

62-4

81-1-C-4

No

1814

Memoria

para el  
Doctorado de Medicina

Espasmo facial

por

José Ramón Bilbao.

cc. 2401  
(1811)

1/1  
Exmo. Sr.



— La autoridad que los años pueden dar-  
me es tan escasa, que, a no obligarme  
el deseo de adquirir el honorosísimo Títu-  
lo de Doctor, seguro estoy de que no  
habría de meterme en empresas de esta  
índole para las que poseo tanta volun-  
tad y gran empeño, como impericia é  
inhabilidad.

2

Impericia, porque sólo la práctica y el continuo estudio pueden capacitar me para coronar satisfactoriamente este esfuerzo.

Inhabilidad, porque abandonado a mi propia y exclusiva dirección, careces de la madurez de juicio, buen sentido y otras cualidades que son dotes de un buen entendimiento práctico.

Y esta misma inhabilidad se hace extensiva a los hombres que, así yo, no poseen el don de saber deslumbrar

3

ocultando las desmedeces o' pobreza de  
ingenio, con la sugestiva cobertura de  
hermosas palabras que suplen á menudo  
á la penetracion y á la abundancia de  
ideas.

De aqui que el crédito de mas de un  
hombre estudioso ha desaparecido con su  
sagrada mision con su innegable garantia,  
hoy esclarecidas ante la perspectiva trala  
gadora de un problema que ha venido  
á beneficiar la locura y la ignorancia.  
Pero no estares facil, ni yo te pre-

4

terdo, la de fiscalizar acciones trajun-  
jadas por esas ilegalidades que nos han  
traído al quebrantado raquitismo mo-  
ral que actualmente nos caracteriza.

La elección de tema para este traba-  
jo, debese principalmente a la feliz  
casualidad de caer no ha muchos en mis  
manos una Revista francesa, (Revue  
Neurologique), - cuya autoridad en estos  
asuntos está bien reconocida por el mun-  
do científico: y a la coincidencia de po-  
der observar dos casos de epiasmo facial

5

pero despues de la lecturas de varios  
casos en la indicada Revista.

¿Yo he buscado con verdadera ilusion,  
no he procurado descubrir y analizar las  
manifestaciones de dicha enfermedad? Pues  
entonces no creo engañarme al pensar en  
el honorero éxito si que mi esfuerzo me  
hace acreedor, de purando, por encima de  
todo, las incorrecciones y los errores en que  
necesariamente y por las razones expuestas  
ha de abundar mi humilde Trabajo,  
que desde hoy, aguarda puesto en

61  
vuestras autorizadas manos, en la  
justicia del resultado.

— " —



## Espasmo facial

Comenzaremos el presente trabajo, procurando aclarar el concepto del trastorno que pretendemos explicar. — Entendemos por espasmo facial, la contracción que de una manera súbita y pasajera, se presenta en uno o varios músculos inervados por el nervio facial y cuya aparición no puede ser evitada por el influjo de la voluntad.

2- - 8 -  
Teniendo en cuenta esta definición, dese-  
-charemos desde luego todos aquellos espasmos  
que teniendo por causa lesiones orgánicas o  
funcionales del encéfalo, revistan el carácter  
de mayor o menor permanencia.

— El espasmo facial, constituyendo el  
solo un estado morboso, no es frecuente y  
mucho menos motivo de consulta, siem-  
pre que no recaiga en individuos de po-  
sición desahogada o en mujeres, las cuales  
fundándose en la estética más que en las  
molestias que el trastorno les ocasiona

acuden al médico que con los auxilios de la ciencia pueda corregirles el trastorno mencionado.

Es de advertir que el espasmo facial ha sido confundido durante mucho tiempo con el tic facial, pero gracias a los estudios de Brissaud, ha quedado limitado el concepto de ambos trastornos.


Segun Brissaud, el espasmo facial no es más que un trastorno motor, consecutivo a la irritacion súbita y pasajera de un punto cualquiera del arco refle



4- fo espinal. Por consiguiente, este trastor  
 no obedecerá a imitaciones ya sea en la via  
 centripeta o sensitiva, en su centro espinal  
 o ya en la via centrifuga o motora.

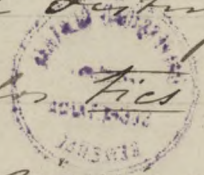
4  
 Teniendo en cuenta todo esto, podemos  
 distinguir facilmente el espasmo facial y  
 los tics. — Estos son infinitos, se puede decir  
 tantos cuantos son los actos humanos.

Fueron incluidos dentro de las neurosis  
 por Gilles de la Tourette y estudiados des-  
 pués especialmente por Charcot; pero  
 quien dio una idea ocabado de los



Tics, fue Guinon, el cual los definió de la siguiente manera: "Son movimientos convulsivos, habituales y conscientes, resultado de la contracción involuntario de uno o mas musculos del cuerpo que reproducen con frecuencia y de una manera intermitiva algun gusto o fenomenos reflejo automaticos de la vida ordinaria".

Por ultimo, nos bastara distinguirlos por ahora, diciendo que los Tics son fenomenos reflejos de origen psiquico, mien



Tras que el espasmo facial es un reflejo simple resultado de lesiones anatómicas localizadas en cualquier punto del arco reflejo espinal.

Después de M. Brissaud, han contribuido a separar y distinguir estos dos trastornos Henry Meige y M. L. Férin en su obra titulada "Les tics y leurs traitements".

No queriendo establecer por ahora más distinciones entre estos dos trastornos, puesto que más adelante haremos el diagnóstico



7-  
 tico diferencial, pasaremos al estudio de  
 la etiología y patogenia del espasmo  
facial, exponiendo al mismo tiempo  
 algunos casos de los cuales algunos  
 han sido tomados de la Revue neurologi-  
que

————— " —————



# Etiología y patogenia.

— Antes de entrar en el estudio de la etiología y patogenia, nos parece muy conveniente exponer unos cuantos casos de los cuales los dos primeros son observados personalmente y los demas, tomados de la "Revue Neurologique".

## Observación 1.<sup>a</sup>

M. E. natural de Brandes, provincia de Vizcaya de 32 años de edad, sol-


tero y labrador de profesion. - No presenta antecedentes hereditarios dignos de mencion. Desde su niñez, que padeció el sarampión y una pulmonía, ha conservado siempre buena salud.

El día 15 de Setiembre de 1903, fué atacado de erisipela, dando comienzo la infección de una manera brusca con escalofríos, cefalalgia intensa y vomito. fiebre de 40°; fenómenos todos que indicaban una gran intoxicación. Al día siguiente, aparecieron dos man-



70-  
chas de erisipela bastante extensas  
una en la mejilla derecha y la otra  
en el ala de la nariz del mismo lado  
estendiéndose las manchas en los días  
siguientes por la parte lateral y posterior  
del cuello. — Sometido el enfermo a  
tratamiento, pudo considerarse curado  
hacia el día 30 del mismo mes.

A principios de Octubre y con motivo  
de un pequeño enfriamiento, comenzó  
a sentir un pequeño dolor con ligera  
tumefacción que iba en aumento, deba



11-  
 jo del pabellón de la oreja desecha  
 en el espacio retro-maxilar, y a los 8 días  
 próximamente se había formado un absce-  
 so del tamaño de una nuez y acompa-  
 ñado de los síntomas propios de estos casos.

