

Asinergia congénita de los movimientos palpebrales.

(Sinonimia: *Jaw-winking*, de Marius Gunn y los autores ingleses; movimientos paradójicos de los párpados (*uber paradoxe Lindbewegungen*) de Lindenmeyer; retracción espasmódica del párpado superior, de Morax Chevalereau y Chaillous, Anton Lutz, etc.; elevación del párpado superior asociado a los movimientos de la mandíbula, de Van Lint, Souques, etc., etc.)

Trabajo reglamentario presentado a la Academia Nacional de Medicina, de México, por el Dr. José de Jesús González, Socio correspondiente en León, Gto., México.

En 1883, el Dr. Marius Gunn (1) publicó bajo el nombre de *jaw-winking*, que traducido por medio de una perífrasis, quiere decir: guiño asociado a los movimientos de la mandíbula, un caso curioso de contracción del elevador del párpado superior sinérgica a los movimientos de masticación. Desde entonces se han multiplicado los casos (no tanto, sin embargo, que pasen mucho de unos cincuenta), y la anomalía funcional ha sido bastante estudiada en Inglaterra y Alemania, mientras que, al decir de los autores franceses (Souques), es poco conocida en Francia. En la América latina sólo se conoce el caso del Dr. Anton Lutz, de la Habana (2), así es que no juzgo impertinente el publicar una nueva observación, que me es personal, y que, a mi entender, será el primer caso mexicano publicado que me dará ocasión de hacer un estudio comparativo de la curiosa anomalía y me proporcionará la oportunidad de terciar en la discusión de su patogenia.

*
* *

Observación personal.—La señorita D. A., de 20 años de edad, última hija de una familia numerosa, no ha padecido ni padece enfermedad constitucional ninguna, no presenta lacra hereditaria: su madre vive sana, su padre murió ya anciano de alguna infección intestinal, sus hermanos son robustos y sanos. Como enfermedades serias, sólo padeció hace 14 años neumonía unilateral, enfermedad que yo mismo le atendí.

Conozco a la señorita A. desde que era muy pequeña y por este motivo, así como por los datos que suministran sus familiares (muy de tenerse en consideración, puesto que uno de sus hermanos es médico), puedo afirmar que desde los primeros meses de su vida presenta este curioso fenómeno: cuando mira hacia abajo directamente o hacia abajo y lateralmente, el párpado superior dere-

(1) M. Gunn. Sociedad Oftalmológica de Londres, 6 de julio de 1883.

(2) Anales de Oftalmología de México, Tomo XV.

cho se levanta de un modo completo, dejando a descubierto toda la córnea y aun dos o tres milímetros más arriba, acentuándose el fenómeno cuando ríe, pero no modificándose absolutamente con los movimientos de la mandíbula ni con los otros movimientos mímicos.

Ultimamente, habiendo venido a consultarme sobre cierto cansancio ocular experimentado después de los trabajos de cerca, emprendí el estudio cuidadoso de la anomalía de sus movimientos palpebrales, que, ante la generalidad de las personas, la hacen pasar por estrábica, si bien para su madre nunca ha sido bizca, pero sí, desde que nació—son sus palabras—, ha tenido un ojo *gacho*. Gacho, es decir, de párpado caído, ptósico; estudiaremos desde luego este detalle.

Examen de la enferma y estudio comparativo.—Como puede apreciarse en la fotografía primera, y a la simple vista, descubre que la abertura palpebral izquierda es un poco más amplia que la derecha, asimetría que, por su pequeñez, bien podría pasar inadvertida a un examen superficial. La diferencia lineal entre las dos aberturas, en la mirada de frente, es de dos milímetros; la diferencia angular es de 10 grados, medida con el procedimiento de Dianoux, de Nantes; la enferma, colocada delante del perímetro, fija con los dos ojos el espejo o *mira* del centro del arco, y a lo largo de éste se pasea una bujía, observando el momento preciso en que aparece la imagen corneana: en el ojo izquierdo aparece a los 35 grados, en el derecho a los 25, lo que da la diferencia angular señalada: 10 grados.

En la mirada hacia arriba, la diferencia se acentúa (véase fotografía núm. 5); diferencia lineal: 14 milímetros en la abertura palpebral derecha, 10 milímetros en la izquierda; diferencia angular: 20 grados.

Se ve, pues, que existe ligera ptosis del párpado superior derecho, que es en el que se produce el fenómeno que pronto estudiaremos.

