

CAPITULO III

CONVULSIONES LOCALIZADAS

Con este nombre comprenderemos las contracturas y las sacudidas clónicas manifestadas por los músculos pertenecientes á un territorio nervioso determinado.

Los fenómenos convulsivos pueden acompañar á las lesiones nerviosas periféricas, pero la mayor parte de las veces esta clase de fenómenos, hasta cuando están localizados, dependen de una enfermedad más general del sistema nervioso; también raras veces se hallan localizados en el dominio de un nervio.

I. Nervios motores oculares.—El espasmo tónico de los músculos motores del ojo incumben, sobre todo, á la oftalmología. Sólo diremos de ellos algunas palabras.

Las contracturas de estos músculos se observan principalmente en las afecciones cerebrales ó meníngeas, y, según su sitio, determinan diversas variedades de estrabismo.

En neuropatología es más importante el fenómeno espasmódico designado con el nombre de *nistagmus*. Hablaremos de él brevemente; su estudio pertenece á la semeiología. Consiste en oscilaciones involuntarias de los ojos, que se producen sea en el sentido horizontal, ó (lo que es más frecuente) en el sentido transversal. El nistagmus es más á menudo bilateral. Se le observa algunas veces, aparte de toda afección nerviosa determinada, en los sujetos de vista débil, en los mineros (Hirt) que se fatigan los ojos en la obscuridad que les rodea. El nistagmus es, ante todo, uno de los síntomas capitales de la esclerosis en placas; también se le ha encontrado en las afecciones cerebrales y bulbares, en la tabes, en la epilepsia y en el histerismo (Hirt) (1).

II. Nervio trigémino.—El *trismus*, ó contractura de los músculos inervados por el trigémino (masetero, temporal y los dos pterigoideos) tiene por origen las causas ordinarias de las contracturas. Citemos, sobre todo, el histerismo y el tétanos, y mencionemos también las afecciones dolorosas de la región, que provocan á menudo una contractura refleja de los músculos de la masticación (neuralgia dentaria, traumatismo). El trismus refleja puede ser provocado, aunque á la verdad es excepcionalmente, por una afección lejana (vermes intestinales). Esta contractura es generalmente bilateral y simétrica; los dos maxilares se aproximan, los dientes están muy apretados, y algunas veces es preciso practicar la avulsión de uno de ellos para introducir los alimentos más allá de las arcadas dentarias, ó bien es necesario recurrir al uso de la sonda nasal para nutrir al paciente. El trismus es á menudo muy doloroso.

Cuando sólo existe la contractura en un lado ó se reparte de un modo des-

(1) Hirt, *Deutsche med. Wochenschr.*, núm. 30, 1887.

igual entre los diversos músculos, el maxilar inferior está más ó menos desviado ó bien es llevado hacia adelante ó hacia atrás.

Las convulsiones clónicas de los mismos músculos determinan el castañeteo de dientes que acompaña al escalofrío; también provocan el *rechñamiento* de dientes ó el *masculamiento*, fenómenos tan frecuentes como de mal pronóstico en la meningitis y otras afecciones del encéfalo. En las neurosis convulsivas se observan contracciones irregulares de los músculos de la masticación.

III. Nervio facial.—La contractura puede acompañar á la parálisis facial *a frigore*. La cara se encuentra entonces desviada hacia el lado enfermo, al contrario de lo que ocurre en la parálisis simple; la hendidura palpebral está estrechada en este mismo lado. Esta contractura también se encuentra en el histerismo y podría ser tomada por una parálisis del lado opuesto (1).

Los espasmos clónicos son más frecuentes. No vamos á considerar en este sitio los casos en que se trata de sacudidas ó de contracciones musculares generalizadas, extendidas á todo el sistema motor, como en la corea y en la atetosis. Aunque la enfermedad de los tics se localiza más bien en la cara, constituye también una afección general que merece una descripción distinta. Sólo queremos hablar aquí de los casos en que las convulsiones clónicas están exclusivamente limitadas al dominio del nervio. Entonces son debidas muchas veces á una alteración de este último; convendría enumerar á este propósito todas las causas capaces de engendrar la parálisis facial, ya que estas mismas causas determinan también fenómenos espasmódicos, asociados ó no á manifestaciones paralíticas.