En el término de nueve días consecutivos  
 la desaparición de dicho absceso, median-  
 te aplicaciones diarias de pomada mer-  
 curial, quedando el enfermo comple-  
 tamente curado.

En el mes de Diciembre y a conse-  
 cuencia de un enfriamiento, fué



12-

atacado de cólera agudo con pro-  
 pagación de la infección a los senos  
 frontales, y a medida que el cólera iba  
 desapareciendo, se le presentaron neural-  
 gias que iban en aumento, localizadas  
 especialmente en la región supraorbitaria  
 notándose que el dolor se aumentaba por  
 la compresión del punto orbitario especial-  
 mente en el lado derecho. - Estas neural-  
 gias habían desaparecido a principios  
 de Enero de 1904.

De los pocos días de desaparecer estas



Los dolores neurálgicos, cuenta el enfermo que comenzó a sentir una sensación de tirantez en el borde libre del párpado superior derecho, continuando en esta forma durante unos días, al cabo de los cuales la sensación de tirantez iba seguida de oclusión palpebral manteniéndose en este estado durante quince o veinte segundos, después de los cuales, volvía a la normalidad. Estos accesos aparecían bastante veces durante el día, no pudiendo evitar su



aparición mediante el influjo de la voluntad.- Desde que el enfermo fue atacado de este trastorno, usaba gafas ahumadas, y cuando dejaba de usarlos los accesos aumentaban, y tanto mas si el enfermo se hallaba dentro de una habitación iluminada por luz eléctrica.

Se presentaba ningun trastorno de la vision y todas las demas funciones se verificaban con normalidad.

Fue diagnosticado de espasmo facial al momento, por haberme enterado poco

Días antes, de algunos casos publicados por la "Revue neurologique".  
 Por no querer someter el enfermo a ningún tratamiento, le abandonamos pero confiando poder obtener un éxito con una medicación antiepileptica.

---

- Observación 2.<sup>a</sup> -

Mamul de A. de 26 años de edad, de estado casado y profesión cartero.

Antecedentes hereditarios = Su padre, sumamente nervioso, presentaba un tic caracterizado por un movimiento brusco del orbicular de los <sup>labios</sup> párpados como si intentara ziltar. — Además ejecutaba bruscamente movimientos de masticación. — Murio a consecuencia de un cólico nefrítico. Su madre es epiléptica, con accesos convulsivos del gran mal. Presenta en sus ojos un movimiento brusco e intempestivo que nos denota ser un tic.

Ha tenido un hermano que también

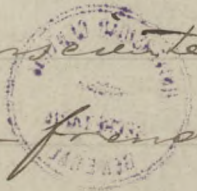
17- hereda la patología nerviosa de sus  
padres, pues es epiléptico.

No presenta antecedentes personales,  
que puedan servirnos para explicar la  
etiología del trastorno.

El sujeto en cuestión presenta unos  
movimientos convulsivos que comensando  
por el ojo izquierdo, invaden toda la  
mitad izquierda de la cara. Su comien-  
zo consiste en un ligero parpadear que com-  
prende por inercia ambos párpados  
pero que es mucho más acentuado



del izquierdo. Estos pequeños accesos ter-  
minan por una contracción brusca que  
dura algunos segundos, mediante la que  
cierro fuertemente el ojo izquierdo, lleva  
el ala de la nariz y la comisura la-  
bial del mismo lado, haciendo una suc-  
ción o cosa parecida con el conducto  
nasal correspondiente. Abarca la contra-  
cción la mitad izquierda de la cara.

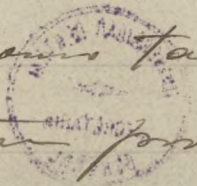
Esta Contracción es consiguiente, pero  
no obedece a la acción  formativa de  
la voluntad. Los estados de excitación

19-

umentan el número y la intensidad de las contracciones.

Por referencia de su esposa, sabemos que el gemio o gesto, como ella dice, también se presenta durante el sueño, aunque no con la frecuencia que lo hace de día.

Es de notar por último, que la marcha de este enfermo, presenta un carácter espasmódico, así como también, - sino de una manera tan pronunciada, - en la palabra.



Este enfermo fue observado en union de mi compañero Sr. Altolaquirre, y no va citamos en diagnosticarse de espasmo facial.

Observación 3<sup>a</sup>

(Tomada de la Revue Neurologique).

M. M. se presentó en la Clinica de M. Boissaud en el año de 1895.

Antecedentes hereditarios = Su abuelo paterno fué atacado de enfermedad de Parkinson a la edad de 60 años; murió a los 80.

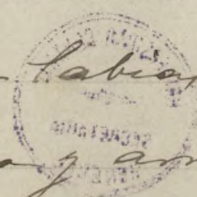


Su padre, de 67 años, conserva buena salud.  
La madre murió a los 50 años muy nerviosa.  
La enferma en cuestión, ha conservado siempre buena salud. Hizo el servicio militar en el año 1885, apareciéndole el trastorno en esta fecha, contando el enfermo la edad de 22 años. Pocos meses después de haber ingresado en el servicio militar y a consecuencia de un enfriamiento por haber dormido sobre la tierra, se percibió que la audición era menor en el oído derecho. En la misma época,



22-

aparición ligeros estremecimientos en el párpado inferior derecho. Estos pequeños temblores no tenían nada de dolorosos y cesaban pronto. Pero a poco las contracciones llegaron a ganar la mitad derecha de la cara. Las contracciones sobrevienen por accesos de una duración variable. Siempre tienen comienzo en el párpado inferior. El ojo se mantiene semi-cerrado durante el acceso. La comisura labial derecha se eleva hacia la derecha y arriba. Las crisis terminan por la relajación



23- *incesiva de los diferentes músculos mirva  
dos por el facial.*

*est hay nada que pueda evitar la aparicion  
del trastorno, ni tampoco hay nada que haga  
cesar una vez presentado. - Los esfuerzos  
de la voluntad son inútiles.*

*Fuera de este trastorno, no presenta  
el enfermo nada de particular.*

Observación 4.<sup>o</sup>


*Mme R., de 51 años de edad, <sup>admitida</sup> en  
la Clinica de M. Brissaud, en Octubre*



de 1902.

Haec cinco años y después de un ataque de reumatismo, acompañado de dolores de cabeza, especialmente en el lado izquierdo, comenzó a sentir ligeros temblores en el ángulo interno del ojo izquierdo.

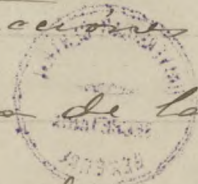
En este estado continuó durante cuatro años, revistiendo la forma intermitente pero no dolerosa. Seis meses después, las contracciones se extienden por el lado izquierdo de la cara. Las emociones, los disgustos y la lectura exageran un



5-  
poco las contracciones, no influyendo la <sup>-31-</sup>  
voluntad ni la atención en la aparición  
de estos accesos.

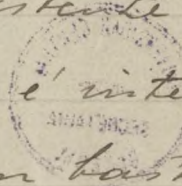
La enferma aplica frecuentemente  
su mano sobre el párpado interesado, a  
fin de disminuir el gesto o quimo, pero no  
por esto puede hacer que no se presente.  
Las contracciones persisten a pesar de su  
mano.