No sólo en mi caso se observa blefaroptosis: existía en 28 casos de los 32 reunidos por Sinclair (1) y posteriormente es también observada en los casos de A. Souques (2), de Van Lint (3), de Anton Lutz (4), etc. Esta blefaroptosis es variable, pues en algunos enfermos apenas existe, mientras que en otros casos va hasta la ptosis parálitica completa y en otros coexisten una ligera ptosis con la imposibilidad de la elevación voluntaria del párpado interesado (caso de Souques).

Por lo demás, en mi enferma *los movimientos palpebrales no presentan ninguna anomalía en la mirada de frente*: abre y cierra voluntariamente los párpados, el parpadeo es normal, la contracción enérgica de todos los músculos de cerradura palpebral, tanto de los principales (orbiculares: medio, marginal y peripalpebral), como la de los accesorios (superciliar, piramidal, zigomáticos y elevador del labio superior), así como también la contracción intensa de todos los músculos de abertura (elevador del párpado, músculo de Müller y accesoriamente el frontal) no presentan la más pequeña anomalía.

Pero en la mirada directa hacia abajo ya empieza a aparecer el fenómeno: el párpado superior derecho se levanta, mientras el párpado superior izquierdo acompaña al ojo como normalmente, lo que, a primera vista, simula un descenso

(1) Sinclair. *Opht. Review* 1895 p. 305.

(2) A. Souques. *Société de Neurologie. Seance du 6 mai 1909. Rev. Neur.*

(3) Van Lint. *La Polyclinique*, febrero 15 de 1911.

(4) Anton Lutz. *Anales de Oftalmología de México*, tomo XV, diciembre de 1912.

mayor del párpado izquierdo: el *ojo gacho* a que se refiere la madre de la enferma.

En la mirada hacia abajo y a la izquierda (acción del patético izquierdo), se produce el fenómeno con la misma intensidad que en la mirada directa hacia abajo (fotografía núm. 4).

En la mirada hacia abajo y a la derecha (acción del patético derecho), la elevación del párpado es mayor, y todavía se acentúa de un modo marcadísimo si entonces se hace reír a la enferma (fotografía núm. 2).

Circunstancia curiosa: la risa no tiene ninguna influencia en la mirada de frente (fotografía núm. 6).

La abertura de la boca y los movimientos maxilares tampoco tienen influencia sobre el fenómeno (fotografías núms. 3 y 7.) Así es que mi caso no sería *jaw-winking*, sino *laugh-winking*, por la influencia que en la producción del fenómeno tiene la risa, pues cuando no se hace por el examen clínico una disección del fenómeno, sino en la conversación ordinaria; cuando se deja a la enferma toda su libertad de mímica, es durante la risa cuando se observa la más enérgica contracción del elevador derecho, siempre acompañada de un abatimiento del globo ocular.

La influencia de la risa no es exclusiva a mi caso: también existía en otro del mismo Lutz, de la Habana, a que él hace referencia en su trabajo citado.

En todos los casos observados, para que la elevación parpebral se produzca, precisa que la mirada esté dirigida hacia abajo, como sucede en mi enferma, siendo quizá la única excepción a esta regla la enferma de Beaumont, (1) cuya abertura palpebral se producía cuando echaba la cabeza hacia atrás.

La observación que vengo citando sigue también la regla general: la *unilateralidad del fenómeno*, pues sólo se conocen dos observaciones que infringen la regla: la ya citada de Beaumont y la de Adamük. (2)

Los movimientos oculares de mi enferma, extrínsecos e intrínsecos, son completamente normales: los reflejos pupilares a la luz, a la acomodación y a la convergencia, así como a la excursión de ambos ojos, son perfectos. Los resultados del examen del campo de mirada son los siguientes, en cada ojo:

Angulo del movimiento interno o aducción,	40	grados.
„ „ „	externo o aducción,	50
„ „ „	superior o elevación,	40
„ „ „	inferior o abatimiento,	60

Medidas tomadas por el procedimiento de Landolt, o sea colocando a la enferma frente al perímetro, deslizando una bujía a lo largo del arco de éste, haciendo a la enferma la siga con la vista y observando que la imagen de la llama no deje el centro de la córnea; anotar el grado en que la llama no se vea en el centro. Las cifras obtenidas en mi enferma son semejantes a las que da Nicati (3) como normales.

(1) Beaumont. *Lancet*. abril de 1893.

(2) Adamük. *Klin. Monatsbl für Augenh.* 1888.