También se observan convulsiones clónicas de la cara, á consecuencia de traumatismos locales; entonces se trata de un proceso reflejo. El tic doloroso de la cara, cuya descripción corresponde al capítulo de la neuralgia facial, está sin duda ligado á un proceso del mismo orden. Indudables analogías aproximan entonces el tic doloroso al tic indoloro, pues éste como aquél, más bien aparece en forma de accesos, tan pronto espontáneos como provocados por una emoción ó por cualquier desequilibrio sensitivo. Son fáciles de imaginar los gestos involuntarios que se dibujarán durante estos paroxismos en el lado de la cara afectado por las sacudidas involuntarias (2).

A menudo, en lugar de difundirse por todos ó la mayor parte de los músculos de la cara los fenómenos convulsivos, sean tónicos ó clónicos, se localizan en un músculo dado. Particularmente el músculo orbicular tiene el privilegio de estas convulsiones parciales; unas veces está afectado de contractura, resultando el *blefarospasmo* y otras está movido por sacudidas involuntarias, dando origen al *guiño*. El blefarospasmo es generalmente bilateral; algunas veces no dura más que cortos instantes, pudiendo repetir á intervalos, pero por desgracia puede ser singularmente tenaz. Según sea más ó menos marcado, el ojo está completamente cerrado ó medio abierto. Esta oclusión del ojo también existe en la ptosis, es decir, cuando el elevador del párpado superior está paralizado; pero como lo hace observar Charcot, la ptosis se distingue por una

(1) Véanse los Capítulos, *Histerismo y Parálisis facial*.

(2) Para esta cuestión, y en particular para el diagnóstico entre el tic de la cara y el espasmo facial, véase Brissaud, *Tics et spasmes cloniques de la face*. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 25 Enero, 1894.

particularidad importante: la ceja está muy elevada porque el músculo frontal intenta suplir al elevador impotente. Al contrario, en el caso de espasmo del orbicular, hay fruncimiento y descenso de la ceja. El blefarospasmo se produce á consecuencia de una afección local ó de un traumatismo, pero sólo se desarrolla en un terreno predispuesto; es un accidente frecuente en las histéricas. Sin embargo, se encuentran casos de blefarospasmo sobrevenidos sin causa aparente, en sujetos indemnes de otros estigmas neuropáticos, como de ello hemos visto nosotros recientemente un ejemplo.

El guiño reconoce las mismas causas que el blefarospasmo. Los neurasténicos presentan á menudo ligeras sacudidas, bruscas y repetidas, en uno de los párpados superiores; es una variedad de contracciones fibrilares.

IV. Hipogloso mayor. — Es bastante raro encontrar convulsiones localizadas en la lengua. Se citan algunas observaciones curiosas. Ora se trata de convulsiones clónicas desordenadas que se presentan por crisis, ora de convulsiones tónicas (Valleix), que inmovilizan la lengua contra la bóveda palatina. A menudo están interesados los dos lados de la lengua y los fenómenos se extienden á territorios vecinos, á los músculos motores de los maxilares, por ejemplo, como en un caso de Remak. La etiología de estos hechos es oscura; creemos que algunas veces este fenómeno depende de algún proceso mental mal definido.

El espasmo glosolabial de las histéricas pertenece á la historia general de la gran neurosis, por esta razón sólo lo mencionamos.

V. Pneumogástrico. — Los espasmos localizados á los músculos de la faringe y de la laringe, han sido descritos con las enfermedades de estos dos órganos, por lo que no insistiremos más en ellos.

VI. Espinal. — El espinal inerva dos músculos de la vida de relación, á saber, el esterno-cleido-mastoideo y el trapecio.

Estos dos músculos pueden presentar, aislada ó simultáneamente, de uno solo ó de los dos lados á la vez, convulsiones clónicas. Según los casos, la cabeza oscila en el sentido transversal ó en el antero-posterior, por sacudidas bruscas. La etiología de estos hechos es bastante oscura; algunas veces están ligados á diversas alteraciones nerviosas, situadas en el cerebro, en la médula ó en los nervios periféricos; en cierto número ha sido atribuido al enfriamiento ó á emociones; en ciertos casos se ha invocado un proceso reflejo que tenía un punto de partida visceral. Pero estas causas son á menudo muy hipotéticas. Algunas observaciones parece que dependen de la enfermedad de los tics y otras del histerismo.