Actuamente las contracciones ocupan  
toda la mitad izquierda de la cara.  
Sobrevienen por accesos de duración más



26-

o menos largas. Comienzan por pequeñas sacudidas en el ángulo interno del ojo, propagándose a todo el párpado, siguiendo por el ala de la nariz para llegar hasta el mentón, produciéndose una ligera tetanización de todo el lado izquierdo, observándose además como ligeros movimientos vermiculares sub-cutáneos asociados a la contractura total existente. Los accesos son de duración e intensidad variables. Cuando son bastante intensos, también se notan ligeros movi-



mientras en el lado opuesto

La visión es normal; los movimientos  
del ojo son también normales.

---

Estos cuatro casos nos servirán de fun-  
damento para explicar la etiología y  
patogenia del espasmo facial.

Por las observaciones primera y cuar-  
ta, vemos que entre sus antecedentes  
hay infecciones, como es la disipela  
en el primer caso y el reumatismo en

el cuarto.

— Otro ~~o~~ detalle interesante es, que en to-  
dos los casos hasta ahora observados, juega  
un papel importante el enfriamiento pa-  
ra provocar la aparición del trastorno  
en cuestión.

Todos, o casi todos los enfermos de epor-  
mo facial, achacan este trastorno al enfria-  
miento. Es necesario que aclaremos este  
punto; porque si a este factor de daños  
toda la importancia, sin temer en men-  
tar para nada los antecedentes del



28-

sujeto, resultará que el espasmo facial reconociera como causa única y capaz de producir un trastorno tan duradero el enfriamiento.

Sin embargo, hemos podido observar que en la mayoría de los casos, cuentan los enfermos entre sus antecedentes ya infecciones, herencia neuropática o fenómenos de agotamiento nervioso.

1.º Infecciones = Las enfermedades infecciosas, actúan en el sistema nervioso de una manera notable, reaccionando

aguiel de una manera intensa con-  
tra la enfermedad, como nos muestran  
las fagocitosis, la fiebre, etc., y claro es-  
ta que el trabajo del sistema nervioso  
en estos casos es grande, siendo como es  
director de todas las funciones vitales, co-  
mo defensor al mismo tiempo contra to-  
do aquello que altera la integridad  
orgánica y de esta manera queda fa-  
tigado cuando sale triunfante en su  
lucha. Esta fatiga abarca todo  
el sistema nervioso, Centros y nervios.

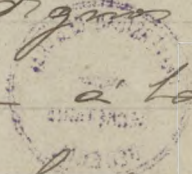
31- Como toda fatiga o debilidad nerviosa se traduce en aumento de su iritabilidad, deducimos muy bien como una causa pequeña como el enfriamiento, obrando sobre un terreno predispuesto, puede determinar alteraciones nerviosas más o menos intensas y permanentes como el espasmo facial. - Ahora comprendemos perfectamente como el enfriamiento es una causa muy secundaria y que podemos confirmar los espasmos



32-


fijándonos en los Casos observados al menos en su mayoría.

- 2.<sup>a</sup> Herencia neuropática - No cabe duda que en los individuos que tienen antecedentes neuropáticos, pueda el frío provocar la aparición del espasmo facial puesto que así como las infecciones determinan la debilidad del sistema nervioso, en un sujeto - aún cuando éste no tenga antecedentes dignos de mención en lo que se refiere a la herencia neuropática, que le compararon



33- a sufrir trastornos variables de sistema nervioso, Con mucha más razón podemos admitir esta predisposición en un sujeto que presenta una debilidad congénita nerviosa y en esto basta una pequeña causa para provocar la aparición de un trastorno nervioso y como tal, el espasmo facial.

- Algo más difícil aparece la etiología y patogenia del enfermo cuya historia clínica hemos hecho en la observación 2.<sup>a</sup> - Los antecedentes neuropáticos



de este enfermo tienen mucha importan-  
 cia, pero nos faltan el factor etiológico  
 o sea la causa que determinó la apari-  
 ción del trastorno. Por consiguiente, es nece-  
 sario que expliquemos de alguna manera  
 en cierta forma diferente de los demás  
 casos. — Este enfermo, además del espas-  
 mo facial, presenta otras alteraciones de  
 origen nervioso, como son la marcha al-  
 go espasmódica y la palabra también  
 del mismo carácter. Estos datos tienen a  
 nuestro juicio, importancia bastante



35-

grande para orientarnos y poder nos explicar de una manera bastante razonada la patogenia del espasmo facial del sujeto en cuestion. - De la gran degeneracion nerviosa de sus padres, heredo este sujeto un sistema nervioso anormal, probablemente desarrollado de una manera insuficiente, y asi como en la enfermedad de Little, se explican los trastornos motores por el desarrollo insuficiente del tronco piramidal y determinados por la falta de mielina de los tubos ner-



36-

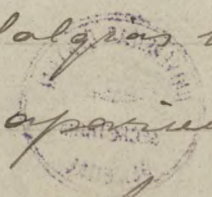
visos, y aplicando ahora estos datos al sujeto en cuestión, podemos admitir en él un desarrollo insuficiente del sistema nervioso en general y de esta manera comprendemos la patogenia de sus trastornos motores - considerados en conjunto y especialmente su espasmo facial, por ser el trastorno más saliente de este enfermo.

3- Fatigas, disgustos, emociones, etc = No nos detendremos en explicar cómo estas causas pueden predisponer a los trastornos

17-

nerviosos en general y al espasmo facial en particular. - Estas causas como todas las demas obran produciendo agotamientos nerviosos y con esto nos basta para comprender la importancia que tienen.

- 4 - Neuralgias = En bastantes enfermos observados de espasmo facial, se nota que aun cuando en sus antecedentes no encontramos ni infecciones, ni herencia neuropatica, hoy en cambio - Cefalalgias intensas que han precedido a la aparicion del espasmo, demostrándonos que hubo al-



38-

teraciones sensitivas intensas.

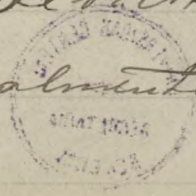
Sabemos por fisiología, que las impresiones sensitivas, en virtud de un fenómeno reflejo producen respuestas motoras. Por consiguiente, toda alteración sensitiva anormal irá también seguida de un movimiento o fenómeno motor anormal. Esto último observamos por ejemplo en los individuos afectados de cefalalgia intensa, por la contracción en que se mantienen los músculos frontal y orbicular de los párpados cuando la cefalalgia tiene su localización



9-  
 frontal. Pres, bien; el nervio motor, a consecuencia de este trabajo excesivo, queda debilitado y susceptible por consiguiente de producir espasmos más o menos permanentes.

Las neuralgias del trigémino obran de la misma manera.

En resumen; las causas del espasmo facial son todas aquellas afecciones que directa o indirectamente debiliten el sistema nervioso y especialmente el nervio facial.



Después de hacer estas breves consideraciones sobre la etiología y patogenia del espasmo facial, cabe hacer una pregunta:

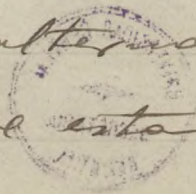
Siendo necesaria la predisposición del sistema nervioso para que el espasmo se presente y estando todo el sistema nervioso debilitado: ¿porqué prefiere localizarse el trastorno en el nervio facial y de éste en su rama superior? - Aunque la contestación clara y terminante a este pregunta nos parece algo difícil, podemos, sin embargo, dar una expli-

- Caeion bastante racional a nuestro juicio, basándonos en Conocimientos anatómo-fisiológicos.

