

DOS OBSERVACIONES
DE
ESPASMO DE BRISSAUD

No son raros en la literatura médica los espasmos musculares afectando determinados territorios de la vida orgánica; tanto en los músculos de fibra lisa, cuanto en los estriados y sometidos por consiguiente a la influencia de la voluntad. Forman ellos, un síndrome clínico interesante, pero en cuya patogenia y tratamiento las diversas teorías, los diversos medios se chocan sin exponer hasta la actualidad un resultado positivo para su conocimiento y curación.

He tenido oportunidad de seguir en el Servicio de Clínica Neurológica, a cargo del profesor Dr. Ignacio Martínez, en el Hospital Clínicas, dos observaciones de *espasmo* de los músculos del cuello, que he clasificado dentro del tipo descrito por Brissaud y la poca argumentación clínica en nuestro medio del tema, me ha llevado a suponer que sería interesante su mención y estudio, que si bien, tratado por los clásicos, ha de tener siempre su importancia, dadas las lagunas notorias en la complementación clínica del síndrome.

No son, por otra parte, entre nosotros síndromes vulgares, siendo hasta la actualidad poco frecuentes las observaciones mencionadas en el país.

Trás estas breves consideraciones, veamos el 1er. caso de observación:

PRIMERA OBSERVACION

Manuel M., español, de 45 años de edad, casado, de profesión agricultor, ingresa al servicio del Prof. Dr. Ignacio Martínez, en el Hospital Clínicas el 10 de Junio de 1916.

Antec. hered.—Los padres viven, son sanos, de hábitos moderados. Ha tenido 2 hermanos que igualmente se conservan.

Antec. Personales.—Nacido en Murcia (España), en donde transcurren los primeros años de su niñez y juventud, trasladándose hace 12 años a la República Argentina y domiciliándose en esta ciudad. Como únicas molestias en su niñez, recuerda una afección que por sus caracteres semeja al Paludismo, con ataques cotidianos y que fué curado con quinina, a la edad de 14 años. A los 21, estos ataques se repiten con iguales caracteres, en forma y evolución, desapareciendo a la influencia de la misma terapéutica.

Criado con alimentación sana y abundante, no da datos de enfermedades venéreas o de luetismo, ni refiere accidentes susceptibles de presumirlas.

A los 23 años contrae matrimonio y tuvo 2 hijos; uno de los cuales vive y el otro fallece de una afección imprecisa, a los 19 años de edad. Su esposa fallece 8 años después de su matrimonio, de un ataque cerebral.

De ella no refiere abortos.

A los 32 años contrae enlace por segunda vez, y de esta unión tiene 2 hijos que se conservan actualmente en buen estado de salud.

De vida moderada, fumador, discreto bebedor.

Enfermedad actual.—Hace 14 años, teniendo él 31 de edad, empieza a sentir un dolor agudo, persistente, continuo, casi sin



propagación en el externo cleido mostoideo del lado izquierdo, consulta por su molestia un facultativo, que le receta algunos sellos, a beneficio de los cuales desaparece el dolor, pero notando la aparición de un tortícolis molesto por su forma, irreductible a la normal posición, que persiste largo tiempo, obligándole a

