

# PARÁLISIS ALTERNA

DE

# LA SENSIBILIDAD



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

## MEMORIA

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN  
LA FACULTAD DE MEDICINA I FARMACIA DE LA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

— POR —

JORJE HERRERA ROGER



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

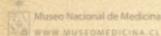
IMP. DEL CENTRO EDITORIAL LA PRENSA  
Bandera esquina Moneda

1900



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

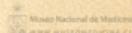
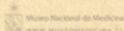
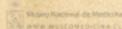


Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

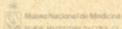
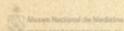
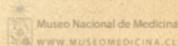
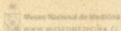
*A mi distinguido maestro*

*Dr. Augusto Orrego Luco*

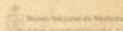
*El Autor*

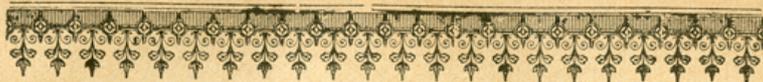


Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

## Parálisis alterna de la sensibilidad

Existe en patología nerviosa un síndrome, dependiente del capítulo de las parálisis alternas, que se ha prestado últimamente a importantes estudios anátomo-patológicos.

Sabemos que, bajo el nombre de parálisis alternas, se comprende la existencia de una parálisis de los miembros i tronco de un lado, i la parálisis de la mitad de la cara del lado opuesto. Se sabe también, que este fenómeno obedece a una lesión en foco de la región pedúnculo-protuberancial.

Pueden las parálisis alternas revestir diferentes formas. Hai dos variedades que han llamado vivamente la atención de los autores; son los síndromas de Millard Gubler i de Weber. El primero se refiere al caso en que existen asociadas, la hemiplejía de un lado i la parálisis facial periférica del lado opuesto, la cual puede ir también, acompañada de una parálisis del abducens e hipogloso. El síndrome de Weber, designa la variedad en que la hemiplejía de un lado está unida a la parálisis parcial o total del tercer par del lado opuesto.

Además de estas, existen otras variedades de parálisis alternas observadas por el profesor Raymond i que se re-



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

fieren a casos de parálisis alternas sensitivas asociadas a parálisis alternas motrices.

Tambien existen parálisis alternas bilaterales, que comprenden las siguientes variedades:

a) La parálisis en X, que es la de las dos mitades de la cara coincidiendo con la de los miembros de ambos lados del cuerpo.

b) La parálisis en Y, es la de las dos mitades de la cara unida a la parálisis de los miembros de un solo lado.

c) La parálisis en Y invertida  $\lambda$ , en que está tomada una mitad de la cara i los miembros de ambos lados.

Por último, Raymond hace entrar tambien aquí, la parálisis en V de las dos mitades de la cara solamente.

Entre todas estas variedades, existe como decíamos ha-ce poco, un sindroma mui interesante, que se refiere al caso de las parálisis alternas de la sensibilidad i que ha sido estudiado con atencion por Raymond.

Este sindroma está caracterizado por los siguientes fenómenos:

Como manifestaciones de la motilidad, existe ptosis de uno de los párpados. Hai tambien, a veces, nistagmus transversal. En la deglucion, existen perturbaciones que se traducen por dificultad para tragar los alimentos.

Con respecto a la sensibilidad, se constata un curioso fenómeno, que consiste en una anestesia de un lado de la cara i del tronco i miembros del lado opuesto. Estas perturbaciones sensibles, son disociadas, es decir, afectan a veces, solamente la sensibilidad al dolor i a la temperatura, estando el tacto poco alterado.

Las condiciones anatómicas en que se produce este sindroma son hoy conocidas; sabemos que la lesion que lo produce debe estar en la protuberancia anular, segun se desprende del estudio histológico de esa rejion.

Dependiendo las impresiones sensitivas en la cara, del



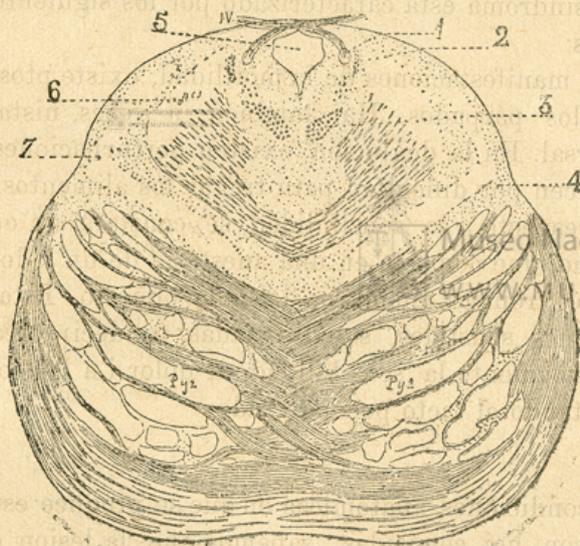
nervio trijémimo, para que se produzca el síndrome de hemianestesia alterna, ha de estar comprometida en los centros nerviosos, una porción tal, que suprima las funciones de la rama sensitiva del trijémimo, i que interese el manojo de fibras sensitivas, que innervan los miembros i el tronco del lado opuesto.

Haciendo un ligero recuerdo sobre la disposición histológica de las fibras nerviosas en la protuberancia, veremos que es posible, que un solo foco afecte las mencionadas regiones.

En la protuberancia anular, existen los núcleos de origen de varios nervios craneanos.

Por aquí pasan también muchas fibras, cuyo origen i destino es muy variado.

Vamos a figurarnos un corte transversal de la protuberancia, vecino a su extremidad superior.