El facial superior, constituye ó forma parte de un aparato reflejo cuya vía centripeta es el nervio óptico, que tiene su centro automático en los núcleos grises de la base del cerebro, principalmente en los tubérculos cuadrigéminos formando el facial superior la vía centrifuga ó motora. — Según este detalle anatómico, el funcionalismo



42- del facial superior es grande, puesto que responde con fenómenos motores a las excitaciones sensitivas que en el estado de vigilia se transmiten continuamente por el nervio óptico, y aunque el nervio facial ~~no~~ es nervio de acomodación sino de protección, no por isto deja de manifestar sus fenómenos motores, porque casi de una manera continua estamos abriendo y cerrando alternativamente los párpados. De esta manera comprendemos nosotros que el fa-



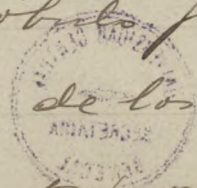
43-  
 cial superior está sometido a un trabajo continuo y por lo tanto más expuesto a la fatiga y como consecuencia a enfermar. — Además, dada su situación bastante superficial, sufre pronto los efectos del enfriamiento, factor muy importante como hemos visto en multitud de observaciones.

En cuanto al facial inferior, generalmente también suele participar del trastorno, pero parece que se altera secundariamente y bastan

44-

Al tiempo despues que el espasmo ó sus primeras manifestaciones caracterizadas por temblores, hayan estado localizados en la rama superior, La mayoría de los enfermos empiezan notando sus primeras molestias en el ojo.

Aunque los centros corticales de los dos ramos del facial parecen ser diferentes, puesto que al superior atribuyen su centro en el lóbulo parietal inferior, Centro a la vez de los nervios sensitivo-motores de los párpados



45-

El facial inferior tiene su centro en la  
 región peritrocólandica y aunque algunos  
 atribuyen al facial superior dos centros,  
 siendo uno de ellos común con el facial  
 inferior, se observa no obstante que  
 hay cierta independencia entre los dos  
 ramos y no es extraño por lo tanto  
 que el espasmo se localice con pre-  
 dilección y primeramente en su ra-  
 mo superior

Hechos dichos que el facial inferior  
 se afecta casi siempre aunque se cum



46-  
- Variamente. No tiene nada de extraño  
a nuestro juicio, porque aun suponiendo  
la completa independencia de los  
dos ramos faciales en cuanto a sus  
centros corticales, no sucede sin embargo  
que así en el origen aparente del facial  
puesto que nace de un núcleo común  
situado en la parte antero-externa  
de la Calota protuberancial, un poco  
encima de la oliva superior. (Festus  
Traité d'Anatomie).

Después de estas breves consideraciones



17-  
etiológicas y patogénicas, pasaremos  
a exponer la sintomatología del  
espasmo facial.

---



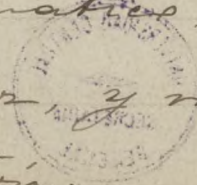
Sintomatología.

Los síntomas de espasmo facial, se deducen fácilmente por poco que nos fijemos en los casos observados. — Generalmente el espasmo, comienza en los músculos insertados por la rama superior del facial. Los enfermos notan al comienzo de su trastorno, pequeños estreñecimientos en el borde libre del párpado a modo

49

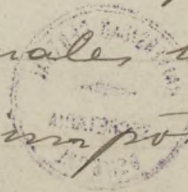
- de contracciones fibrilares, acompañadas generalmente de una sensación de tirantes hacia afuera, que determina poco a poco la oclusión ~~o~~ mas o menos completa de la abertura palpebral.

Oí su vez, en la mayoría de los casos y siguiendo un orden de arriba a abajo van entrando en contracción los músculos inervados por el facial inferior grande y pequeño zigomáticos, el elevador del ala de la nariz, y músculos de la boca del mentón.



50- El espasmo nunca va acompañado de dolor, sintiendo el enfermo tan solo una sensación de tirantes en el ángulo del ojo, en la parte interna del párpado inferior de la oreja y en la comisura labial del lado interesado. El espasmo se presenta aunque menor número de veces, también durante el sueño. - Es casi siempre unilateral, entrando en contracción algunas veces, uno o varios músculos del lado opuesto por sinergia. El espasmo se presenta por accesos

cuya intensidad y duración son variables, pero que generalmente dura unos segundos. — También es variable el número de los accesos durante el día, puesto que en su aparición influyen todos aquellos actos en que voluntaria o involuntariamente determinan contracciones en los músculos inervados por el facial. De esta manera influyen la risa, excitaciones visuales, intensas, etc. La voluntad es impotente para evitar la aparición de los ac-



52-

cesos. En algunos casos, toman la forma sub-intrante. La terminacion de los accesos es generalmente brusca en oposicion al comienzo que suele ser gradual. Terminados los accesos, los enfermos quedan dentro de la mas completa normalidad.

---



- Diagnóstico -

- El diagnóstico del espasmo facial, es fácil en la generalidad de los casos, porque constituye un tipo clínico especial, y teniendo en cuenta los antecedentes, la manera de presentarse los accesos su independencia de la voluntad, la presentación durante el sueño etc, son caracteres que no dejan duda alguna

4- Sin embargo, conviene establecer el diagnóstico diferencial con algunas enfermedades que presentan como uno de sus principales trastornos, un espasmo de los músculos inervados por el nervio facial. Por lo tanto comenzaremos en primer lugar:

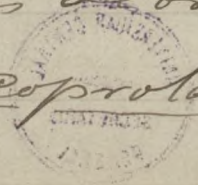
1º Con los Tics

En las primeras páginas de este trabajo, hemos dejado establecido que el espasmo facial, es un trastorno motor consecutivo a la imitación súbita y

pasajero de un punto cualquiera del arco reflejo de origen espinal. Los tics tambien son reflejos, pero que tienen un origen psíquico. Esto se presenta preferentemente en la juventud. El espasmo facial es propio de la edad adulta. Los tics, generalmente van acompañados de otros trastornos que nos demuestran tener origen en un grado mayor ó menor de degeneración que determina en primer término una gran debilidad de la función psíquica conocida con el

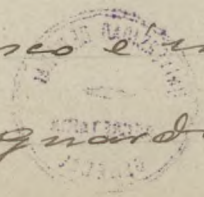
6  
nombre de voluntad, la cual no tiene  
la suficiente fuerza frenadora para  
detener el impulso consiguiente a una  
excitacion falsa, fundandose en la cual  
dijo Chareot, que el tic no era un tra-  
tomo material más que en apariencia,  
sino un producto directo de la vesania.

Ademas, los individuos afectados de  
tic, demuestran su degeneracion por  
otros sintomas importantes de orden  
psiquico como son la Coprolalia  
y la ecolalia.



1-4-  
Sabemos, por otra parte, la importancia  
que tienen los antecedentes en la aparición  
del espasmo facial. En cambio, los tics  
son muchas veces producto de imitación  
— como se observa con frecuencia en los  
niños. — El tic es voluntario, puesto  
— que si el sujeto afecto procura educar  
convenientemente su voluntad, puede  
conseguir que desaparezca. Duran-  
te el sueño no se presentan los tics.  
En cambio sabemos que el espasmo  
facial es independiente de la voluntad

y además se presenta durante el sueño  
 El espasmo en el trá, es brusco e inter-  
 pectivo para desaparecer enseguida y ra-  
 ras veces se limita solo a los músculos  
 innervados por el facial, sino que la  
 -Contracción se extiende por otros muchos  
 músculos o a veces muy distantes. Por el  
 Contrario, el espasmo facial, sólo un gru-  
 po determinado de músculos se contraen  
 y falta el carácter brusco e interpecti-  
 vo de la Contracción, guardando en



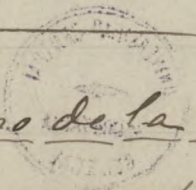
59-

ta regularidad y orden cuando la  
contracción muscular comienza.