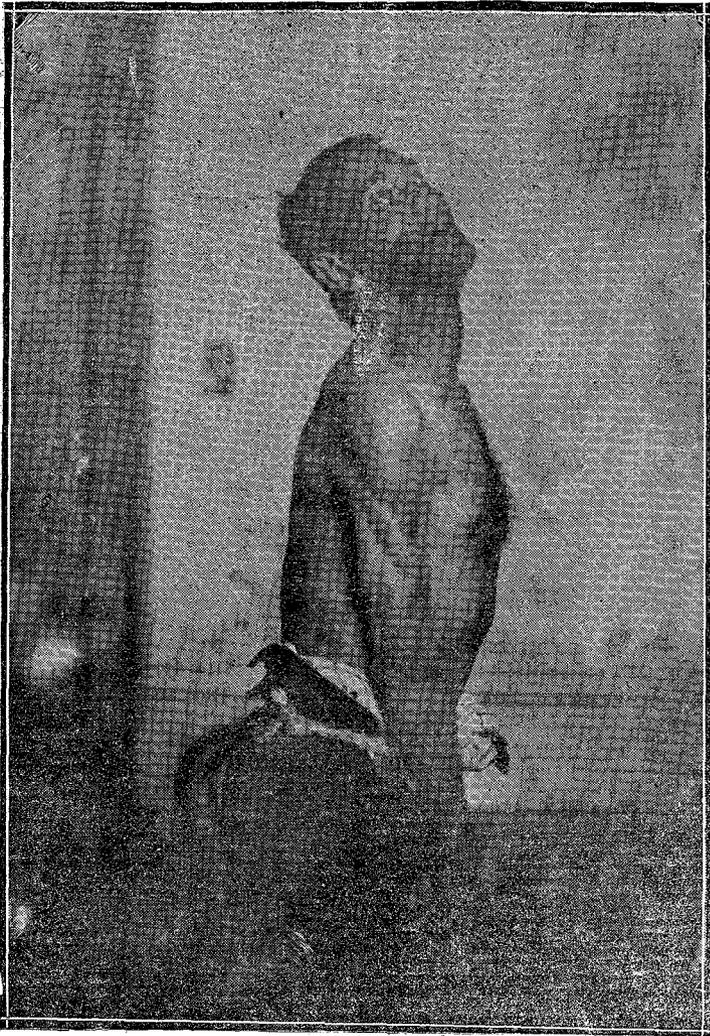
guardar la cabeza oblicuamente inclinada sobre el hombro derecho, el mentón llevado sobre el hombro izquierdo. Se traslada a este país, ingresando al Hospital San Roque, donde se constata además del tortícolis, movimientos espasmódicos de la cara y cuello, de mediana intensidad, poco susceptible, sin embargo, de desaparecer por la acción de la voluntad y con crisis si bien aproximadas, con intervalos lo suficientemente francos para caracterizarlos.

Puede, con todo esto, conservar la orientación, fuerza y dirección de las distintas porciones de su cuerpo y dedicarse con éxito medianamente satisfactorio a sus tareas habituales. Su apetito se conserva, su estado general es inmejorable, su psiquismo lúcido y la normalidad dinámica y funcional, sería completa a no ser la intensa molestia que le determinan los espasmos, que por su forma, intensidad y continuidad, dificultan la libre ordenación de sus actos.

Tal como describimos persiste en su estado por varios años y hace 2 ingresa a éste servicio de Clínica Neurológica, habiéndose los movimientos espasmódicos hecho más intensos, más continuos, expresándolos bilateralmente no tan solo en la cara y cuello, sino aún en los músculos del torax, dando por su insesante repetición, por instante más intensos, la impresión de una persona en constante movimiento.

Algunos días antes de su segundo ingreso hospitalario, caminando por la calle sufre un brusco *ictus*, a raíz del cual nota que el brazo izquierdo queda sin movimiento, sin pérdida de conocimiento. Es recogido del sitio de la caída, llevado a su domicilio y persiste en este estado algunos días, recobrando poco a poco la movilidad en los miembros afectos, cual hoy le expresa, con un déficit en la fuerza.

Si cortos instantes se lo observa, se ve que los espasmos tónicos-clónicos son continuos y con paroxismos durante los cuales la cabeza es llevada por elevación del mentón, hacia adelante y ligeramente a la izquierda. Que los músculos faciales todos,



casi sin excepción son contracturados. De una parte expresión de *rictus sardónico*, de otro de profunda preocupación por la hiperquinesia de los fontales-orbitales, etc.

En el cuello, los externos-mastoideos, resaltan tensos bajo la piel, al igual que las fibras del cútaneo.

Los músculos posteriores del cuello expresan profundas arrugas y los anteriores y posteriores de torax se los vé tenderse y realizar movimientos tónicos elevando los hombros, escapulas, etc., proyectando en variadas posiciones los brazos.

Como resultante de estos espasmos, el aspecto de su cara ha adquirido huellas indelebiles por intensas arrugas transversales y verticales en su frente.

En la cara, profundos surcos delínean los distintos grupos musculares. En el cuello, la hipertrofia de los mismos resalta; en el torax y miembros superiores, si bien si mayores secuelas, están amoldados por su repetición a actos especiales de defensa para disminuir la intensidad, molestia y dolor en la cara y cuello, *teniéndose la cabeza con las manos*.

La voluntad del paciente tiene poca o ninguna influencia para detener los espasmos y la emoción los hace aparecer con mayor intensidad, inspirando en estos momentos verdadera compasión. Si durante ello se le interroga, la palabra traduce marcada dificultad, es difícil, casi silabiada; en ocasiones explosiva, pero la ideación se hace bien.