- |                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1—Patético                        | 5—Acueducto de Sylvio           |
| 2—Rama asc. del V par             | 6—Pedúnculo cerebral            |
| 3—Manojo lonj. posterior          | 7—Capa lateral f. de sensitivas |
| 4—Capa media de fibras sensitivas |                                 |



Hacia los lados de nuestra figura, i arriba, se puede ver una porcion de sustancia blanca, perteneciente a la capa lateral de fibras sensitivas. Estas van a reunirse en una zona media, que lleva el nombre de capa media de fibras sensitivas. Estas dos zonas reunidas, forman lo que se designa bajo el nombre de cinta de Reil.

Ahora bien, sabemos que la cinta de Reil comprende el manojo de fibras sensitivas, que se dirijen desde la médula alargada a la corteza del hemisferio cerebral. Estas fibras, tienen su punto de cruzamiento en el bulbo, por consiguiente, mas abajo del punto que representa la figura. En consecuencia, una lesion, que afecte estas fibras en la parte superior de una de las mitades de la protuberancia, habrá de producir, una hemianestesia de los miembros, de la mitad del tronco i del cuello del lado opuesto a la lesion. En el área de la seccion protuberancial, representada en nuestra figura, se puede ver tambien, cerca de la línea media i hacia arriba, la seccion de la rama ascendente del trijémino. Hasta hace poco, se admitia que las fibras sensitivas del V par, tenian su orijen en un núcleo situado en la protuberancia, i en otros dos núcleos, uno inferior en la sustancia gris del cuerno posterior, i otro superior. Hoi se admite, que en estos núcleos van a terminar las arborizaciones finales de las fibras sensitivas.

Todos los nervios sensitivos periféricos, segun se ha averiguado, tienen su orijen real fuera de los centros nerviosos, el cual para los nervios raquídeos está en los ganglios espinales intra-raquídeos i para los craneanos en los ganglios intra-craneanos.

El V par tiene por orijen el ganglio de Gasser, de donde emanan sus fibras sensitivas. Este ganglio posee células nerviosas unipolares, cuyas prolongaciones, en número de una para cada célula, se bifurcan dividiéndose en forma de T. Una de las ramas de la T es una fibra sensitiva periférica que contribuye a formar el tronco del V. La otra rama es la que va a formar la raiz sensitiva del



trijémimo, que penetrando en la protuberancia se divide en dos, una rama ascendente i otra descendente. La primera forma la raiz ascendente i la segunda, la raiz descendente.

Sabido es que hoi dia, se llama raiz ascendente a la que ántes era descendente i vice-versa. Esto era debido, como lo hemos dicho, a que equivocadamente se tomaban como núcleos de oríjen del V par, los núcleos situados dentro de los centros nerviosos i que se encuentran en los tubérculos cuadrijéminos anteriores.

En el corte de la protuberancia representado en la presente figura, las fibras sensitivas del trijémimo tanto ascendentes, como descendentes, emanan del ganglio de Gasser situado al mismo lado. De modo que las impresiones que estas fibras transmiten han de venir de la mitad homóloga de la cara, al paso que las fibras sensitivas pertenecientes a la cinta de Reil, como ya se ha dicho, han sufrido a este nivel su entrecruzamiento. Estas son las encargadas de las impresiones sensitivas de la mitad opuesta del cuerpo.

Ahora bien, si en esta rejion de la protuberancia, se suprimen las funciones de las fibras sensitivas del trijémimo i cinta de Reil, cualquiera que sea la causa, habrá de resultar como consecuencia lójica, una hemianestesia alterna dispuesta de la siguiente manera: anestesia de una mitad de la cara, situada al mismo lado de la lesion i anestesia de la mitad del cuerpo del lado opuesto.

Ahora que nos hemos esplicado anatómicamente la produccion del sindroma, veremos en que condiciones clínicas se realiza.

Hasta aquí se ha creído que el fenómeno era debido a una lesion orgánica del encéfalo. A lo ménos, como mas adelante veremos, era éste el resultado que daban las autopsias de individuos, que durante la vida, habian presentado los fenómenos del sindroma en cuestion.



El profesor Raymond llega al mismo resultado despues de haber estudiado el punto en dos observaciones, en las cuales era posible admitir la existencia de una lesion orgánica.

Ahora bien, a nuestra clínica nerviosa se ha presentado un caso, que presentaba el sindroma con sus manifestaciones bien comprobadas i en el cual, como lo veremos, no nos será posible admitir una causa orgánica como productora de los fenómenos.

Antes de relatar nuestra observacion, pasaremos primero en revista, los casos de hemianestesia de disposicion alterna, que han sido hasta aquí observados por diferentes autores.

No estará demas citar ántes, una esperiencia de Laborde verificada en el año 1883. Este trabajo, se refiere a la produccion espermental del sindroma en cuestion i fué presentado a la Sociedad de Biolojia. En él se demuestra, que seccionando en los animales un pedúnculo cerebral, da como resultado la produccion de una hemianestesia cruzada. Ahora bien, sabemos que el pedúnculo cerebral viene a ser como una prolongacion de la protuberancia.

El primer caso de hemianestesia alterna observado, pertenece a un autor francés, Grenet. Este habia publicado en el año 1856, el caso de un individuo, afectado de parálisis de la sensibilidad i del movimiento, en el lado izquierdo de la cara. Al cabo de tres meses, la parálisis habia ganado los miembros del lado derecho. Despues de hecha la autopsia del caso, se encontraron varios tumores fibro-plásticos, de los cuales uno estaba situado en el espesor de la mitad izquierda de la protuberancia; los otros dos tumores se hallaban situados al mismo lado, pero en la cara esterna de la protuberancia.

Una observacion de Holmberg, habla de un individuo



de cincuenta años de edad, el cual fué súbitamente acometido de vértigos, náuseas i vómitos. Este hombre era víctima de una parálisis facial, miosis i de una inyección de la conjuntiva izquierda.