Las convulsiones tónicas ó contracturas, producen una variedad de *torticolis*. El estudio completo del *torticolis* y de sus diferentes formas corresponde á los tratados de patología externa (1); nos limitaremos á bosquejar sucintamente la descripción del *torticolis* por contractura.

VII. *Torticolis* por contractura. — Que sea agudo ó crónico, el *torticolis* muscular reconoce por causa ordinaria una contractura del músculo esterno-cleido-mastoideo; sin embargo, algunas veces se trata de una contractura del trapecio ó (lo que viene á ser más á menudo) de una contractura simultánea

(1) Véase *Traité de chirurgie*, t. v, art. *Torticolis*, par Walter (Masson, éditeur).

de los dos músculos inervados por el espinal. De ordinario sólo está interesado un lado; es excepcional que la afección sea bilateral y simétrica. Cuando está contraído uno de los esterno-mastoideos, inclina la cabeza hacia un lado y mira ligeramente la cara hacia el lado opuesto. Cuando sólo lo está el trapecio, la cabeza sufre una desviación análoga, pero al mismo tiempo se inclina más ó menos hacia atrás. La cabeza se flexiona directamente hacia adelante cuando están interesados los dos esterno-mastoideos y directamente hacia atrás cuando los dos trapecios. Añadamos que en estos diversos casos, y sobre todo cuando está contraído el trapecio, se eleva el hombro del lado enfermo; sube á encontrar la cabeza al mismo tiempo que ésta se inclina hacia aquél, pudiendo llegar la oreja á tocar el hombro.

Al lado de estos tipos principales de *torticolis* muscular, hay otros más raros, en los cuales la contractura se localiza en los otros músculos del cuello.

Muy excepcionalmente se observa una contractura del músculo *cutáneo*; la cabeza se inclina hacia el lado enfermo, y la cara se vuelve ligeramente hacia este mismo lado; se perciben debajo de los tegumentos las bridas formadas por los haces musculares contracturados.

En algunas ocasiones, el sitio primitivo de la afección se halla en los músculos posteriores del cuello (*torticolis posterior*), y especialmente en el *esplenio*. Este último músculo, cuando está contraído independientemente, produce entre otros efectos, el de volver la cabeza hacia su lado; pero este género de desviación no se observa por estar siempre simultáneamente contraído el esterno-mastoideo, ya sea de un modo primitivo, ya sea de un modo secundario; hace girar la cabeza en una dirección invariable.

Tales son los diversos tipos de *torticolis*, teniendo en cuenta la localización de la contractura. Según la evolución sintomática se conocen otras dos formas: el *torticolis agudo* y el *crónico*.

El *torticolis agudo* es muy á menudo provocado por el frío, por una causa traumática ó por un esfuerzo violento, en el cual hayan tomado parte activa los músculos del cuello; algunas veces es de origen reflejo. El músculo esterno-mastoideo, y hasta muy á menudo el músculo trapecio, están á la vez contraídos y son dolorosos; el dolor es provocado ó aumentado por la presión, por la contracción del músculo, y sobre todo por las tracciones á que éste es sometido. Instintivamente también se inmoviliza la cabeza. Principio brusco, evolución rápida, á menudo con un ligero movimiento febril, curación pronta, favorecida por la revulsión ó por las envolturas calientes sobre la región, son los caracteres evolutivos que pertenecen al *torticolis agudo*. Sin embargo, la afección está sujeta á recidiva, y aunque sea una eventualidad poco común, llega más pronto ó más tarde á la forma crónica.

El *torticolis crónico* es debido, en la mayor parte de los casos, á una retracción del esterno-cleido-mastoideo y algunas veces del trapecio; estas lesiones aparecen desde la infancia. Pero la contractura puede ser el primer estadio de la afección; en efecto, como se sabe, no es raro que á un período de alteración puramente dinámica de la fibra muscular, suceda un período de degeneración y de sustitución fibrosa progresivo. El *torticolis crónico* es indoloro, y sólo se revela funcionalmente por la molestia debida á la actitud viciosa del cuello. Este es algunas veces tan pronunciado, que se resiente la deglución y la fo-

