. Si es el patética y reciente, procurará la reabsorción del exudado. Si es crónica o bilateral, sin titubear se empleará el sulfato de quinina. He dicho.

Augusto P. Gibert