Los movimientos en los miembros, conservados. La sensibilidad táctil se encontraba intacta, salvo a la izquierda en el dominio de la primera i segunda rama del trijémino i al nivel de la conjuntiva, en donde habia hipoestesia con error de localización. En todo el lado derecho, (comprendiendo la cara,) se observaba analgesia i termoanestesia sin perturbación de la sensibilidad táctil. La analgesia i termoanestesia se extendían a la mitad izquierda de la cara. Estando de pié, el enfermo sentia debilidad en las dos piernas. Siete semanas despues, se restableció la sensibilidad térmica i dolorosa en la mitad izquierda de la cara, existiendo cierto grado de retardo de la percepción i anestesia de la conjuntiva izquierda; la miosis e inyección de la conjuntiva habian disminuido a la derecha. En todas las otras partes del lado derecho, la termo-anestesia persistia diez semanas despues del principio.

El autor agrega, que no es dudoso que se trate en este caso de una afección de la mitad izquierda de la protuberancia, pues así se deduce considerando la parálisis facial i la miosis. El sujeto habia contraído sífilis a los 25 años. Por consiguiente podria tratarse de un goma de esa rejion.

Allen Starr, autor inglés, observó en 1897 el caso de hombre de cuarenta i dos años, de buena salud anterior, que fué súbitamente presa de grandes dolores de cabeza, teniendo la sensacion de parálisis del lado derecho. Durante tres semanas, estuvo con fiebre i delirio. Despues desapareció rápidamente la paresia motriz derecha, que se acompañó de desviación conjugada de los ojos hácia la izquierda.

Dos meses despues no conservaba señales de parálisis



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

motriz; solamente no podia sostenerse con firmeza sobre sus piernas, como si temiera perder el equilibrio. Sus reflejos tendinosos estaban algo exajerados.

La sensibilidad táctil se conservaba intacta en todo el cuerpo. Al contrario, la sensibilidad dolorosa i a las impresiones de calor i frio, estaban abolidas en toda la mitad izquierda de la cara i en la mitad derecha del resto del cuerpo. No presentaba el sujeto otras manifestaciones patológicas.

Despues de trascurrido un año, se constató una poliuria de intensidad creciente i una glicosuria considerable, así como tambien una parálisis del oblicuo superior a la izquierda.

Allen Starr habia diagnosticado una hemorragia en el tercio medio, o mas exactamente en la formacion reticular de la mitad izquierda de la protuberancia, en la venedad del sitio de emergencia del IV par. Para esto se fundaba el autor, en estudios que habia practicado precedentemente, relativos al trayecto de las vias sensitivas en los centros nerviosos.

Aparte de estos casos ya citados, existen otras observaciones, que dan ideas mas positivas respecto al diagnóstico topográfico de la hemianestesia alterna, pues han sido objeto de autopsias minuciosas.

Desde luego existe una observacion mui importante de Senator. Este autor relata el caso de un hombre muerto a los 41 años, que habia tenido dos ataques de vértigo, el primero dos años antes de morir i el 2.º, 8 semanas antes de su muerte. A continuacion del primer ataque, el enfermo habia experimentado durante cierto tiempo, una sensacion de pesantez en los miembros del lado derecho i al mismo tiempo tuvo sensaciones anormales en el lado izquierdo de la cara; ademas habia visto doble. La diplopia se habia producido a intervalos, despues del segundo ata-



que. En el exámen del enfermo, se constató la existencia de una analgesia en la zona de distribución de la 2.<sup>a</sup> rama del trijémino a la izquierda, una paresia del recto interno de ese mismo lado i una paresia motriz de los miembros del lado derecho. Diez dias mas tarde, despues de un tercer ataque de vértigo, la paresia motriz se acentuó; a ese mismo lado la sensibilidad al tacto i al dolor estaba embotada, la sensibilidad a la temperatura i el sentido muscular estaban completamente abolidas, la lengua se desvió a la derecha. Despues la parálisis ganó diversas ramas del facial. A consecuencia de una creciente disfajia, fué menester alimentar al enfermo mediante una sonda. Este hombre murió súbitamente.

En la autopsia se encontró lo siguiente:

La arteria vertebral izquierda estaba obstruida por un trombus. En la superficie del piso del cuarto ventrículo se encontraban hemorragias superficiales. Por ultimo, la mitad izquierda del puente de Varolio estaba ocupada por un foco de reblandecimiento, que se estendia desde la estremidad inferior del núcleo del sexto par, hasta cerca de la estremidad inferior del núcleo del hipogloso. Estaban comprendidas en este foco, una parte de las fibras de origen del abducens, la parte media del cuerpo restiforme, el núcleo i las fibras de orijen del hipogloso, la formación reticular en la parte media, los núcleos del acústico i vago, la rama ascendente del trijémino, i el manjo solitario.

En suma, esta observacion presenta grandes dificultades de interpretacion, debidas a la complejidad del cuadro clínico i a la multiplicidad de núcleos i manjos blancos afectados por el foco.

Es interesante retener solamente una doble circunstancia.

Viviendo el enfermo, se constató una hemianestesia lateral que ocupaba el lado izquierdo de la cara (segunda



rama del trijémimo) i el lado derecho del tronco, comprendidos los miembros.

Ahora bien, en la autopsia se encontró en la mitad izquierda de la protuberancia, un foco que interesaba la cinta de Reil i la rama ascendente del trijémimo.

Este mismo autor, tiene otra observacion mui propia para hacer luz en el diagnóstico topográfico de las lesiones en foco de la rejion bulbo protuberancial. Conciérne a un hombre de cincuenta i seis años, cuya enfermedad habia principiado de una manera brusca por un vértigo, por disfajia i alteracion del timbre de la voz. Examinando la sensibilidad se constató una hemianestesia cruzada; el sentido estaba abolido en la mitad izquierda de la cara, i en la mitad derecha del tronco i miembros de este lado ;no habia parálisis motriz. El enfermo manifestaba tendencia a caer sobre el lado izquierdo. Sucumbió al cabo de 15 dias de enfermedad.