En el sueño los espasmos desaparecen; en la marcha se exacerban y aunque ella se hace con pasos regulares, en buena dirección, sin trastornos paréticos o espasmódicos, la sujección con las manos de los movimientos que realiza con la cabeza, cuello y cuerpo la vuelven dificultosa.

En estas condiciones, las oscilaciones, titubeación, etc., que esta marcha afecta, obliga de primera intención a pensar en trastornos cerebelosos, pero los grandes síntomas del síndrome: asinergia, adiadocosinesia, dismetria, catalepsia, marcha ebriosa, etc., no existen. El buen psiquismo contrasta con el exterior expresable por el paciente, el sensorio perfecto: sensibilidad, fuerza, estereogenesia, sentido de las aptitudes, etc., bien.

En orden nervioso los reflejos expresan las siguientes anomalías:

Reflejos lado izquierdo

miembro superior	{	bicipital	+
		tricipital	+ y exagerados
		radial	+
		cubital	+
		mediano	+
miembro inferior	{	rotuliano	+ — clonus
		aquiliano	+
		cutáneo plantar	— con dedos en extensión
		perióstico tibial	— » » » »
		clonus del pié	

lado derecho

miembro superior	{	bicipital	+
		tricipital	+
		radial	+ y exagerados
		cubital	+
		mediano	+
miembro inferior	{	rotuliano	+ — clonus
		aquiliano	+
		cutáneo — plantar	— con dedos en flexión
		perióstico tibial	— » » » »
		clonus del pié	

El funcionalismo visceral es bueno, las grandes funciones se realizan con entera normalidad. El apetito idem, el sueño tranquilo. Los exámenes serológicos bien.

Estatura regular, esqueleto normal, masas musculares, tejido adiposo idem, sin cicatrices, corazón, pulmón, hígado y bazo, bien.

Exámenes de orina, sangre, líquido cefalo-raquídeo, sin anormalidades.

Sintetizando, nos encontramos en presencia de un enfermo que durante el lapso de 14 años, expresa movimientos tónico-clónicos de los músculos de cuello, cara y extremidades. En cuyos antecedentes se menciona el paludismo, sin datos neuropáticos individuales, familiares o hereditarios y que intercalado en su proceso de "movimiento continuo" se halla un síndrome *hemiparésico* del lado izquierdo.

La ubicación clínica del cuadro morbo, se hace sin dificultad recordando ciertas modalidades expresadas en nuestra historia clínica, entre los que resaltan, *la multiplicidad de territorios musculares afectados, los movimientos antagónicos de defensa, la desaparición de los espasmos por el sueño, su exaltación por la emoción, observación, etc.*, características todas que nos permite encuadrarlo en los síndromes psico-motores descritos por Brissaud en 1873.

Sin ser una ley, es lo vulgar, que muchos sistemas musculares sean afectados en el curso de la enfermedad, por la propagación de la potencia hiperquinésica a las vecindades de los afectados, pueden, sin embargo, localizarse los espasmos a un territorio nervioso determinado, aún a un solo músculo y de aquí la creación, desde antiguo, del "espasmo del accesorio" que no merece sino, por su mayor frecuencia, una individualización clínica, porque en su manera de comportarse pronóstica y terapéutica no se diferencia de los anteriores. Tendría también su mención, por ser el *espinal* el nervio que presidiendo la inervación del trapecio y del esterno cleido-mastoideo, es el más vulgar o inicialmente tomado, reflejando el cuadro del tortícolis espasmódico cuya descripción se remonta a Jaeger.

En estos espasmos del cuello, denominación que adoptaremos para no circunscribirnos y siguiendo nuestra observación, son posibles todas las combinaciones. Bien un externo-cleido mastoideo con o sin el trapecio, son afectados, ya los dos, bien ambos espalios, aún cutaneos del cuello, al igual que otros músculos del mismo.

La caracterización clínica del espasmo, depende, pues, del número de músculos afectados; lo contrario, sería crear infinidad de síndromes. Si un externo-cleido-mastoideo es el contracturado, supongamos el izquierdo, la cabeza desviada hacia dicho lado casi lleva la oreja en contacto con la clavícula y el mentón ligeramente levantado; en tales condiciones, las contracciones originan pequeños movimientos rotatorios. Una observación de este género ha sido relatada por los doctores Martini y Berterini, en "La Prensa Med. Argentina", Mayo, 1916.