(3) Dr. Nicati (*Physiologie oculaire humaine et comparée*, París, 1909) da estas medidas cinemométricas aplicadas al campo de mirada:

ángulo de movimiento interno o aducción,	4	grados
„ „ „	externo o aducción,	46
„ „ „	superior o elevación,	44
„ „ „	inferior o abatimiento,	50

No hay diplopía.

Los medios del ojo son normales.

La agudeza visual es igual a 1.

Refracción: hipermetropía de 1 Dioptría, a la que se deben los síntomas de astenopía de que vino a quejarse mi enferma.

Cromatopsia, normal.

Sistema nervioso, normal también.

Esta normalidad de los ojos, acompañando al fenómeno que estudiamos, no existe en todos los casos observados hasta ahora: en el enfermo de Uthoff (1) existía parálisis del recto interno; en los casos de Proskauer (2) y de Goldzieher (3) paresia del recto superior; en los dos gemelos observados por Vossius (4) inmovilidad absoluta del globo ocular; en el enfermo de Hubbel (5), se observaban estrabismo divergente con ambliopía y torpeza de los rectos superior e inferior; en el caso de Hillmam (6) había coloboma del iris (todos estos autores citados por Souques); el enfermo de Lutz (7) sufría una paresia ligera del pático derecho; el sujeto de Mórax (8) presentaba de cuando en cuando un ligero estrabismo convergente y en la mirada a la derecha extrema diplopía homónima; el de Van Lint (9), ptosis y nistagmus al mirar a la izquierda.

En mi enferma, la elevación anormal del párpado superior derecho no puede producirse voluntariamente, en lo que también se asemeja a todos los casos publicados, pues sólo el joven observado por Lutz es una excepción, ya que él podía producir el fenómeno voluntariamente. En cambio, con un esfuerzo de voluntad puede mi enferma atenuar, y sólo atenuar, la brusca elevación del párpado.

Como ha podido notarse, la anomalía es congénita en mi enferma, pues yo mismo la observé en ella cuando era muy pequeña, y su familia toda afirma que la notaron desde los primeros meses de su vida, como ya lo indiqué. Este carácter congénito del movimiento paradójico, como le llama Lindenmeyer, me parece esencial, pues aunque se hayan descrito casos en que la asinergia palpebral era adquirida (observaciones de Friedenwald, (10) de Fraenkel, (11) de Chevalereau y Chaillous (12) y de A. Pallack, (13) etc.), creo que no son enteramente comparables a los congénitos, ni obedezcan a la misma patogenia. Creo más: que el hecho de agrupar bajo la misma denominación casos congénitos, adquiridos y simplemente sintomáticos, por el hecho sólo de tener algunos puntos de similitud, ha embrollado un poco la cuestión, hecho obscura su patogenia y dado origen a discusiones en que los contrincantes no podrán nunca llegar a un acuerdo, desde el momento en que observan hechos desemejantes o no enteramente comparables.

Pronto volveré sobre esta cuestión, que me parece de la mayor importancia.

(1) Uthoff. Berl. Kl. Woch. 1888.

(2) Proskaur. Cent. f. Augenh. 1891.

(3) Goldzieher. Jahresk. f. Opht. 1892.

(4) Vossius. Beitrage f. Augenh.

(5) Hubbel. Arch. f. Opht. XXII.

(6) Hillmam. Kl. Monatsf für augenh. 1894.

(7) Lutz. An. de Of. 1912.

(8) Mórax. Ann. d'oculist. 1909.

(9) Van Lint. Loc. cit.

(10) Friedenwald. analizado en Neurologie Centr. 1897.

(11) Fraenkel. Klin. Monatsbl für. Augeheil 1888.

(12) Chevalereau et Chaillous. Annales d'oculist. Sep. 1903.

(13) A. Pallack. Ann. d'oculistique, febrero de 1909.

*

* *

¿Cómo podemos clasificar el fenómeno? Si estudiamos aisladamente y de cerca la elevación del párpado superior, vemos que es debida, no a un espasmo del músculo de H. Müller, porque éste produce una aparente exoftalmía y la disminución del parpadeo (signo de Stellwag), síntomas que no se encuentran en mi enferma, sino a una *contracción del elevador del párpado*, contracción enteramente fisiológica en sí misma, muy distinta de una contractura, que es una contracción tónica, permanente e involuntaria. Por lo demás, fácil es convencerse de que el elevador del párpado superior derecho no está contracturado, pues en la mirada de frente, la abertura y cerradura de los párpados son completamente fisiológicas.