En este caso la autopsia confirmó lo que en vida se habia diagnosticado. La mitad izquierda del meoscéfalo, estaba ocupada por un foco de reblandecimiento que media un centímetro en su mayor longitud i que estaba en relacion con una trombosis de la arteria cerebelosa inferior. Los límites exactos del foco eran los siguientes: su mayor longitud correspondia a un nivel, situado un poco por debajo de la parte media de la oliva inferior; ahí, interesaba el cuerpo restiforme, la rama ascendente del trijémimo i una parte del campo motor lateral, detras de la oliva inferior. Las fibras radiculares del nervio vago estaban interrumpidas por el foco, que englobaba en su masa el núcleo anterior de este nervio. Hacia arriba el foco alcanzaba apenas la protuberancia.

Es importante retener este último detalle. Hasta entonces se habia dudado que una lesion bulbar, pudiera producir una hemianestesia alterna. La observacion de



Senator demuestra que no es así. En este enfermo no existía síntoma alguno, imputable a la parálisis de un núcleo protuberancial, como en otros dos casos de Raymond que relataremos mas adelante.

Este autor, dice no conocer otro ejemplo de hemianestesia cruzada, en el cual a la autopsia se haya demostrado la existencia de una lesión exclusivamente bulbar, o que vi- viendo el enfermo, no estuviera la hemianestesia asociada a otros síntomas en relacion con la parálisis de uno de los núcleos grises o manojos de sustancia blanca, situados en la protuberancia.

En otro caso publicado por Vieden, se trataba de una hemianestesia alterna dolorosa (lado derecho de la cara, lado izquierdo del tronco) acompañada de una parálisis motriz alterna, que interesaba el facial a la derecha i los miembros a la izquierda. Mas tarde, tambien se afectó el hipogloso.

En la autopsia se constató la existencia de un gliosarcoma de la protuberancia i de la parte adyacente del bulbo, que tomaba la mitad derecha de estas partes en mayor estension que la mitad izquierda. Además, hacía afuera de la pirámide derecha, en la vecindad inmediata de la protuberancia, hacian eminencia dos rodetes gelatinosos del tamaño de la mitad de un guisante.

Existe otra observacion de Oppenheim mui análoga a la precedente. Se trata de una hemianestesia alterna, (rama superior del trijémino a la izquierda, mitad derecha del tronco) acompañada de una parálisis alterna motriz, que interesaba algunas ramas del facial a la izquierda, i a la derecha los miembros i la rama inferior del facial. En la autopsia, se encontró un tubérculo, a caballo sobre las dos mitades de la protuberancia, que invadia la mitad izquierda de esta rejion, más que la mitad derecha.



Bristowe ha publicado un caso de parálisis alterna de la motilidad i sensibilidad, dispuesta de la siguiente manera:

A la derecha, anestesia de la cara con parálisis de los masticadores.

A la izquierda, hemianestesia de los miembros i del tronco acompañada de hemiplejia motriz.

El enfermo presentaba tambien desviacion conjugada de los dos ojos hácia la izquierda, zumbidos de oídos, sorde-ra completa i cierta molestia en la deglucion, que estaba en relacion con una parálisis del velo del paladar.

Bristowe diagnosticó una afeccion de la mitad derecha de la protuberancia.

Mas tarde, el enfermo fué acometido de una hemiplejia parcial i parálisis facial del lado derecho. Le fué imposible el movimiento de los ojos en sentido horizontal. Habiendo muerto el enfermo, se encontró en la autopsia del cadáver, un tubérculo de reciente formacion situado en el puente de Varolio i un foco enquistado antiguo que se habia hecho latente i que ocupaba el cerebello.

Un autor aleman Moelli, ha publicado otra observacion de un enfermo afectado de parálisis alterna. Se trataba de un hombre de 32 años, sometido precedentemente a varias curas mercuriales, que fué súbitamente acometido de una debilidad en el lado izquierdo, con diplopia, pero sin pérdida de conocimiento. Esta hemiparesia se habia disipado dejando a su continuacion, una sensacion de frio i pesantez en el miembro superior izquierdo.

Despues de examinar el caso, se constató a la derecha, una lijera parálisis del abducens con indicios de parálisis del facial inferior. La fuerza muscular se conservaba intacta en el lado izquierdo. Al ejecutar los movimintos de prehension se notaba cierta incertidumbre i temblor. El lado izquierdo comprendida la cara, era sitio de una analjesia pronunciada, con sensacion de parestesia en el brazo de ese



mismo lado. La marcha del enfermo era bastante incierta. El enfermo murió despues de haber estado en observacion durante un periodo de cuatro años i medio. En suma, se trataba de una hemianestesia de todo un lado, pero es importante conocer el examen histológico que se hizo en este caso. En él se reveló, la existencia de un foco principal en el tercio superior de la protuberancia. Este foco, partia de un punto situado inmediatamente atras de los tubérculos cuadrijéminos.

La sustancia reticular estaba mui alterada en su mitad externa. Estaban tambien comprendidos en el limite del foco, el núcleo del trijémino i las fibras que viniendo del lado opuesto pasan vecinas a este núcleo. Despues se descubria una zona de isquemia bien neta en el centro de la cinta de Reil i en el tubérculo cuadrijémino anterior. Descendiendo hácia la médula, se reconocian otras dos zonas parecidas en el seno de las cuales, se hallaban dejenradas un gran número de fibras nerviosas. Una de ellas, se estendia desde el núcleo del facial, hasta el borde de la cinta de Reil i cuerpo trapezoide atravesando la raiz del abducens. La otra zona tenia una situacion látero dorsal; partia de la raiz del facial, para remontar hasta el núcleo de Deiters i hasta la capa superior del pedúnculo cerebeloso; ella estaba sembrada de pequeños focos hemorrájicos.

Moelli puso su observacion en paralelo con otras, publicadas precedentemente, que se referian a casos de lesiones en foco de la protuberancia, que durante la vida del enfermo, se habia examinado la sensibilidad con toda atencion.