En varios de los casos observados de  
espasmo facial, se han obtenido rela-  
tivamente éxitos satisfactorios con la  
medicación antiespasmódica. En can-  
bio los tics únicamente pueden atenuar-  
se o desaparecer, mediante una educa-  
ción apropiada de la voluntad.

2.º Con el tic doloroso de la cara.

En estas enfermedades, se observa también



50 - un movimiento brusco de los músculos in-  
vados por el facial sino en su totali-  
dad, al menos en parte segun la ra-  
ma del trigemino interesada. En el  
tic doloroso, el espasmo es tambien un  
transtorno motor que obedece como  
en todo reflejo a una excitacion dolo-  
rosa transmitida por el quinto par  
a sus correspondientes centros, sien-  
do el espasmo brusco y muy doloroso.  
Este ultimo caracter nos basta pa-  
ra distinguirle del espasmo facial

1- Acompañan además al tic doloroso de la cara otros trastornos principalmente vaso-motores y secretorios, en virtud de las fibras secretorias y reflejas que llevan el trigemino. Estos trastornos no se observan en el espasmo facial.

3º Con el paramyoclonus multiplex - Con esta enfermedad, difícilmente se podrá confundir el espasmo facial; porque generalmente en el paramyoclonus no son afectados los músculos de la cara y según Friedrich que

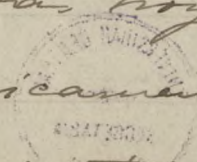
2 - fué el primero que describió esta enfermedad, nunca se interesan los músculos de la cara. - Sin embargo se han observado algunos casos en que eran afectados algunos músculos de la cara. - Con tener en cuenta que las contracciones empiezan por los miembros inferiores tendremos por lo tanto más que suficientes para no confundir con el espasmo facial. Según Lemoine y Lemoire el paramyoclonus no es más que una manifestación del neurosíndrome y que

63-

las sacudidas musculares son tienen  
origen en una alteracion de la zona  
psico-motora.

4.º Con la Corea de Sydenham.

Los movimientos espasmódicos que experi-  
mentan los misulos en los enfermos de  
Corea obedecen a alteraciones en la  
Corteza cerebral, aun cuando estas  
no puedan ser reconocidas por una  
oscópica ni microscópicamente. No  
siempre aparecen movimientos desorde



64-

nados en los músculos de la cara, y cuando existen podemos distinguirlos fácilmente del espasmo facial - porque rara vez se localizan en los músculos inervados por el facial con exclusión de los demás. Los Coreicos presentan además estigmas más psíquicos, caracterizados por debilidad mental e irritabilidad. Las convulsiones se extienden a los miembros propios de la juventud y los movimientos cesan durante el sueño. Los movimientos desordenados de los Coreicos

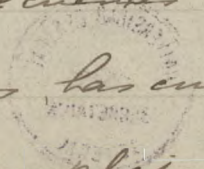
5

se extienden frecuentemente a los músculos de la lengua, dificultando como consecuencia el lenguaje. Si tenemos presente ahora el cuadro clínico del espasmo facial, deduciremos fácilmente la diferencia existente entre la corea y el espasmo.

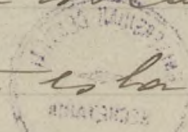
---

5º Con el histerismo.

Uno de los trastornos frecuentes de esta neurosis, son las contracturas, las cuales, unas veces tienen localización compleja y pueden




- de realizarse otras veces en determinados  
músculos que si son algunos de la cara  
pueden hacernos sospechar la existencia  
del espasmo facial. Una contractura  
parcial muy semejante al espasmo facial  
y frecuente en el tétanos, es el blífaros-  
pasmo cuya duración es muy variable.  
Generalmente, las contracturas en el tétanos  
son dolorosas, en cuyo caso hay  
hiperestesia cutánea y en los casos no  
dolorosos lo más frecuente es la anestesia.  
Tendremos muy en cuenta al hacer el



7-  
Diagnóstico diferencial de las contracturas  
hísticas con el espasmo facial, que en  
la generalidad de los casos hay estigmas  
psíquicos y físicos, resaltando los primeros.  
Cuando nos hallamos en frente de un suje-  
to que presenta bléfaro espasmo, será muy  
conveniente para evitar errores de diag-  
nósticos, observar el órgano de la visión  
que presenta alteraciones bastante sen-  
sibles en el histerismo.

El espasmo gloso-labial, también es



8-

infrecuente en las histéricas, adoptando en general la forma unilateral, pero podemos distinguirlo del espasmo facial porque la lengua está también contraída hacia un lado, lo cual jamás se presenta en el espasmo facial.

La dificultad del diagnóstico diferencial sería mayor si tropezáramos con un sujeto en el cual coincidieran el espasmo facial y el histerismo, porque éste, como dice H. Meigs, no imita las afecciones orgánicas, en cuyo caso los



9 - síntomas objetivos deben ser referidos con  
muchos cuidado. - Con lo dicho nos basta  
para distinguir el espasmo facial. de las  
Contracturas histéricas.

11

6<sup>o</sup> Con la epilepsia jacksoniana de tipo facial  
— Conociendo nosotros las causas que  
pueden producir la epilepsia jacksoniana  
es muy posible que la esquirla, la cicatriz,  
el neoplasma que provoque la  
crisis epileptica, radique en el centro  
del facial y a de su ramo superior

o de su rama inferior, en cuyo caso el espasmo se localizará en los mismos músculos que en el espasmo facial que venimos estudiando; pero siempre tendremos datos suficientes para explicar la naturaleza del espasmo. Si sospechamos por ejemplo en una esquirola ósea que comprime el centro del facial siempre nos referirá el enfermo ante accidentes de haber sufrido un traumatismo, con lo cual desecharemos la idea del espasmo facial de origen espinal.

En otros casos podrá ser una cicatriz de las meninges la causante del escape, en cuyo caso tendremos antecedente de una meningitis de forma crónica con el cuadro clínico característico.

Si se trata de neoplasmas, siempre serán los fenómenos topográficos más extensos, al lo menos cuando haya parado algún tiempo en la duración de la enfermedad, y determinados por los progresos del neoplasma, aunque no fuese más que por la compresión de las partes pró-

2 - ximas. Los dolores, los vómitos etc. nos ilustrarán por otra parte y ayudarán eficazmente para que hagamos el diagnóstico diferencial. El examen del ojo, tiene también muchísima importancia, puesto que en las meningitis y neoplasmas del encéfalo sufre grandes trastornos, y ya sabemos que todo esto falta en el espasmo facial.

Por último conviene tener en cuenta los estudios de M. Ernest Dupré,

3 - el cual ha insistido sobre la necesidad de estudiar ciertas enfermedades que de una manera enmascarada determinan síntomas que nos podrían inducir al error.