¿En qué consiste, pues, la anomalía del fenómeno? En que la contracción del elevador se produce precisamente cuando *normalmente* debía estar en cierto estado de relajamiento. Es de conocimiento vulgar que todos los movimientos oculares son sinérgicos: la contracción pupilar está asociada a la acomodación y a la convergencia; en la mirada lateral se asocian la contracción de un recto externo con la de un recto interno, y si la mirada es hacia afuera y abajo, también entra en contracción el grande oblicuo; la elevación del globo ocular—y este es el punto que nos interesa—está asociado a la elevación palpebral, y *al abatimiento del globo sigue un abatimiento del párpado superior*, siempre en proporción uno de otro descenso y siempre un párpado superior a la altura del otro: en el caso que estudiamos, así como en todos los análogos, *se rompe esa coordinación* y la asociación de movimientos constante, indisoluble, en el estado fisiológico, viene a *divorciarse*, permitiéndome la expresión, durante el curioso fenómeno que analizamos.

Se trata, pues, de una *asinergia*, de una disociación de movimientos o contracciones musculares que normalmente son simultáneos.

De ahí el nombre de *asinergia congénita de los movimientos palpebrales*, con que he bautizado este trabajo.

*

* *

Pero si la sinergia fisiológica es disuelta en los casos que estudiamos, existen, en cambio, nuevas asociaciones, sinergias no acostumbradas y, por lo mismo, *anormales*.

En el enfermo de Marius Gunn, primero de los observados y descritos, la elevación del párpado superior se producía sinérgicamente al abatimiento forzado y a la diducción del lado opuesto de la mandíbula inferior; de ahí el nombre de *jaw-winking*. La mayor parte de los casos presentan esta sinergia anormal entre los movimientos maxilares y el de elevación palpebral; en su estudio citado, Sinclair divide en tres grupos los 32 casos reunidos por él.

En el *primer grupo* (13 casos) el movimiento asociado del párpado se produce desde que se abre la boca y el maxilar inferior se vuelve del lado opuesto al párpado interesado.

En el *segundo grupo* (16 casos) el fenómeno sólo se produce en el abatimiento del maxilar inferior.

En el *tercer grupo* (2 casos) sólo el movimiento de diducción produce la elevación palpebral.

Se ha hecho observar, con justicia, que los músculos que entran en juego en los señalados movimientos de la mandíbula reciben su innervación de la rama motriz del trigémino: los músculos abatidores son el vientre anterior del digástrico y el milohioideo, y los que ejecutan el movimiento lateral de diducción son los pterigoideos externos, la contracción del de un lado llevando la mandíbula al lado opuesto. Cosa digna de notarse: cuando la elevación palpebral acompaña a los movimientos de lateralidad de la mandíbula, se produce cuando éste se lleva al lado opuesto, es decir: que el elevador del párpado superior y el pterigoideo que entran en contracción sinérgica se encuentran del mismo lado.

No es de llamar la atención que alguna vez—pues contados son los casos—exista marcada sinergia entre la elevación del párpado superior y el abatimiento de la mandíbula, pues ya fisiológicamente y de un modo constante se observa cierta relación entre uno y otro movimiento; decid a cualquier persona que abra los ojos, exigídle, una vez ampliamente abiertos, que exagere la abertura palpebral, e invariablemente abrirá la boca y aun ejecutará un brusco abatimiento del maxilar inferior. En el Consultorio Oftalmológico observamos diariamente esta sinergia en las personas que padecen de blefarospasmo, aunque éste sea unilateral. Como entonces, para vencer la enérgica contracción del orbicular, necesita el elevador de una contracción mayor, aparece la sinergia de los abatidores maxilares, y ni consiguen los enfermos abrir su ojo blefarospástico, y sí abren bruscamente la boca.

También durante la sorpresa observamos esta sinergia: los músculos de la cara están inmóviles, el orificio palpebral se agranda considerablemente, la mirada está fija y la boca se entreabre por abatimiento de la mandíbula inferior.

Esta sinergia (ya casi borrada en el estado fisiológico, en el hombre) entre la abertura palpebral y el abatimiento maxilar, no sería, para Harman, (1) otra cosa que un resto de lo que pasa en animales inferiores. Voy a explicarme. Dos mecanismos distintos, dice Nicati, (2) ha puesto en juego la Naturaleza en el arte empleado por ella, a través de las edades, para enmascarar y desenmascarar el ojo: la invaginación y la operculación. La *invaginación* aparece primero, ya está muy desarrollada en los moluscos, cuyo ojo, colocado en la extremidad de un pedículo, puede retraerse en su interior hasta la base, y aún queda un vestigio de tal invaginación en los vertebrados, representada por la retracción del globo del ojo, encomendada a un músculo retractor. La *operculación* empieza a dibujarse en los peces por medio de un reborde tegumentario y ya los selacianos poseen párpados movibles bajo la forma de repliegues cutáneos que avanzan de arriba y de abajo por delante del ojo.