El autor llegó a la siguiente conclusion:

«En todos los casos en que la lesion respetaba la cinta de Reil i la parte ventral de la formacion reticular, la sensibilidad se hallaba intacta; por el contrario, se han constatado perturbaciones de la sensibilidad, en todos los ca-



sos en que la cinta de Reil i la porcion ventral de la formacion reticular estaban afectadas por el foco.»

El último de los casos citados por Raymond, es una observacion publicada por el profesor Golly de Berlin. Se refiere este caso, a una jóven que dos años ántes de su muerte, habia estado afectada de una parálisis facial derecha, que ofrecia todos los caracteres de las parálisis periféricas. Un poco mas tarde, esta jóven habia tenido un súbito ataque de vértigo, complicado de vómitos i disfagia. Al cabo de algunos dias pasó este estado, pero la parálisis persistia.

Después de cierto tiempo se reprodujeron los mismos accidentes, acompañados de debilidad de la vista. La enferma entró entónces al hospital de la Caridad de Berlin.

En esta época, presentaba una parálisis facial completa, de forma mediana, ademas de una parálisis del abducens a la izquierda i del recto interno a la derecha. Las reacciones pupilares se hallaban normales, lo mismo que el fondo del ojo. Mas tarde sobrevino una molestia en los masticadores a la izquierda, que perturbó la alimentación de la enferma. Ademas, la mitad izquierda de la cara era sitio de una hiperestesia bien neta. La lengua estaba un poco desviada a la izquierda. La articulacion de las palabras era posible. Todavía no se declaraba ni parálisis motriz, ni ataxia, ni anestesia en los miembros.

A continuacion los miembros del lado derecho fueron invadidos por una paresia motriz que se acompañó de una hipoestesia mui pronunciada.

La enferma murió de pneumonia. En la autopsia se constató la existencia de un tumor, que hacia eminencia sobre el piso del cuarto ventrículo, hasta el calamus scriptorius. Practicando cortes en series, después de prévio endurecimiento, se pudo constatar, que por su estremidad espinal se dirijia el tumor hácia las partes superiores de los núcleos del hipogloso i del vago, mas arriba habia



destruido los núcleos del abducens, del facial i del trijémino. El núcleo del IV par estaba rechazado sin estar destruido. La cinta de Reil i la formacion reticular, estaban casi completamente desorganizadas. Esta desorganizacion de la cinta de Reil, era sin duda la causa de las perturbaciones de la sensibilidad constatadas a la derecha.

Fuera de estos casos en que la autopsia ha confirmado que el síndrome es debido a una lesion orgánica, existen otras dos observaciones muy bien estudiadas por el profesor Raymond i que relataré sucintamente.

El primer caso, concierne a una mujer de 37 años. Su profesion es comerciante. Su padre muerto a los 69 años de fluxion de pecho. Tiene dos hermanos sanos. Los antecedentes personales son las siguientes: no recuerda la enferma haber tenido afeccion grave alguna en su infancia. Su primera regla vino a los 15 años. Desde entónces ha menstruado bien. A los 20 años tiene erisipela de la cara i guarda cama durante 50 dias. Dos años despues entra al hospital con tifoidea. Cuenta que mientras fué tratada en el hospital, fué presa de delirio i que en el curso de la fiebre tifoidea fué atacada de una pleuresia. Salió del hospital despues de tres meses.

Durante toda su vida, aun durante su infancia, ha sido la enferma víctima de ahogos, que se producian al menor esfuerzo muscular; ha tenido igualmente algunas hemoptisis. Examinada tres años atras por el profesor Potain, le diagnosticó una insuficiencia mitral i le prescribió el tratamiento que esta afeccion reclama. Hace un año, tuvo varias hemoptisis en relacion con un ataque de congestion pulmonar.

Diez i nueve meses atras, la enferma habia contraído matrimonio. Tuvo un niño bien constituido que murió al mes de una erisipela. Despues quedó bien, sin tener accidente alguno que pudiera hacer pensar en una infeccion puerperal. Sin embargo, el segundo dia fué presa de acci-



dentos, pero a los cuales no se les podria atribuir semejante etiolojia. Esperimentó un intenso ataque de vértigo hasta el punto de imaginar que el techo daba vueltas sobre su cabeza i de estar a punto de caer a un precipicio. Al mismo tiempo tuvo deseos de vomitar i arrojó durante 5 a 10 minutos cierta cantidad de materias viscosas; en fin tambien se perturbó la vista. Sin embargo la enferma no perdió el conocimiento. Despues de este acceso sintió gran laxitud. La noche siguiente, esperimentó en el hombro izquierdo un vivo dolor, que se quitó para volver dia por medio. Ademas decia no sentir su pierna derecha en el lecho. Sentia tambien dormido el brazo derecho, pero mucho menos que la pierna. Por otra parte, la enferma movia bien sus miembros entorpecidos; habia pues, pérdida del sentido sin parálisis motriz. La enferma tenia tan perturbada la vision, que no distinguia lo que comia; tenia como un velodelante de sí, sobre todo a la izquierda. Se pudo notar entónces, que a este mismo lado estaban desviados hácia afuera sus rasgos i el ojo, excepto la boca; ademas su piel estaba insensible en el lado izquierdo de la cara. Algunos dias mas tarde, en el momento de levantarse por la primera vez despues de su parto, tuvo la enferma un nuevo ataque parecido al primero, pero ménos violento i de menor duracion. Esta vez participó tambien la boca de la desviacion de la cara, la cual se desvió a la derecha, lo que indica una parálisis del lado izquierdo de la cara. Hasta la tarde, tuvo la enferma un continuo derrame de saliva, que la obligó a tapar su boca con un pañuelo. Ademas los movimientos de la lengua se hallaban perturbados; la enferma tartamudeaba al hablar, pero la deglucion de los alimentos sólidos o líquidos se hacia sin dificultad.