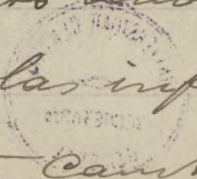
Dice Dupré, que ciertas encefalopatías de lesiones múltiples, engendran en la expresión mínima modificaciones profundas unas veces de origen espasmódico y otras veces en forma paralizante. Entre estas enfermedades están: las encefalitis atroficas esclerosas o poencefalias, esclerosis lateral amiotrofica, esclerosis en

74/

placas, enfermedad de Parkinson y la atetosis doble

Como cada una de estas afecciones tiene sus signos característicos, no creemos necesario el pasar una revista.

Para acabar todo lo relativo al diagnóstico, diremos con M. S. Dupré que siempre que tengamos que diagnosticar un cambio de un movimiento, o la causa y naturaleza de un movimiento anormal, tendremos en cuenta todas las influencias que pueden determinar este cambio.




Evolución y Terminación.

Aunque los datos que tenemos de los dos casos observados personalmente, son insuficientes para saber de una manera positiva la marcha y la terminación del esparmo forinal, podemos, sin embargo, hacer un juicio más o menos exacto, fundándonos en las distintas observaciones publicadas por la Revue Neurologique, porque varios enfermos de los que hace su historia clínica han sido sometidos

5  
a tratamiento. En ellos se ha observado  
que sometidos durante largo tiempo a  
la influencia de una medicación anti-  
epiléptica convenientemente dirigida,  
el trastorno ha mejorado notablemente.  
Segun M. M. Brissaud y Meigs, muchos  
casos de espasmo facial, han desapareci-  
do espontáneamente.

El valerianato de zinc administrado  
a dosis crecientes ha sido preconizado  
por M. Brissaud, con el cual afirma  
haber obtenido resultado muy satisfactorio.



estos, fundándonos en que el espasmo  
facial se presenta en sujetos predispu-  
 tos por una gran debilidad del sistema  
 nervioso, creemos que si bien el valeriana  
 más de sine y otros antiespasmódicos  
 pueden atenuar notablemente el número  
 y la intensidad de los accesos, solo conse-  
 guimos de esta manera combatir un  
 sintoma, dejando en cambio en el mismo  
 estado la predisposición morbosa del  
 sujeto. Por lo tanto, mucho más racio-  
 nal nos parece un tratamiento causal

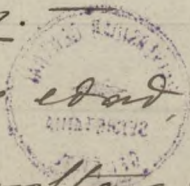


8-  
por el cual procuraremos cambiar la  
predisposición del sujeto, dando energías  
al sistema nervioso, y esto creemos que  
se puede conseguir. - 1<sup>o</sup> por un tratamien-  
to higiénico, comprendiendo de una mane-  
ra especial la alimentación y 2<sup>o</sup> un tra-  
tamiento farmacológico bien dirigido,  
que ayude al régimen higiénico para  
llevar al sistema nervioso los mate-  
riales necesarios para el funcionamiento  
normal del mismo. - Los glicero-fos-  
fos estarían muy indicados.

Para formar un juicio exacto acerca del esparmo foetal, conviene completar este pequeño trabajo - con algunas observaciones publicadas por la Revue Neurologique.

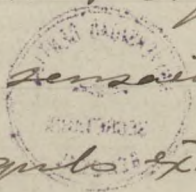
— Observaciones. —

Mme X. de 58 años de edad, entró en el Hotel-Dieu a consultar con M. Dujoné en Julio de 1903.



0 -  
no tiene antecedentes hereditarios dignos de mención. Furo menopausia precoz a los 30 años, sin trastornos importantes. En el año de 1901, una bronquitis poco grave. Presenta antecedentes alcohólicos bastante acentuados.

Según referencia de la enferma, hace cuatro años y a consecuencia de un enfriamiento, comenzó a sentir ligeros estremecimientos y como una sensación de tirantez al nivel del ángulo externo del ojo derecho. Este trastorno iba en



- aumento progresivamente hasta que se <sup>- 87 -</sup>  
extendió por toda la mitad derecha de  
la cara. En la Comisura labial comenzó  
también a sentir estremecimientos, y final-  
mente se desviaba hacia arriba y a la  
derecha. El acceso una vez constituido,  
todos los músculos de la mitad derecha de  
la cara están en contracción.

Las crisis duran desde algunos minutos  
hasta un cuarto de hora y se separan  
por intervalos de reposo de la misma  
duración. También se presentan duran

2- te el sueño. La voluntad no ejerce nin-  
guna influencia en la aparición ni en la  
intensidad de los accesos. Sin embargo  
estos accesos cambian de intensidad y de  
frecuencia según el estado higrométrico  
de la atmósfera; pues decía la enferma  
que aumentaban con la humedad.

La enferma ha sido sometida a diver-  
sos tratamientos, todos ineficaces, inyec-  
ciones de Cocaína, electrización, interven-  
ción quirúrgica sobre el foramen.

Ha sido imposible seguir la evolución del espasmo.

3-  
M<sup>me</sup> F. P. - 17 de Diciembre de 1902, de unos 50 años de edad, ha gozado siempre de buena salud en general; pero en su juventud sufrió bastante por hemicranea y neuralgias faciales. Estos accidentes desaparecieron al cabo de algunos años.

Hace próximamente 2 años (1900) sufrió una caída de un coche, resultando el golpe en la cara y fracturándose al parecer los dos huesos de la nariz. Cura

4-  
da de este accidente, quedaban una cicatriz y una ligera deformación.

Hacia el mes de Junio de 1902, esta  
señor, comenzó a notar pequeños estremecimientos en el borde inferior del párpado izquierdo y bien limitados a la región. En algunos momentos las contracciones aumentaban de intensidad dejando el ojo a medio cerrar. - Esto accesorio no era doloroso. Examinados los ojos y oídos revelaron completa integridad en sus funciones. Poco a poco, las contrac-

5  
ciones del orbicular de los párpados se extendieron por la mejilla izquierda. La comisura labial, tirada hacia arriba y a la izquierda. Los estremecimientos se extendieron enseguida al menton, cuello y en la region del pecho junto a la clavícula. Los accesos tenían su comienzo por estos estremecimientos y quedando toda la mitad izquierda de la cara en un estado de contracción permanente y no otros. Durante el estado de la contracción percibía la enferma a veces estremecimien

6  
tos asociados a la contractura en la mis-  
ma region.

No hay nada que pueda evitar la apa-  
ricion del acceso, ni la voluntad, ni la  
mano aplicada, como tampoco hay nada  
que pueda detener su evolucion.

La masticacion, la risa, la simple son-  
risa son suficientes para provocar el  
espasmo. Oí las crisis fuertes sucede un  
momento de calma. Las crisis menos  
fuertes se suceden unas a otras. Durante  
el sueño se calman los accesos.

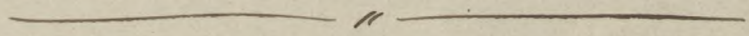
- Al despertar, el espasmo reaparece.

En el mes de Noviembre de 1902, las crisis se hacen casi continuas y el espasmo persiste durante horas, acompañado siempre de estremecimientos o pequeñas sacudidas subcutáneas.

La enferma ha sido tratada por la hidroterapia en forma de duchas y la tintura de Valeriana y consiguió que los accidentes se atenuaran un poco y no existen trastornos en la sensibilidad de la cara. Se nota la existencia de

8- un pequeño quiste en el borde <sup>libre</sup> inferior del párpado inferior izquierdo, cerca del ángulo interno del ojo. Los dientes del lado izquierdo faltan menos uno. Sin embargo, la enferma jamás ha tenido neuralgias dentarias.