nación; también suelen observarse trastornos del aparato visual, especialmente el estrabismo. La desviación del cuello no es la única deformación que se puede observar; se establecen curvas de compensación en el raquis dorsal y hasta en el raquis lumbar, y además (fenómeno aún mal explicado) los tejidos de la cabeza algunas veces se atrofian de un modo más ó menos marcado, cuya atrofia es unilateral y está situado del lado á que la cabeza se inclina. Pero, la mayor parte de estos síntomas son la expresión del tortícolis por retracción, más bien que del tortícolis por contractura. A menudo es bastante difícil, especialmente durante los primeros periodos de la afección y en sus formas relativamente atenuadas, el saber si se trata de una ó de otra de estas dos alteraciones: retracción ó contractura. El examen bajo la acción del cloroformo, independientemente de otros signos diferenciales que permiten el diagnóstico y que aquí no tienen nada de particular, haría desaparecer las dudas. Sea lo que quiera, conviene establecer por qué el tratamiento es diferente en cada uno de los dos casos. Contra la retracción, se impone la tenotomía; contra la contractura, es necesario emplear simples métodos de protesis, después de enderezar la cabeza durante la narcosis; desde luego que también se debe ir en busca de la enfermedad inicial, de la cual depende la contractura, del histerismo, por ejemplo, ó de cualquiera afección localizada que obrara por un procedimiento reflejo.

VIII. Nervios raquídeos. — Todos los músculos inervados por los nervios raquídeos, pueden estar afectados, aisladamente ó por grupos, de convulsiones tónicas ó clónicas. Lo que hemos dicho de las funciones propias á cada uno de los músculos, permitirá comprender la parte que toman en los fenómenos observados en tal ó cual caso. A propósito de las neuralgias y de las parálisis, señalaremos muchas veces fenómenos de esta clase, á título de síntomas contingentes y accesorios.

IX. Músculos respiratorios. — Entre estos músculos, el diafragma es el que más á menudo padece convulsiones.

La *contractura del diafragma* se presenta bajo la influencia del frío, del reumatismo, etc., en sujetos sin duda predispuestos por un estado neuropático anterior. Se manifiesta por signos objetivos característicos. Ya hemos dicho cuáles son, según Duchenne (1853), los efectos de la contracción de este músculo (1). La contractura no es más que una contracción prolongada y se revela por los mismos fenómenos que ésta. La respiración está muy dificultada; los otros músculos inspiradores, comprendiendo los inspiradores accesorios (pectoral mayor, esterno-cleido-mastoideo, gran serrato, etc.), entran enérgicamente en acción, pero sin lograr mantener en perfecto estado la hematosis. El enfermo sucumbe por asfixia, si la contractura se prolonga. Algunas veces la contractura es unilateral; los síntomas son entonces mucho menos marcados, y el pronóstico es muy diferente.

Si las inhalaciones de cloroformo y las aplicaciones eléctricas—procedimientos que se deben emplear al principio—fueran ineficaces, creemos que se obraría sabiamente practicando la respiración artificial por insuflación después de la traqueotomía, según el método corriente en los laboratorios. Por lo demás,

(1) Capítulo primero.

este es un recurso que, en nuestra opinión, se podría ensayar en un gran número de casos de insuficiencia respiratoria.

Figura 169.

Occ. Nervio occipital (2.º par cervical), 1, 2, 3, ramas oftálmica (1) maxilar superior (2) y maxilar inferior del nervio trigémino.

Front. (frontal). — Sup-tr. (supratroclear). — sub-tr. (infrotroclear Naso-lob. (naso-lobar). — Sub-or. (suborbitario). — T. M. (temporo-molar). — B. (bucal). — Ment. (Mentoniano).

Plexo cervical. (P. c.). M. (rama mastoidea). — R. supra. (rama supra-clavicular).