Los dias siguientes, continuó la enferma en pié; su pierna derecha era manifiestamente mas débil que la izquierda. Para poder andar se veia obligada a buscar un apoyo, tanto por la debilidad de su pierna derecha, como



por su estado vertiginoso. Todo el lado derecho estaba privado del sentido. La fuerza muscular no estaba disminuida en el brazo derecho. La perturbacion de la vista persistia. A la izquierda el párpado superior estaba caido i el ojo desviado hácia afuera.

Quince dias despues de su parto, la enferma volvió al hospital donde estuvo cinco semanas; durante este tiempo se le examinó su lengua i se constató la conservacion del gusto, así como una disminucion de la sensibilidad en el lado izquierdo de la cara.

Sin embargo, las perturbaciones visuales se han ido amenguando progresivamente. La vista se ha restablecido i el parpado está ménos caido. Aun el estado vertiginoso se disipó. La enferma llegó a poder andar sin apoyo.

La enferma fué examinada diez dias despues de su ataque i se constató lo siguiente: A la izquierda habia hemianestesia facial, que no pasaba mas allá de la sutura frontal i que era pronunciada sobre todo al nivel de una placa de eritema, que tenia la enferma en el lado izquierdo de la frente. La insensibilidad llegaba hasta la conjuntiva izquierda i hasta la mitad del velo del paladar i de la lengua. Por fin, en los miembros i en el tronco a la derecha, se constató la existencia de una hemianestesia parcial, con disociacion de la sensibilidad, es decir, que la sensibilidad al tacto estaba conservada, al paso que la sensibilidad al dolor i a las impresiones de temperatura no existia. Por parte de los órganos de los sentidos, se habia notado lijera ptosis a la izquierda, desigualdad de dilatacion de las pupilas, (estando mas dilatada la pupila derecha), nistagmus del ojo izquierdo, apreciable sobre todo cuando el recto interno se contraia. Este músculo parecia estar un tanto parético; segun la enferma decia, habia visto nublado por momentos. La existencia de su afeccion cardíaca fué reconocida en esa misma época.

Seis meses despues de este exámen, la enferma entró



al servicio del profesor Raymond. La víspera, habia tenido una epistaxis de media hora de duracion. Desde entónces le parecia que veia ménos bien. El resultado de su exámen fué el siguiente:

La inteligencia normal, espresándose la enferma correctamente. Se constató la existencia de una lijera ptosis a la izquierda. Los movimientos oculares se ejecutaban bien en todos sentidos; no existian trazas de oftalmoplejia esterna o interna. Al decir de la enferma, no se derramaban lágrimas por su ojo izquierdo cuando lloraba. Por el contrario, la salida de mucus nasal efectuada por las ventanillas, era igualmente abundante en ámbos lados.

Parálisis facial, no habia. Ejecutaba movimientos en la cara como una persona cuyos músculos i nervios funcionan normalmente. Sacaba la lengua sin dificultad; al examinar este órgano, venia la sospecha de un principio de atrofia de la mitad izquierda. La enferma se daba cuenta de no poder beber tan fácilmente como ántes. Le era imposible el tragar de una vez, el contenido de un vaso a consecuencia de una sensacion de ahogo, que sentia en la garganta i que la obligaba a hacer varias pausas.

En los miembros superiores, habia lijera disminucion de las fuerzas a la derecha, sin la menor apariencia de atrofia. Por otra parte, el miembro superior derecho jamas se afectó de importancia funcional. En los miembros inferiores sucedia mas o ménos lo mismo: la fuerza muscular disminuida a la derecha, la cual segun la enferma, habia sido mas pronunciada antes. Los dos miembros inferiores tenian el mismo volúmen. La enferma marchaba sin dificultad i sin trepidar. A lo mas, arrastraba un tanto la pierna cuando marchaba algo lijero.

Todo esto, en cuanto a las perturbaciones motoras. El exámen de la sensibilidad dió lo siguiente:

Por lo que toca a la sensibilidad subjetiva, la enferma acusaba algunos dolores en la pierna derecha, que se acrecentaban con la marcha, i hormigueos en el pié derecho.



Las perturbaciones de la sensibilidad objetiva eran características, pues se constató la existencia de una hemianestesia cruzada, que afectaba el lado izquierdo de la cara i el tronco i miembros del lado opuesto. Esta anestesia solo afectaba la sensibilidad táctil en mui pequeña proporción, al paso que la sensibilidad al dolor i a las impresiones de temperatura, estaban completamente abolidas en toda la rejion anestesiada.

Este caso es considerado por el profesor Raymond como mui interesante, a causa de lo preciso de su espresion clínica, i de su rareza.

Entra en seguida, Raymond, a discutir la cuestion etiológica del caso.

La enferma, dice él, es una cardíaca. Ha tenido dos ictus apoplécticos. A consecuencia de estos ictus, ha presentado conjuntamente dos órdenes de manifestaciones patológicas superpuestas.

Parálisis alterna-motriz (síndrome de Weber), de que apenas conserva algunos rasgos perceptibles.

Parálisis alterna de la sensibilidad mui acentuada i que persiste casi íntegramente.

Ahora bien, la parálisis alterna implica lesion bulbo o pedúnculo-protuberancial en foco; haciendo una salvedad, para el caso de una posible intervencion de la histeria.

La lesion protuberancial en foco i de principio brusco i bajo la forma de ictus, quiere decir hemorragia o embolia.

En presencia de una situacion tan neta, dice el autor, se puede seguir el encadenamiento de los accidentes que se han desarrollado en la enferma. En su cualidad de cardíaca i sobre todo en razon de la naturaleza de la cardiopatia (afeccion mitral), estaba ella amenazada de una embolia. Segun parece, esta amenaza se realizó dos veces. Ahora, imaginando que el coágulo obturador se haya detenido en una arteria de la rejion protuberancial, de lo cual haya resultado una isquemia local, que hubiera traído



las supresiones funcionales que corresponden a los síntomas observados en la enferma, todo se explica.