Le ha podido saber de esta enferma que ha sido siempre muy nerviosa, sin que presentara ningún sintoma grande de neurosis.



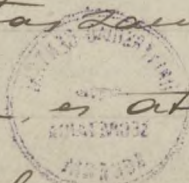
Mme S. de 33 años de edad y portera de oficio. El espasmo parpebral que presenta, se remonta, según refiere la enferma, a 4 años y sobrevino en las circunstancias siguientes:

En el mes de Enero de 1899, fue atacada de grippe. Después de algunos días salió a la calle con poca precaución de ropa, por lo cual se enfrió y sobrevino según refiere la enferma una congestión

- que le duró 10 días. Pero es difícil de reconocer la afección que ella padeció. Ella, sólo precisa haber tenido una cefalalgia intensa que aumentaba cuando inclinaba su cuerpo hacia adelante.

Dos ó tres meses después de este accidente refiere la enferma que sentía algunas pequeñas sacudidas en el párpado izquierdo. Dice además que a veces pasaban otros días sin que se aperciba de estas sacudidas.

En la primavera última, es atacado nuevamente de gripe, desapareciendo



1 -  
su trastorno parpetaal durante dos meses.


Al Comenzar el mes de Octubre de 1902 las sacudidas en los párpados son mas frecuentes e intensas.

La enferma consulto con el Dr. Ferrin el cual examinó la vista, encontrando perfecta integridad en la vision y en los movimientos del ojo.

La enferma no recuerda haber padecido enfermedades. Su marido esta sano y lo mismo tres hijos que tiene. Además no presenta antecedentes de abortos.

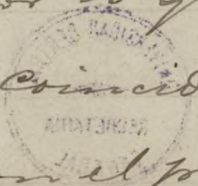
2- Sin embargo, asegura ella que es muy nerviosa. No ha tenido nunca crisis nerviosas. Se enfada muy pronto y es muy impaciente. Ha tenido frecuentes insomnios desde los 18 a 20 años. Sin ningún motivo ni preocupación, ha llegado a estar toda una noche sin dormir y cuando más duerme es la noche que llega a cuatro horas.

Es muy colorado y presenta en la región de los párpados varicosidades capilares. Es muy propensa a padecer catarros.



3- Cada mes o cada quince días padece dolores de cabeza: cefalalgia frontal que duran un día o dos, sin náuseas ni vómitos y tampoco tiene trastornos oculares.

En dentición dejó mucho que desear. Desde los veinte años ha padecido mucho de los dientes y una serie de flemores de repetición. Actualmente, desde hace un año ha padecido mucho de sus dientes cariados. Sin embargo por lo que refiere la enfermedad, no parecen coincidir estas neuralgias dentarias con el principio



de su trastorno.

Yo he tenido jamás trastorno auditivo.  
Su padre murió a los 66 años. Era muy nervioso, pero siempre disfrutó de buena salud.

Su madre murió a los 42 años de repente.

Era muy nerviosa, impresionable, pero siempre disfrutó de buena salud.

Fuero una hermana, muy nerviosa. Otra, religiosa y un hermano murió en el año 1895 a la edad de 22 años. Era soñambulo y se cree que en un acceso, se lanzó por una ventana.

5- No habia manifestado nunca ideas de suicidio, era de mucha calma, pero sin embargo tenia accesos de sonambulismo casi todas las noches.

Estado de la enferma en el 3 de Noviembre de 1902 = Todo se limita a movimientos convulsivos del párpado izquierdo. Estos movimientos no son influenciados por las emociones, pero si por la fatiga y con la exposicion al sol. La accion de cerrar el ojo, produce siempre la convulsion. Cuando cierra los párpados sin esfuer-

6- 20. las convulsiones, se reducen á pequeñas sacudidas breves y rápidas.

Las convulsiones son siempre indoloras.

Nunca sobrevienen sin que la enferma se de cuenta y jamas se muestra indiferente. La voluntad ni la distracción pueden hacer cesar estas contracciones,

las cuales se presentan bajo dos aspectos:

En primer lugar, las contracciones fibrilares, se limitan tan sólo al borde libre del párpado inferior; después las contracciones se extienden á las demás fibras

4- de las dos mitades del orbicular. Los dos párpados se aproximan y cierran la mitad de la abertura palpebral, no permaneciendo jamás el ojo completamente cerrado.

Esto da lugar a que se presenten ligeros movimientos niotagniformes de los dos globos oculares, sobre todo para mirar de frente.

El movimiento convulsivo, comienza siempre a la izquierda y a veces se notan ligeros movimientos sinérgicos en la derecha.

-104-

Tratamiento = 6 de noviembre de 1902.

Limpieza de la dentadura y dos píldoras  
diarias de valerianato de zinc.

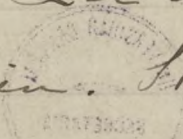
28 noviembre = El fenómeno convulsivo par-  
ietal no ha sido modificado. Tratamien-  
to - Valerianato de zinc, dos centigramos  
al medio día durante 8 días y cuatro  
centigramos los días siguientes, para di-  
minuir después la dosis. - Laxantes.

6 de marzo de 1903 = Ha sufrido la enfer-  
ma diversas alternativas, sin que se  
puedan definir las causas de las ate-

9 -  
unaiones y exacerbaciones.

Un nuevo examen del órgano de la visión practicado por el Dr. Ferson, no revela nada de anormal.

9 de Octubre de 1903 = En el mismo estado continuó la enferma hasta el mes de junio. Después, poco a poco, han disminuido de frecuencia e intensidad, los fenómenos esporádicos. Actualmente son raros y casi imperceptibles. La enferma declara encontrarse bien. Sin embargo se nota todavía un pequeño tem



bles en los bordes parpebrales y una ligera tendencia a la abulsión.

La enferma no padece de los dientes; los dolores de cabeza han desaparecido.

Esta observación, nos muestra el espasmo facial ~~en su~~ más ligero grado.

En este caso se ve una curación casi completa del espasmo facial por el valerianato de zinc.

— " —



M. P. M., de 25 años de edad, disfruta de buena salud en general.

Estando haciendo el servicio militar, dormía muchas noches sobre tierra. Poco después, cuenta el enfermo que comenzó a sentir pequeños movimientos convulsivos en el párpado derecho.

En los días siguientes, estos movimientos se extendieron por la mejilla derecha hasta ganar toda la mitad correspon

2  
Diente de la cara.

no presentaba ningun dolor, ni afección del oído ni dentadura; jamás tuvo cefalalgias ni neuralgias.

Este espasmo de la mitad derecha de la cara se fué produciendo de una manera insidiosa. El 8 de Junio de 1901 aparece por accesos muy frecuentes. Estos accesos tienen su comienzo en el párpado inferior derecho, extendiéndose por la mejilla labios y el ala de la nariz. En el momento del acceso, toda la mitad dere-

3  
Ara de la cara se mantiene contracturada, el ojo medio cerrado y la comisura labial, estirada hacia la derecha y arriba.

La superficie cutánea está animada de pequeños movimientos convulsivos y muy rápidos.

La atención, la distracción y los esfuerzos de la voluntad no pueden evitar el acceso ni atenuarlo.