Pues precisamente en los selacianos es en los que Harman ha demostrado, por sus investigaciones de anatomía comparada, que aparece primero la musculatura facial, la que está innervada, así como la membrana nictitante, por nervios venidos de un núcleo combinado de los pares V y VII, al que se ha dado el nombre de facial complejo. En estos peces la membrana nictitante y la boca se abren y se cierran simultáneamente, como en el *jaw-winking*, el que se debería a la ley ana-

(1) B. Harman. Sobre el origen del nervio facial. Review of Neurology and Psychiat. Febrero 1909.

(2) Nicati. Loc. Cit.

tómica que expresa que la innervación primitiva de un músculo se conserva, sea que el tal músculo emigre, o que conserve su situación original.

Téngase o no en cuenta la ingeniosa hipótesis de Harman, la sinergia fisiológica que señalé (se ordena la amplia abertura de los párpados y la ejecución de la orden se acompaña de la brusca abertura de la boca) claro indica que entre uno y otro movimiento existe una estrecha relación.

Pero la elevación asinérgica del párpado no sólo se observa durante los movimientos del maxilar: para hacer más notable la asinergia, en los enfermos de Bull (1) y de Von Reuss (2) el párpado ptósico de un lado se levantaba al cerrarse el otro ojo, aunque también se producía la elevación palpebral al abatirse la mandíbula.

En el caso de Grimsdale, citado por Lutz, el fenómeno era provocado por el acto de chupar.

En mi observación personal, la contracción del elevador derecho es sinérgica con la mirada lateral y hacia abajo, lo que tiene de común con la de Pick, y se aumenta con la risa, como en uno de los casos de Lutz.

En el caso de Hubbel la simple abertura de los labios provocaba el fenómeno.

Así es que la contracción del elevador palpebral no sólo presenta una asinergia anormal con la contracción de músculos innervados por la rama motriz del trigémino, sino también con los innervados por el facial (actos de reir, chupar, abrir los labios, cerrar el otro ojo) y con los innervados por el motor ocular externo: mirar de lado (caso de Pick) y el patético, mirada oblicua hacia abajo, de uno u otro lado: caso que me ha dado motivo a este trabajo.

A la sinergia anormal que venimos estudiando deben compararse los dos casos referidos por Rhodes, de Filadelfia, (3) en los que, durante los movimientos palpebrales (during the acts of winking), se dilataban las alas de la nariz, sin que ninguno otro músculo facial estuviera interesado.

Es de llamar la atención, como ya lo han hecho otros observadores, que el fenómeno sólo sea provocado por los movimientos que Münk llama *principales*: masticar, chupar, reir, mirar de lado, que se encuentra desde la primera infancia y que sin duda corresponden a centros coordinadores congénitos, y no lo sean por los *movimientos refinados*, que son adquiridos, fruto de una educación, como silbar, fruncir el ceño, etc.

*

* *

Patogenia.—Es en este punto de estudio de la cuestión que nos ocupa donde las divergencias son mayores. Creo que la dificultad para conciliar los pareceres estriba en que no todos los casos son completamente idénticos, en que unas veces—como en mi caso—la normalidad del ojo anatómica y fisiológicamente es casi perfecta; mientras en otros, al fenómeno de elevación palpebral anormal acompañan otras manifestaciones patológicas, principalmente de orden paralítico, de la musculatura externa del ojo. Tampoco la sinergia anormal es siempre entre los mismos movimientos, como acabamos de anotar, sino que, si en la mayoría de las veces existe sinergia entre la contracción del elevador del párpado y los músculos

(1) Bull. Klin. Monatsb. f. Augenheil. 1888.

(2) Von Reuss. Wien. Kl. Woch. 1889.

(3) J. N. Rhodes. Tow anomalous winking cases Ophthalmic. Record. Agosto de 1908.

innervados por la rama motriz del trigémino (abatimiento y diducción de la mandíbula), otras veces no es con tales músculos, sino, como acabamos también de verlo, con los innervados por otros nervios: facial patético, motor ocular externo.