En seguida elimina Raymond, la intervencion posible de la histeria en la produccion del sindroma, fundándose en que la enferma en cuestion, no ha tenido jamas ataques convulsivos ni otras crisis nerviosas. No presenta tampoco, ninguno de los estigmas de la histeria. No es por consiguiente una histérica.

Esplica despues el autor la cuestion de localizacion, es decir, el sitio que debe ocupar el foco de isquemia en el mesocéfalo para dar la clave de las perturbaciones funcionales, transitorias las unas, mas durables las otras, que se han observado en la enferma.

Como se ha visto, por la explicacion anatómica del sindroma de hemianestesia alterna, la lesion presentada por esta enferma, debe estar en un foco situado en la rejion superior i dorsal de la mitad izquierda de la protuberancia. El foco envuelve en su área, la cinta de Reil, i las raices irradiantes del trijémino, agrupadas en manojos, que son las raices ascendente i descendente.

Se explica en seguida, el autor, los accidentes presentados por la enferma, de la siguiente manera.

La enferma, dice él, es una cardíaca, afectada de insuficiencia mitral. Ha tenido dos ictus apoplécticos, que segun él son evidentemente debidos a una embolia cerebral por obstruccion de una arteria del encéfalo por pequeños coágulos de sangre, con lo cual se suprime la irrigacion, sanguínea en un territorio circunscrito dependiente de la arteria obstruida. Se formará un foco de isquemia local; luego vendrá la necrobiosis de los elementos anatómicos, en el territorio privado de sangre arterial; al foco isquémico habrá sucedido un foco de reblandecimiento. Los elementos anatómicos comprendidos en la estension de este foco, serán afectados de una supresion completa i durable de su actividad funcional. En la vecindad de la zona



de isquemia total se establecerá una zona de isquemia relativa. Gracias a la intervencion de la circulacion colateral, esta isquemia solo será transitoria. En el territorio que ocupe, los elementos anatómicos sufrirán en su nutricion, pero esta distrofia no llegará hasta la necrobiosis. Sufrirán una suspension transitoria en sus funciones mientras dure la perturbacion vascular que la determina. En la enferma esta supresion funcional incompleta, se ha traducido en primer lugar por paresia motriz de los miembros del lado derecho que ha ido disminuyendo; en segundo lugar por una parálisis del elevador del párpado superior i por último, por una paresia fugaz del facial inferior i del hipogloso.

Explica despues la anatomia topográfica de esta parálisis alterna motriz transitoria, debida a una lesion reparable por isquemia relativa de una rejion vecina al foco principal. Estando la lesion situada en el límite superior de la mitad izquierda de la protuberancia, en el punto en que esta se continúa con los pedúnculos cerebrales i ocupando el presunto foco una situacion mas lateral que mediana i mas dorsal que ventral, deberá englobar la cinta de Reil, la raiz ascendente i descendente del V par (o una sola de las dos) en esta mitad de la protuberancia; habrá tambien de ocupar la porcion de esta última, que se continúa inmediatamente con el piso superior del pedúnculo cerebral izquierdo. Ahora bien, la zona de isquemia relativa deberá comprender la parte adyacente de esta misma rejion protuberancial i peduncular o en otros términos, el piso inferior. En este punto, existen tres bandeletas de fibras nerviosas yuxtapuestas, dos de las cuales, son interesantes de conocer en este caso. La *bandeleta media*, que ocupa las tres quintas partes, mas o ménos, del citado piso inferior, comprende las fibras piramidales motoras, que se van a cruzar en el bulbo para ganar la columna anterior de la mitad opuesta de la médula. La *bandeleta interna* llamada tambien haz jeniculado; comprende las



fibras cortico-bulbares del hipogloso, del facial inferior i de la rama motora del trijémino. Estas fibras verifican su cruzamiento a un nivel mucho mas elevado que las fibras piramidales.

Ahora bien, repercutiendo la lesion principal sobre esta rejion del cerebro posterior, lugar de pasaje de las mencionadas bandeletas, se esplicarian, la paresia facial, el embarazo en la palabra, la tartamudéz que se han constatado en esta enferma despues del segundo ictus apopléctico, a título meramente transitorio, lo mismo que la paresia motriz incompleta del lado derecho, de la cual existen todavia restos.

Despues esplica como una embolia formada en las arterias de la rejion encefálica ya mencionada, puede producir los desórdenes observados en la enferma. Suponed, dice él, que un pequeño coágulo de sangre, sea proyectado en la arteria basilar; que se introduzca despues en una de las ramas cerebelosas, para detenerse en una arteria protuberancial lateral de la parte superior de la protuberancia. El coágulo podrá remontar bastante arriba, para no obstruir la porción del vaso, que irriga el tercio inferior de la protuberancia. La suspension circulatoria no será pues, completa, sino en el tercio superior, en la rejion atravesada por las fibras sensitivas. El foco de isquemia i de necrobiosis que toma nacimiento en esta rejion, podrá repercutir sobre la rejion vecina atravesada por fibras motoras, de la manera que ya se ha dicho.

El segundo caso de Raymond, se refiere a un hombre de 43 años de edad, de oficio mecánico.

Es un enfermo que ha sufrido varios ataques de vértigo. El primero fué el 94 en setiembre, mientras se paseaba por el jardin vió nublado repentinamente. Los dias siguientes, sintió dolores al nivel de las inserciones del diafragma i en la mitad izquierda del torax, dolores que se exasperaban con los movimientos.