Si el trapecio toma parte, la cabeza se lleva al lado opuesto y ligeramente atrás tendiendo el occipucio a tocar la escápula; si los dos trapecios, como en una segunda observación que a continuación relataremos, la cabeza es llevada hacia atrás.

Como caracteres comunes, las contracciones son tónicas-clónicas o mixtas. Los paroxismos, pueden repetirse muchas veces al día, muchas veces por minuto, hasta crear, como en nuestros enfermos, un conjunto de continuo movimiento. La situación de reposo de la cabeza o cuerpo disminuye marcadamente los espasmos, así como se exacerban, por la marcha y la observación. Las crisis convulsivas pueden ser muy atenuadas o muy violentas, el resultado es un estado de hipertrofia muscular en los territorios afectos. El sueño y la narcosis hacen desaparecer las convulsiones. Alguna vez la sugestión puede momentáneamente parar las crisis.

Ligeras molestias, algunos dolores, a forma neurálgica se presentan durante las crisis, como en nuestra segunda observación.

La vinculación psíquica del facial, con la que realiza la cabeza, a beneficio de los músculos del cuello y nuca, es una causa importante para comprender la participación del primero, en los espasmos musculares del segundo. De allí la explicación de los movimientos en la cara en nuestros enfermos y aún sin esta explicación la invasión motora de vecindad o central nerviosa, podría llevarnos a comprender la participación de otros sistemas,

como los espasmos de las cuerdas vocales, etc., que aunque raros pueden coexistir. (Morh, Staelin, Oppenheim).

Mirados los espasmos musculares desde el punto de vista etiológico, todos los autores hacen resaltar la predisposición neuropática del paciente, adquirida por herencia o formada en su evolución orgánica. Se ha mencionado en estos enfermos la tendencia, a alternar sus trastornos motores, con anomalías psíquicas delirios y con estigmas de degeneración. La geneología de los mismos expresa profundas lagunas neuropáticas o psicopáticas.

Oppenheim, cita una interesante observación: "los abuelos de la enferma, eran parientes entre sí; el abuelo padecía diabetes y la abuela perturbaciones del espíritu. La madre era nerviosa y los hermanos parte eran epilépticos y parte enfermos de la mente. Este enfermo padecía en su niñez de un tic general, del que se veía libre desde hacía años, para después del matrimonio ser afectado por el espasmo del accesorio". Oppenheim.

En nuestras observaciones, los datos etiológicos en este orden son poco precisos. En el caso del hombre pueden negarse, tanto en sus antecedentes hereditarios, cuanto de los personales; en el caso siguiente de la mujer si bien no ostensiblemente, en mi sentir existen, dando una prueba, el carácter ambiguo, irritable, anterior a su enfermedad. El terreno orgánico, en orden de predisposición, no es por otra parte esencial en la génesis del espasmo; las toxemias, infecciones, entre las cuales en especial colocaríamos las determinadas, por el alcohol, la gripe, paludismo, tifoidea, etc., han sido mencionadas como capaces de crear al abrigo de su etiología, aún con vinculación de causa a efecto, trastornos motores espasmódicos. En los casos que menciono, sino en forma clara, los antecedentes respectivos anteriores a la enfermedad, existen. En el hombre, paludismo intermitente a tipo terciario, en la mujer, una intensa congestión pulmonar. Bien puede ser que estudios ulteriores, realizados en este orden, delimitaran en forma clara la influencia infecciosa, o tóxica, sobre el arco periférico del espasmo, placas motrices musculares, ner-

vios o centros nerviosos o puramente psico-motrices en los casos en que toda causa escapa.

Este mismo terreno neuropático del enfermo sería la piedra de toque para producir espasmo en los casos de cansancio musculares por posiciones viciosas de la cabeza o cuello, como los determinados por el estrabismo, vicios de refracción, etc., aún de excitaciones periféricas que aunque vanales despertaran la potencia hiperquinésica, como forúnculos, irritaciones determinadas por un cuello estrecho, etc.

Al pasar vista a las causales etiológicas me he limitado a los espasmos ubicados en el cuadro descrito por Brissaud, eliminando, por consiguiente, los que obedecen a una causal orgánica definida, caries vertebrales, tumores musculares, tumores cerebrales, causas congénitas, para colocarme en el terreno de los llamados espasmos *esenciales*.