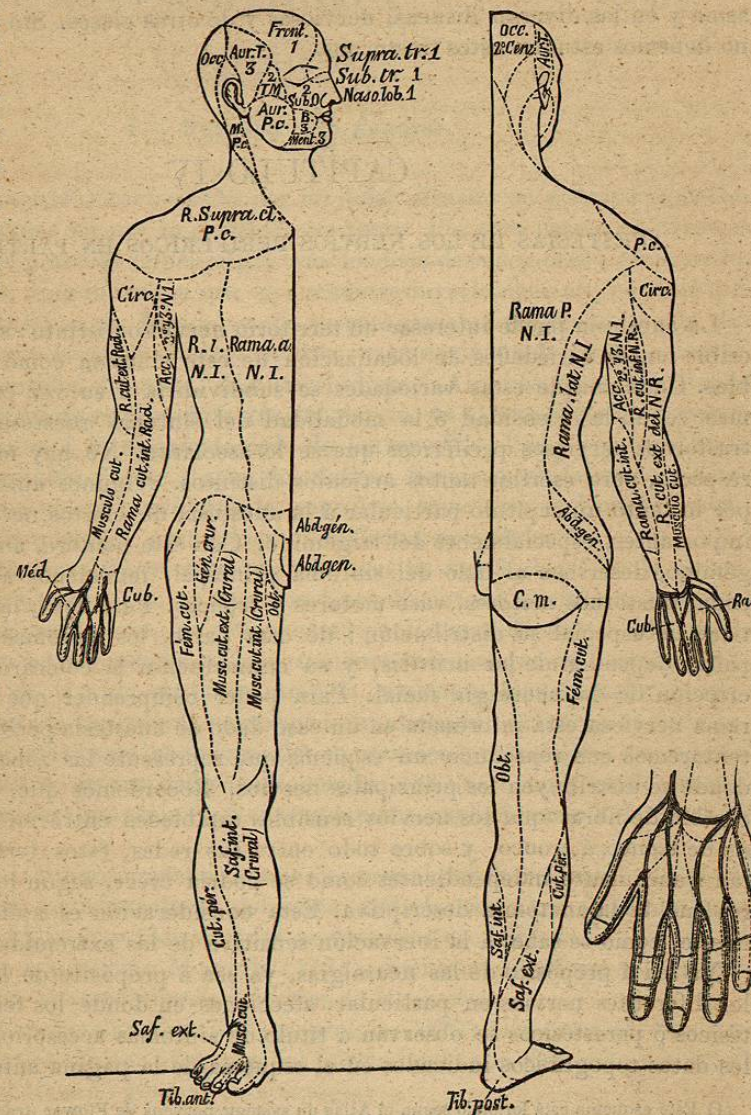
Plexo braquial. Circ. (circunflejo). — Ra. cut. ext. del N. R. (rama cutánea externa del N. radial). — Ra. cut. int. del N. R. (rama cutánea interna del N. radial). — N. braq. cut. int. (braquial cutáneo interno). — Acc. (su accesorio). — Músculo-cut. (N. músculo-cutáneo). — Rad. (N. radial). — Cub. (N. cubital). — Med. (N. mediano).

Nervios intercostales. (N. I.). — Ram. I. N. I. (sus ramas anteriores). — Ram. I. N. I. (sus ramas laterales). — Ram. I. N. I. (sus ramas posteriores).

Plexo lumbar. Abd. (N. abdómino-genital). — Obt. (N. obturador). — Músculo-cut. int. y ext. (Ramas músculo-cutáneas interna y externa del nervio crural). — Fém. cut. (N. fémoro-cutáneo). — Saf. int. (N. safeno interno).

Plexo sacro. Cm. (ciático menor). — Cut. per. (rama cutáneo-peroneal). — Saf. ext. (N. safeno externo). — Músc. cut. (N. músculo-cutáneo). — Tib. ant. (N. tibial anterior). — Tib. post. (N. tibial posterior).

El *hipo* es una verdadera convulsión clónica del diafragma. Su estudio corresponde á la semeiología.



El estornudo, el bostezo, la tos, la risa y el sollozo son otras tantas variedades de espasmos de los músculos de la respiración.

Estos músculos todavía se contraen de un modo espasmódico en ciertas afecciones descritas entre las enfermedades del aparato respiratorio, en el asma y en las diversas disneas, nerviosas y de otras clases. Sin embargo, aquí no debemos estudiar estos trastornos.

CAPÍTULO IV

ANESTESIAS DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS EN PARTICULAR.