Lo que también embrolla la cuestión es el hecho de agrupar—como si obedecieran a iguales causas—los casos congénitos y los casos adquiridos; esta sola circunstancia pesa en el ánimo de algunos autores para rechazar el origen anatómico del fenómeno: pues, ¿cómo podrían, entonces, explicarse los casos adquiridos?

Nuestro primer paso será, pues, separar todos los casos adquiridos de los congénitos.

Unos y otros tienen una patogenia distinta, como procuraré demostrarlo en breve, y, por tanto, a mi juicio, sólo debemos conservar en el grupo los que se manifiestan desde el principio de la vida.

Hecha esta necesaria separación, ¿cómo podemos explicarnos los casos congénitos?

Aunque haya semejanza de detalle en los diversos casos observados, la razón íntima de ser de todos ellos debe ser unívoca.

Casos como el mío—sencillos en su sintomatología—facilitan el análisis.

En mi enferma *todo es normal en sus ojos* y—lo que más nos interesa—los movimientos oculares y palpebrales *son fisiológicos* en sí mismos; luego *no debe existir ninguna lesión anatómica en los núcleos de origen de los diversos nervios motores óculopalpebrales*.

El fenómeno anormal sólo consiste en la ruptura de una sinergia fisiológica: el abatimiento del ojo y el abatimiento del párpado, que en mi caso se divorcian; luego *la perturbación está en el centro coordinador de estos movimientos*. (1)

La circunstancia de ser congénito habla en favor de una anomalía anatómica, *de conexiones internucleares anormales*, lo que hace que el influjo nervioso que nace en la corteza llegue a los centros supranucleares de coordinación, los que reparten ese influjo, no entre los núcleos a que lo envían en los sujetos normales, sino entre núcleos conectados anormalmente por medio de fibras de asociación anómalas.

Así es que: *la sinergia anormal entre la elevación del párpado y la contracción de otros músculos* (abatidores de la mandíbula, faciales, oculomotores) *no es más que una anomalía fisiológica originada por una anomalía anatómica*.

Claro está que, como anomalía, no siempre las fibras anormales de asociación van de tal núcleo a tal otro invariablemente, sino que, una vez que se separan de la ley general, reunirán entre sí, á veces, unos núcleos, a veces otros núcleos, dando así origen a sinergias anormales distintas.

Todo esto es aplicable a los casos sencillos, como el mío, en que todas las funciones motrices de ojos y párpados, aisladamente consideradas, son anormales, y sólo se produce una asinergia entre algunos de estos movimientos.

En cuanto a los casos en que existen manifestaciones paralíticas de los músculos oculomotores, y principalmente del elevador del párpado, pueden explicarse por una atrofia del núcleo que normalmente los anima y una suplencia anatómica verificada por otros núcleos; o por la emigración anormal de las celdillas de un núcleo al seno de otro núcleo, lo que, en tal caso, haría que el influjo nervioso

(1) El centro de coordinación de los movimientos palpebrales se cree colocado al nivel del borde superior de la protuberancia.

partido de tal núcleo anormal se repartiera entre músculos normalmente subalternados a núcleos distintos.

Naturalmente que estas anormales conexiones entre los centros coordinadores que suponemos, se producirán más fácilmente si ya antes han existido en la serie animal (hipótesis de Harman); lo que haría que el fenómeno que estudiamos no fuera otra cosa que una regresión ancestral. De paso diré que no estando probada la evolución de las especies, dejo al autor citado la responsabilidad del supuesto.

El caso de Lutz (de la Habana), en que el sujeto podía producir *a voluntad* la elevación anormal del párpado, indica que hay casos en que las fibras anormales de asociación pueden ir hasta la corteza cerebral, en donde están los centros de que parten los movimientos voluntarios.

He dicho que la patología de los casos adquiridos es distinta, y, aunque sea brevemente, voy a probarlo.

Desde luego que no vamos a considerar la contracción cicatricial del párpado, ni la lagofthalmía consecutiva a parálisis del facial: en uno y otro caso, al abatirse el ojo, queda levantado el párpado superior; pero la semejanza es tan tosca que no vale la pena de insistir sobre tales casos.

La *asinergia adquirida* entre los movimientos de descenso ocular y palpebral puede ser originada:

- (a) Por espasmo del músculo de Müller;
- (b) Por contractura del elevador del párpado.