Mirados bajo esta faz, la patogénia sería igualmente la que menciona Brissaud, es decir, un origen psico-motriz. Tal es la concepción clásica.

Babinsky, Destarec, Cestan y Guillain, han comprobado por otra parte, en esta categoría de espasmos esenciales signos de irritación de la vía piramidal y el primero ha llegado a suponer que en un gran número de casos, este sería la única génesis del síndrome.

En 1900, presenta a la Sociedad de Neurología “un enfermo atacado de hemi-espasmo, ocupando el lado izquierdo; en el miembro inferior, los desórdenes eran ligeros; bien marcados por el contrario en el miembro superior y región cervical. El espasmo del cuello asentaba principalmente en el trapecio y esterno cleido-mastoideo; por la forma de movimiento que provocaba, por su sucesión, por las actitudes que determinaba, reproducía exactamente el cuadro del tortícolis mental.

“Aquí, mientras que el reflejo cutaneo-plantar era normal a la derecha, se constataba a la izquierda el signo de los dedos”.

“A menos de suponer, la coexistencia fortuita de dos lesio-

nes diferentes, se era concluído de admitir, que el tortícolis dependía de una perturbación orgánica de los centros nerviosos, donde el signo de los dedos era el testigo. Esta es la opinión que me ha parecido la más verdadera". (Babinsky).

Se trataría en su concepto de lesiones irritativas superficiales, dando en este orden, la clave, de la mejoría, o curación de los trastornos.

Cestan, (Revista Médica 1900), cita la coincidencia de una observación personal en la que el espasmo se ubicó en una paraplejía espasmódica y piensa igualmente, si la identidad clínica con el descrito por Brissaud, se colocaría en el terreno de la patogenia de la paraplejía en orden espasmódico.

Beduschi et Bossi, citados por Babinsky han publicado sobre la patogenia del llamado tortícolis mental, un trabajo analizado en la Revista Neurológica (1904). Relatan la observación de una enferma atacada de tortícolis espasmódica, teniendo los caracteres clínicos del tortícolis mental y donde los reflejos eran exagerados sobre todo a la izquierda. Ellos concluyen que el tortícolis llamado mental, no es la expresión de un trastorno psíquico, sino la de una irritación, todavía indeterminada en su naturaleza y que asienta en la zona motriz de la corteza.

Oppenheim y Dejerine, se oponen a esta manera de orientar la patogenia y miran el tortícolis mental, con el criterio de Brissaud. En mi observación, aunque cuando acabadamente expresas lesiones de irritación piramidal, no debemos olvidar la hemiparesia de que ha sido afectado en el curso de su enfermedad. La dualidad es posible. Pero hay argumentos para correlacionar, el trastorno espasmódico con el orgánico nervioso; tal sería la exacerbación del primero, a raíz del segundo.

Narrada suscintamente, a propósito del caso anterior, la descripción clínica de los movimientos espasmódicos del cuello y nuca, con el resalte que impone su etiología, de terreno y de infección, aún con la derivación patogénica, que las modalidades orgánicas nerviosas imponen, pasaré revista a un segundo caso,

en el que la etiología psico-motriz, es la única adecuada a su interpretación.

SEGUNDA OBSERVACION

Francisca G., de 26 años, española, soltera, de prof. queh. domést., ingresa al servicio del Prof. Dr. Ignacio Martínez, en el Hospital Clínicas, en Julio de 1916.

Antec. hered..—La madre vive, es sana y desempeña hasta el presente los quehaceres de la casa, de carácter tranquilo y vida arreglada. El padre fué muerto en forma violenta, no precisa antecedentes del mismo. Ha tenido 9 hermanos, de los cuales viven 3, son sanos. Los restantes fallecidos, de enfermedades comunes.

Antec. Personales..—Nacida y criada en España, donde han transcurrido los primeros años de su niñez y juventud, desde donde se trasladó hace 6 años a esta República, radicándose en Pilar (Prov. de Córdoba); menciona que fué siempre sana, de carácter irritable, disgustándose con frecuencia por causa nimias, un poco emotiva y un tanto voluntariosa. De vida ordenada, criada en medio de su hogar y desempeñando las tareas del mismo. No ha datos de luetismo, no ha habido abortos, ni contacto sexual.