El enfermo ha estado sometido durante algún tiempo a ejercicios metódicos

utilizados contra el Tic de la cara,  
no obteniendo ningun resultado.

---

Mme. M. de 69 años de edad, fue obser-  
vada por Brissaud en el Hotel-Dieu, en  
el mes de noviembre de 1903.

No hay antecedentes nerviosos en su his-  
toria - En el año 1875, tuvo un esema  
de la cara, del cual fue completamen-  
te curada. Mas tarde, sentia la enferma  
sensaciones de vertigo, y despues fue ata-

5  
Cada de reumatismo. Además la enferma,  
ha padecido frecuentes jaquecas.

El Comienzo de su espasmo se remonta  
a los 4 años. En este momento la enferma  
comenzó a sentir ligeras sacudidas deba-  
jo del ojo derecho, en la región mala ha-  
cia la inserción del músculo gran sigmoí-  
deo. Más tarde estas sacudidas se extien-  
den por la comisura labial derecha.  
Estos accesos que al principio se presen-  
taban cada quince días próximamen-  
te, luego se hicieron sub-útiles.

18  
en los cuales interviene la corteza cerebral.  
(Brissaud, L. Dupré).

2.<sup>a</sup> Los tics, son actos psico-reflejos, mientras que los espasmos son reflejos de origen espinal y determinados por una causa irritativa patológica (Brissaud, H. Meige y Feindel).

3.<sup>a</sup> - El espasmo facial se presenta en sujetos cuyo sistema nervioso está debilitado ya por herencia o por infecciones adquiridas.

4.<sup>a</sup> Por el examen clínico de los movimientos

6 Actualmente el espasmo se localiza en el lado derecho y sobreviene por accesos de duración y intensidad variables. Todos los músculos de la mitad derecha de la cara, frontal, orbicular de los párpados grande y pequeño zigomáticos, elevador del ala de la nariz, músculos de la boca del mentón, son interesados entrando en contracción durante el espasmo, notándose además una pequeña elevación del pabellón de la oreja del mismo lado, y notando la enferma una sensación

7  
de tirantes en el interior del pabellón de la oreja. Esta es la forma clásica del espasmo facial.

El fenómeno espasmódico se manifiesta objetivamente de la manera siguiente: sobrevienen una serie de contracciones y decontracciones muy rápidas. Nada puede impedir ni modificar estos accesos. En la generalidad de los casos, favorecen la aparición de los accesos, el hecho de hablar, reír, cerrar los párpados, la fatiga y las emociones. La frecuencia

8 - cion de estos accesos es muy variable hasta tanto que aparecen a veces de minuto en minuto. Por el contrario, si la enferma se mantiene en calma constantemente, pueden no aparecer durante horas los accesos. A veces revisten la forma subintrante siendo pequeños los accesos en este caso y terminan generalmente por un acceso grande durante el cual, se mantiene tetanizada la mitad derecha de la cara. No existe ningun movimiento espas-

9  
 midios en la mitad izquierda de la  
 cara. No hay trastornos de sensibili-  
 dad, pero si algunos vaso-motores que  
 sobrevienen de tiempo en tiempo.

Los dientes han caído, pero sin dolores  
 ya hace varios años.

La visión está algo disminuida. La  
 enferma tiene 69 años, pero no existe nin-  
 gun signo especial de otras enfermedades  
 nerviosas.

El oído está también algo disminuido  
 en su función igualmente en los dos

lados igualmente, desde hace algunos años. Los reflejos rotulianos se encuentran algo exagerados pero iguales en los dos lados.

Por las mañanas encuentra la enferma como si estuviera más gruesa la región del espasmo, pero de una manera excepcional acusa ningún dolor.

De cuando en cuando siente la enferma una sensación de como si le soplaran en el oído y al mismo tiempo otra sensación de tránsito en la me-

jilla derecha. Lanza frecuentemente su mano sobre esta region a fin de disminuir y disminuir el gesto que provoca el espasmo. Pero ni la presion ni el frotamiento pueden evitar la contractura.

El estado general es bueno, no tiene ningun trastorno visceral. - Ninguna particularidad se encuentra en el estado mental de la enferma.

Tratamiento = La estado sometida al tratamiento por el valerianato de Zinc a dosis progresivamente creciente.

2  
tes, preconizado por ell. Brissard. -119-

El dia 30 de noviembre se le ordenó tomar una pildora de dos centigramos al medio dia y otra a la noche.

Lo se notó ninguna mejoría hasta el,

7 de Diciembre 1903 = Continúa con el mismo tratamiento, pero tomando dos pildoras al medio dia y dos a la noche.

14 de Diciembre = El mismo tratamiento aumentando una pildora más al medio dia.

La enfermedad manifiesta que nota

una mejoría grande con estas prescrip-  
ciones, disminuyendo la frecuencia y la  
intensidad de los accesos.

La dosis de valerianato se aumentó  
hasta tomar seis pilólas diarias.

A de Enero de 1904 = Los accesos ahora  
son mucho menos frecuentes. Los movi-  
mientos se han atenuado considerable-  
mente. El periodo de tetanización es mu-  
cho más corto.

11



X. — cochero, de 49 años de edad, <sup>de</sup> cara muy congestionada y vascular. Después de violentas cefalalgias, a los 18 meses próximamente es atacado de un espasmo facial del lado izquierdo.

La afección tuvo comienzo por pequeños movimientos convulsivos de los párpados. Poco tiempo después las contracciones ganan la mejilla y los labios del lado izquierdo. Actualmente presenta un

5  
espasmo completo del lado izquierdo.

Las Contracciones se asemejan a las que se producen en virtud de excitaciones eléctricas intermitentes. - Cuando las contracciones revisten regular intensidad, queda tetanizada la mitad izquierda de la cara durante un tiempo muy variable. Los movimientos convulsivos se repiten de cinco en cinco o diez minutos.

La voluntad, la atención, las distracciones, las emociones, no tienen poder para modificar estos accesos.

16.

Lo mismo se produce en los accesos durante el día que por la noche y durante el sueño. Esto presenta ningún dolor y sólo una ligera sensación de tirantez.

Algunas veces, cuando el ojo está medio cerrado, derrama una lágrima.

El enfermo aplica con frecuencia su mano en la cara, con el objeto de disminuir su gesto.

Este enfermo fue observado el 12 de Junio de 1903 por segunda vez, sin haber sobrevenido ninguna mejoría.

## Conclusiones.

Haciendo el resumen de este pequeño trabajo, creemos poder dejar establecidas las conclusiones siguientes.

1<sup>ª</sup> - Es necesario distinguir la naturaleza de los movimientos convulsivos de la cara. Los actos reflejos en los cuales no tiene participación la corteza cerebral, de aquellos otros llamados psico-reflejos,

119  
to de la cara, distinguimos el espasmo facial de otros movimientos convulsivos localizados en la cara.

5.<sup>a</sup> El espasmo facial se modifica favorablemente por medio de tónicos del sistema nervioso y mediante la administración de antiespasmódicos, no teniendo eficacia estos medios para la corrección de los tics.



José Ramón Bilbao

Madrid a 12 de Junio de 1904.

Linda

M. P. Tuciano

Madrid, 1º Julio 1904

Verifico el yperum del grado de Doctor  
y obturo la calificación de Aprobado

Actuando de Defensor.

Tomás Morán

Federico Oliva

M. P. Tuciano

Mariano de Aldeaniza