La anestesia puede interesar un territorio nervioso distinto; se podrían describir tantas variedades de localización de este síntoma como nervios sensibles. Cada una de estas variedades se subdividiría á su vez en diversas formas, según la intensidad ó la modalidad del síntoma anestesia, ó según los trastornos nerviosos periféricos que se le asociaran. No hay motivo, en este respecto, para escribir tantos artículos distintos. Algunos autores consagran por lo tanto un capítulo particular á la anestesia de ciertos nervios sensitivos importantes, especialmente del trigémino. Con este nombre, anestesia del trigémino, describen al lado del síntoma principal, fenómenos accesorios tales como trastornos motores, vaso-motores y tróficos. Pero aquí, la anestesia sólo tiene de especial su distribución; de otra parte, los síntomas que la acompañan dependen de las neuritis, y su enumeración la colocaremos en la descripción de la neuralgia facial. Para poder comprender qué nervio ó qué rama nerviosa está interesada en un caso dado de anestesia periférica, nos contentaremos con reproducir un esquema que represente las zonas cutáneas por donde se distribuyen los principales nervios. Recordemos que, por virtud del cambio de fibras que los nervios sensibles establecen entre sí, por anastomosis de tronco á tronco, y sobre todo entre sus redes, estos territorios no son tan francamente independientes como se podría creer, según los datos groseros que da la anatomía descriptiva. Esta consideración es aplicable especialmente, como se sabe, á la inervación sensitiva de las extremidades.

Ya sea á propósito de las neuralgias, ya sea á propósito de las parálisis de los diferentes nervios en particular, afecciones en donde los fenómenos anestésicos ó parestésicos se observan á título de síntomas accesorios, utilizaremos los datos topográficos indicados en el esquema de la página anterior (1).

(1) Este esquema está formado según el Atlas du système nerveux de Flower (traducido por Duprat, Masson, editor, Paris).

CAPÍTULO V

NEURALGIAS

I.—Neuralgia en general.

La neuralgia está caracterizada por un dolor situado en el trayecto de los nervios; este dolor es por lo general remitente. Por otra parte, los diversos casos en que se presenta la neuralgia son los más desemejantes; ninguna lesión anatómica, ninguna causa que se encuentre invariablemente en cada uno de ellos; á lo más, se puede suponer en su patogenia un rasgo común que responde á su común carácter clínico. Se dice, y es decir mucho, que la neuralgia no es una entidad morbosa, sino un síndrome. Algunas veces está ligada á lesiones anatómicas muy manifiestas del nervio, en el que se localiza, perteneciendo entonces á la sintomatología de las neuritis. Pero, en otras, no se comprueba alteración visible alguna del sistema nervioso, en tal caso, y hasta nueva orden, se puede considerar la neuralgia como una enfermedad particular; es una neurosis que caracteriza el síndrome neuralgia.

Al lado de la neuralgia-neurosis y de la neuritis-neurálgica ó de la neuralgia-neuritis, se ha ido en busca de otros tipos distintos: neuralgias congestivas, neuralgias esquémicas, etc. Pero como ya diremos de nuevo, estas categorías más bien están fundadas en concepciones teóricas que en hechos.

Los nervios de la vida orgánica también presentan manifestaciones dolorosas. Estas son las verdaderas neuralgias, en el sentido etimológico de la palabra; pero en estos casos los dolores tienen caracteres particulares que no permiten confundirlos, en una descripción común, con las neuralgias de los nervios del sistema cerebro-espinal. Nos ocuparemos exclusivamente de estas últimas.

HISTORIA.—Durante mucho tiempo, las neuralgias fueron confundidas con las más diversas manifestaciones dolorosas. Sólo la neuralgia facial formaba excepción; se halla muy bien descrita en las obras de Areteo.

Cotugno, en una célebre Memoria (1764), distingue la ciática y la neuralgia crural de las otras afecciones dolorosas de la pierna.

Chaussier (Cuadro sinóptico de la neuralgia, 1803) dice que todos los nervios sensibles pueden estar afectados del mismo modo que el ciático y el trigémino, y crea el término general de neuralgia.

Desde entonces, la neuralgia ha sido objeto de numerosas investigaciones. El trabajo de Valleix (1) se halla entre los más importantes. A Valleix corresponde el mérito de haber determinado, en el trayecto de cada uno de los nervios, los puntos de elección para el dolor y de haber analizado cuidadosamente ciertos síntomas.

(1) Traité des Névralgies, Paris, 1841.