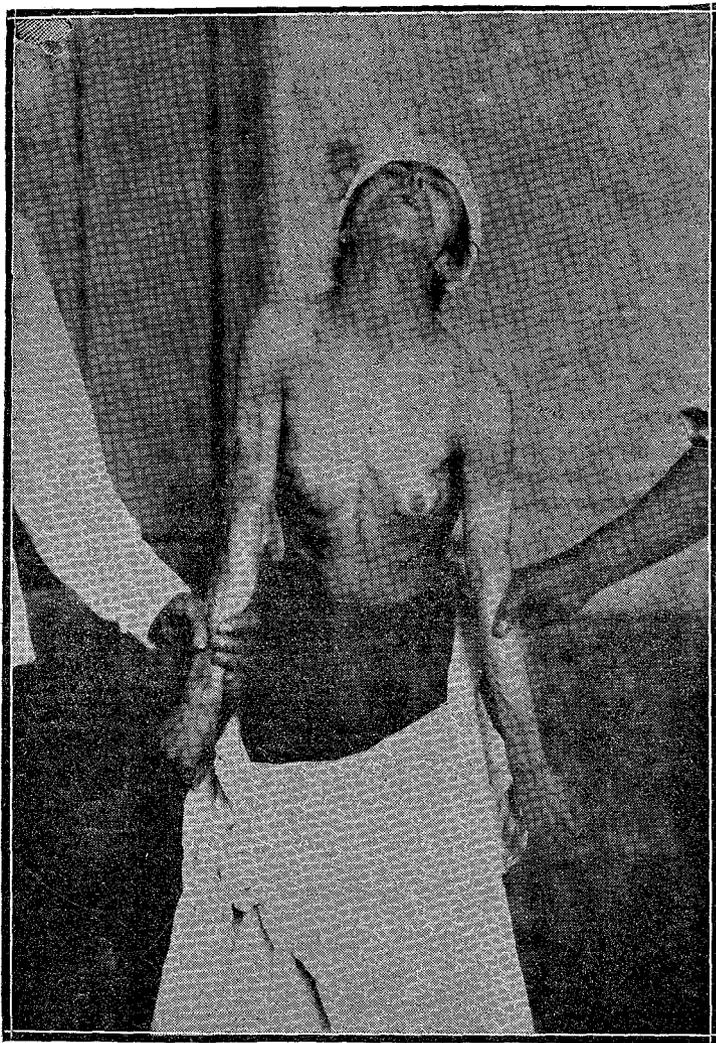
Enfermedad actual..—Hace dos años tuvo un catarro pulmonar, que curó sin novedad y como secuela del mismo empieza a notar "un tirón"—al decir de ella—en la región interescápulo-vertebral que persiste con los caracteres de simple molestia por algún tiempo; este esbozo de contractura momentánea, que ella trataba de disimular llevando un poco hacia atrás la cabeza, no le proporcionaba ningún dolor. La persistencia de su molestia inicial, la defensa con la cabeza con que trataba de disminuirla, empezaron a hacerse más intensos, los movimientos fueron en este orden sumándose, las crisis repitiéndose, más y más cercanas, hasta serle, por su persistencia, intensidad y forma un



verdadero estado de movimiento, no aminorándolo la voluntad. En estas condiciones, se vé casi obligada, por la real molestia a suprimir casi en absoluto sus actividades. Casi contemporáneamente, la cara en ambos lados empieza a tomar parte en los movimientos que realiza la cabeza y cuello, traduciendo por las con-

tracturas tónico-clónico un conjunto de muecas siempre iguales en sus forma, con abertura de la boca, cierre de los ojos, surcos transversales frontales, en una palabra participación del territorio facial inferior y superior. Estos movimientos se repiten por crisis, durante las cuales la intensidad de las mismas se manifiesta en alto grado, pero la sucesión de las misma, es tan seguida que no hay un momento de reposo. Durante estas crisis la cabeza casi afirma con el occipucio en la región inter-escapula vertebral y la cara expresa los caracteres tónico-clónico que hemos mencionado. La emoción exaspera los movimientos, el sueño los hace desaparecer. La marcha dentro estas condiciones se hace con toda dificultad y durante ella, como cuando no está en reposo, los movimientos llegan al sumun. No hay contracciones fibrilares y el sincronismo de contractura es igual en tiempo a todos los grupos musculares que mencionamos. Los brazos efectúan durante las mismas, movimientos de defensas que mayormente no inhiben las crisis y ellos a sus vez entran en contractura tónica. En la cama, la posición en opistótono por momentos es común. La sugestión médica, colocación de un *peso*, etc., en el occipucio puede por momentos hacer que se ponga en tranquilidad, pero poco después vuelven estos a repetirse en la forma que mencionamos. Interrogada, la palabra, especialmente en las crisis es difícil, a veces entrecortada. Los miembros inferiores no parecen participar en nada de los trastornos de la cabeza, cuello, cara y extremidades superiores. Palpados los músculos, estos adquieren los caracteres de dureza que la contractura y la repetición de los movimientos les ha dado un cierto caracter de hipertrofia que resalta sobre el resto de los mismos. El psiquismo se conserva intacto, pero hay preocupación excesiva por su enfermedad, llorando con frecuencia y en otras disgustándose.