El *espasmo del músculo separador palpebral de H. Müller* (músculo de fibras lisas innervadas por el simpático cervical) es debido a una acción local medicamentosa o a una acción irritativa del simpático. La acción local se observa en la instilación de la cocaína sobre la conjuntiva, acción que se vuelve evidente cuando la instilación se hace en un solo ojo: la abertura palpebral de ese lado agrandase, y en la mirada hacia abajo, el párpado superior no acompaña al ojo. Yo he medido en tales circunstancias la separación de los párpados, en uno y otro lado, y he encontrado, en la mirada de frente: separación lineal de los bordes palpebrales, del lado no cocainizado, 6 milímetros; del lado cocainizado, 10 milímetros; en la mirada hacia abajo: lado no cocainizado, 2 milímetros; lado cocainizado, 8 milímetros.

El espasmo debido a la irritación del simpático se observa en el bocio exoftálmico (1) produciendo los *signos de de Graefe* (el párpado no acompaña al ojo en la mirada hacia abajo) y *de Stellwag* (rareza del parpadeo). El signo de de Graefe puede ser unilateral y aun presentarse como síntoma aislado, precediendo algún tiempo la aparición de los demás síntomas y aun al bocio mismo: tal sucedía en el caso de Pollack (2) y quizá en los interiores de Chevalereau y Chaillous.

Pero esta retracción espasmódica del párpado superior puede también encontrarse como síntoma aislado, sin relación ninguna con perturbaciones locales ni con afección general, tal como ha sido descrita por Gowers: "En la mirada de frente se produce una separación de los párpados mayor que en el estado normal. En la mirada hacia abajo el párpado superior no desciende, de suerte que grande extensión de la esclerótica aparece arriba de la córnea. Cuando el enfermo quiere cerrar los ojos, el párpado superior se contrae gracias al orbicular, pero menos que el párpado inferior, de tal suerte que los párpados no se cierran." (3)

(1) También se le ha señalado en la tabes, la enfermedad Thomson, etc.

(2) A. Pollack. Ann. d'oculistique. Febrero de 1909.

(3) Citado por V. Mórax, en Encyclop. Franc, d'Ophthalm., tomo IV.

La *contractura del músculo elevador del párpado superior* puede encontrarse en estados neuropáticos, principalmente en la histeria, que tan a menudo produce contracturas de los músculos oculares, más bien que parálisis de tales músculos. Las contracturas histéricas de los músculos oculares son contracturas unimusculares. Esto explicaría la aparición del fenómeno que estudiamos después de traumas: histero-traumatismo. Aunque rara vez, puede también presentarse en la histeria cierta disociación de los movimientos coordinados. (1)

Se ve, pues, que los casos adquiridos tienen una patogenia tan distinta a los congénitos que deben ser estudiados separadamente y no agrupados bajo la misma denominación: así se aclarará la tan debatida cuestión patogénica.

Para ser completo, recordaré el fenómeno análogo descrito por R. Cestan y Dupuy-Dutemps en casos de parálisis del orbicular (nervio facial): cuando los ojos bajan, en el lado paralizado queda más levantado el párpado, y si entonces se ordena al enfermo apretar los párpados, sube aún más el superior del lado paralítico. Este fenómeno, de apariencia paradójica, se explica por las relaciones anatómicas que existen entre el elevador del párpado y los músculos recto superior y recto interno: cuando se exige la enérgica cerradura de los párpados, el globo ocular se convulsa hacia arriba, y, por sinergia, se produce la contracción del elevador que, no encontrando el antagonismo del orbicular, por estar paralizado, produce la elevación palpebral.

*

* *

El *diagnóstico diferencial* de la asinergia que estudiamos debe hacerse con los tics o blefarotícs de abertura (*tic d'écarquillement*, de los autores franceses); éstos, por regla general, son bilaterales; mientras que (y aquí sólo nos referimos a la asinergia adquirida) el espasmo es unilateral.

Además, el tic es la reproducción involuntaria de un movimiento funcional fisiológico: el tic de abertura palpebral reproduce la mímica de la cólera o la sorpresa. Puede ser suprimido o, a lo menos, suspendido por la voluntad.

En la asinergia congénita de los movimientos palpebrales, la elevación del párpado no se hace a la manera del tic, sino que la contracción del elevador se produce siempre asociada a otros determinados movimientos: risa, abatimiento de la mandíbula, etc. La voluntad no puede suprimir del todo el fenómeno. La fisonomía del blefarotíc y de la asinergia son, por otra parte, completamente distintas.

Los casos adquiridos, casi todos dependientes de un espasmo, pueden distinguirse de los tics, porque el tic palpebral está casi siempre acompañado del tic ocular, lo que no sucede en el espasmo.