Las preguntas y respuestas son contestadas con claridad, el sensorio intacto. Hay un poco de exhibicionismo de su enfermedad y tendencia a despertar compasión.



No hay estigmas histéricos y la sugestión tan solo momentáneamente puede influir.

Su estado de nutrición es bueno, el funcionalismo visceral perfecto. Sistema óseo y muscular idem., todas las reacciones serológicas, sin anomalía. *Sistema nervioso*: los reflejos cutá-

neos y tendinosos, bien, funcionalismo esfinteriano írem. Sensibilidad, fuerza, tonus, trofismo, estereognocia bien.

Nos encontramos, pues, como en el caso anterior, con una enferma que en el transcurso de dos años expresa movimientos tónico-clónicos, de la cabeza, cuello y cara, que desaparecen en el sueño, que se exacerban, por la emoción, con actos defensivos especiales, sin datos neuropáticos mayores, en sus antecedentes personales o hereditarios y en la que la voluntad tiene muy poco o ninguna influencia para detener sus crisis.

Los espasmos musculares en este caso aunque difusos, afectan especialmente los trapecios, llevando la cabeza hacia atrás.

Enferma emocionable y sugestionable, expresa un estado de inferioridad psíquica, digno de mencionarse, resaltando las anomalías del carácter.

Los movimientos de defensa bien determinados, que realiza, imponen el cuadro en el tipo descrito por Brissaud. Nada especial en sus reflejos tendinosos o cutáneos.

Los espasmos de los músculos del cuello que he relatado en ambas historias clínicas, pertenecen a las formas más graves, tanto por la persistencia del síndrome, cuanto por la influencia dañosa que ejercen sobre el conjunto del organismo.

En este concepto, si el pronóstico en orden de vida es bueno, en orden de curación es malo.

Todos los tratamientos: psicoterápico, médico o quirúrgico tienen sus indicaciones. Con cada uno de ellos, diversos autores han obtenido curaciones y con todas, ellos han fracasado.

En nuestros enfermos a pesar de la asiduidad con que hemos procurado calmar sus molestias, ningún resultado hemos obtenido. En la mujer, hasta hemos practicado una incisión quirúrgica en el cuello, amén de inyecciones de alcohol, tratamiento eléctrico, sugestión y medicamentos diversos. En el hombre iguales medios hemos efectuado para calmarlo.

Debemos hacer notar, que veronal en la mujer ha conseguido mientras se lo administraba, calmar sus crisis, dado a grandes dosis.

DR. JOSÉ J. MOYANO

Jefe de Clínica Neurológica
Adscrito a la Cátedra de Clínica Médica
de la Facultad de Medicina

BIBLIOGRAFIA

- 1 *Semiologie des affections du systeme nerveux* por Dejerine. 1914.
 - 2 *Oppenheim*—Tratado de enfermedades nerviosas. 1913.
 - 3 *Exposé des travaux scientifiques du Dr. Babinsky.* 1913.
 - 4 *Morh et Stachelin*—Medicina interna. 1914.
 - 5 *Destarec*—Reveu Neurológica y nueva Inonografía de la Salpetière 1902) cit. por Babinsky.
 - 6 *Cestan y Guillain*—Rev. Med. 1904. citados por Babinsky.
 - 7 *Torticolis.* Tic. X Martini y Berterini. Prensa Med. Argentina, un caso. Mayo 1916.
 - 8 *Pedro Marie*—Affections du Systeme Nerveux. 1915.
 - 9 *Neurosis du Angoisse* por Hecket. 1917.
-