*

* *

En cuanto a *pronóstico*, nadie vacilará en distinguir los casos adquiridos, que pueden atenuarse y desaparecer, de los congénitos, que, dependientes de una anomalía anatómica, lo más probable es que, habiendo nacido con el enfermo, mueran con él.

La enferma de Van Lint tenía once años.

Mi enferma, veinte.

El de Lutz, veintisiete años.

El de Morax, cuarenta y siete.

El de Souques, cincuenta.

Así es que, desde el nacimiento, acompaña el raro fenómeno, a los que lo padecen, por toda la vida; a lo menos en la generalidad de los casos, pues se le ha visto atenuarse (caso de Fraenkel) y aun desaparecer (Kraus). (1)

*
* *

Aunque la rara asineria palpebral sólo constituye un defecto que no molesta a los enfermos, siempre les es mortificante, y podemos ser consultados por ellos, para que remedemos su anómalo movimiento; ¿a qué podremos recurrir?

A la educación de los movimientos óculopalpebrales por medio del ejercicio.

Hay infinidad de casos en que la educación logra vencer sinergias musculares muy arraigadas; recuerdo, por ejemplo, que algunos niños, jugando, logran hacer al propio tiempo movimientos de lateralidad de un antebrazo, mientras que con el otro ejecutan movimientos alternativos de flexión y de extensión. Cualquiera que, por primera vez, intente el juego, fracasará infaliblemente, mientras no logre, por educación, modificar las sinergias de movimientos de uno y otro lado.

Personas hay que aprenden a cerrar alternativamente un ojo y a abrir el otro.

La educación metódica, por medio de ejercicios ante el espejo, es el único medio que podemos oponer a la anomalía en cuestión: tal es lo que estoy practicando en mi enferma, y tendré el gusto de informar sobre los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA.

Siendo aún corto el número de casos publicados sobre la anomalía que estudiamos, creo oportuno dar una lista, lo más extensa, de los trabajos que conozco, algunos, en el original mismo; otros, en los análisis de la prensa oftalmológica o neurológica. Las omisiones que cometa son debidas a la dificultad de procurarse, en provincia, una biblioteca siquiera mediana.

M. Gunn.—Trans. Ophthalm. Soc. vol. 3, pág. 283.

Fraenkel.—Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1888.

Adamüek.—Id. Id. Id. 1888.

Bull.—Id. Id. Id. 1888.

Utthoff.—Berl. Klin. Woch. 1888.

Helfreich.—Berich. der XIX Versam. d. Opht. Gesell zur Heidelberg. 1888.

L. Wecker.—Soc. d'optalm. de París, 8 de enero de 1889.

Von Reuss.—Wien. KL. Woch. 1889.

Proskauer.—Cent. f. Augenh. 1891. K.

Kraus.—Inauguraldissert. Göttingen. 1891.

Goldzieher.—Jahresk. f. Opht. 1892.

Vossius.—Beiträge zur Augenh.

(1) Kraus. Inauguraldissert. Göttingen, 1891.

Hubbel.—Arch. f. Ophth. XXII.

Beaumont.—Lancet. Abril de 1893.

Sinclair.—Ophth. Review. 1895.

Hillman.—Kl. Monatsbl. f. Augenh. 1894.

Friedenwald. Analiz. en Neurol. Centr. 1897.

Wilbrand u. Saenger. Die Neurologie des Auges. Wiesbaden. 1899.

Chevallereau et Chaillous.—Ann. d'oculistique. 1903.

Lindermeyer.—Ueber paradoxe Lidbewegungen. Halle. 1904.

J. N. Rhodes.—Ophthalmic Record. Agosto de 1908.

Pollack Ann. d'oculistique. 1909.

Morax.—Id. Id. Febrero de 1909.

A Souques.—Soc. de Neurol. de París. Seance 6 mai de 1909.

B. Harman.—Sobre el origen del nervio facial. Review of Neurology and Psyk. 1909.

Van Lint.—La Polyclinique. Febrero 15 de 1911.

Antón Lutz.—Anales de Oftalmología, de México. XV. 1912.

Marbaix.—Soc. belge d'ophtalm. 1908.

W. Sym.—Review of nuerol. and psych. Abril de 1909.

Cantonnet.—Arch. d'opht. Abril de 1909.

Fuchs.—Citado por la Encyclop. Franc. d'opht.

Coppez.— Id. Id. Id.

Grimsdale. b. Citado por Lutz.

Piek.— Id. Id.

Nicati.—(Dos casos citados en su Physiologie oculaire).

León (Gto., México).

Dr. José de Jesús González.