El 30 de setiembre siguiente, el enfermo fué presa de vértigos, que le obligaron a inclinarse sobre el lado derecho, sin perder el conocimiento i conservando el uso de sus miembros. Despues sintió como una sensacion de fluido, que recorria de abajo arriba la mitad izquierda de la cara. Se puso en seguida a vomitar. Luego despues, notó que sus dos miembros derechos estaban adormecidos. Guardó cama durante tres o cuatro dias. En esta época, sus ojos tenian tendencia a desviarse hácia la izquierda, el párpado izquierdo caido, recubria casi completamente el globo ocular. El enfermo no podia beber, sino aspirando con un tubo. Una vez levantado, notó que mantenía sus pies mui separados. En esa época, se constató la existencia de una analjesia completa de la mitad derecha del cuerpo i mitad izquierda de la cara; la sensibilidad táctil estaba conservada en estas partes; las impresiones de temperatura estaban parcialmente abolidas. El enfermo veía nublado.

Un poco mas tarde, estuvo sujeto a ataques de vértigo, que terminaban por una caída la cual siempre tenia lugar, sobre el lado derecho, sin pérdida de conocimiento. A veces, estos ataques venian cinco veces en un mismo dia.

En enero del 95, despues de cierto malestar, el enfermo espermentó de nuevo, la misma sensacion de fluido que le atravesara la mitad izquierda de la cara. Despues tuvo un intenso vértigo i vómitos abundantes. Algunos dias mas tarde, perdió los movimientos en el lado izquierdo de la cara i en el brazo i pierna del mismo lado; tambien espermentó gran dificultad para mover la lengua. En este lado se conservaba la sensibilidad.

Al cabo de algunos dias, se restableció la motilidad. Analizadas las orinas, en esta época, se encontró en ellas gran cantidad de azúcar, pero no albúmina.

Durante el año siguiente, el estado del enfermo fué satisfactorio; su vista se mejoró. De tiempo en tiempo, fué víctima de accesos de vértigo, acompañados de sensacion de



plenitud en la cabeza. Fuera de esto, seis o siete meses antes de ingresar al hospital, tuvo en el hombro izquierdo dolores bastante vivos, que se irradiaban hasta las extremidades de los dedos; al cabo de cinco días, se atenuaron mucho estos dolores. Por fin, el enfermo ha experimentado un poco de sobrecitación del sentido jenesico.

Cuando se hizo el exámen del enfermo, su estado era el siguiente:

La intelijencia i memoria intactas. El enfermo está mui impresionable. Su lado derecho está analjésico al nivel del tronco, cuello i miembros, lo mismo que el lado izquierdo de la cara, donde la analjesia está limitada al dominio de inervacion de la rama oftálmica del trijémino. La analjesia se acompaña de un entorpecimiento i perversion de la sensibilidad térmica. La sensibilidad táctil está conservada en todas partes. El testículo derecho está insensible, aun haciendo una profunda presion.

No existe parálisis motriz. Haciendo marchar al enfermo, se observa que mantiene sus piés mui separados. De pié, se mantiene firme aun en la oscuridad. Esperimenta cierta dificultad al ejecutar rápidamente un movimiento de media vuelta. Los reflejos patelares están bien conservados; el reflejo plantar está debilitado en ambos lados.

Existe un poco de ptosis a la izquierda i algo de nistagmus transversal; el reflejo conjuntival está abolido a la izquierda.

El síndrome que presenta este enfermo, se puede expresar así: anestesia disociada de disposicion alterna, que res-peta la sensibilidad táctil, limitandose la anestesia, al dominio de inervacion de la rama oftálmica del trijémino, en la mitad izquierda de la cara. A este hemianestesia alterna, se asocia una lijera ptosis del ojo izquierdo i algo de nistagmus lateral.

En vista del síndrome presentado por el enfermo, se trata nuevamente, dice el autor, de una afeccion protuberancial circunscrita.



Respecto a la naturaleza de la lesión, se basa para diagnosticarla, en la evolución de la enfermedad. Se ha visto que esta principió de una manera brusca, como sucedió en el caso anteriormente descrito. El enfermo se percibió de un día a otro de su hemianestesia alterna, después de un ataque de vértigo. Se trata de una lesión de desarrollo brusco, que podría hacer creer en una hemorragia u obstrucción vascular por embolia o trombosis. El autor rechaza estas hipótesis, fundándose en primer lugar, en que el enfermo no es cardíaco como sucedía en el caso anterior; luego no hay razón, para pensar en una embolia. El enfermo no es alcohólico ni sifilítico, ni da muestras de aterosclerosis la palpación de sus arterias, lo que elimina la idea de hemorragia o trombosis.

Por otra parte, los ictus presentados por el enfermo, han sido solo amagos de ictus, bajo forma de accesos de vértigo, que se han repetido varias veces. Si se hubiera tratado de hemorragias u obstrucciones arteriales, sin duda se habría observado a continuación una sintomatología mucho más compleja i menos uniforme en su marcha, que la que se ha constatado en este enfermo. Se encuentra en él, una evolución mórbida siempre parecida a sí misma, tanto en sus manifestaciones durables como en las paroxísticas. Además, el enfermo ha tenido caídas, que siempre toman lugar sobre el lado derecho, sin perder el conocimiento; ha sufrido obnubilación de la vista i vómitos sin esfuerzo. Después glicosuria pronunciada; desviación conjugada de los ojos a la izquierda, ptosis i nistagmus transversal. Toda esta sintomatología, comprendiendo la manera de evolucionar, dice Raymond, se ve en los casos de tumor cerebral.

Respecto al sitio del tumor, debe afectar, según el autor, las siguientes regiones:

Para que se produzca el vértigo con caída sobre el lado derecho, la lesión debe comprimir el pedúnculo cerebeloso medio superior; en favor de esta concepción habla el nistagmus transversal.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



La glicosuria observada, se explica admitiendo que la lesion protuberancial, ha obrado irritando el centro cuya picadura produce la glicosuria experimental.

En fin, de que este hombre haya presentado desde el principio de su enfermedad, caída del párpado superior del lado izquierdo, forzoso es concluir, que la lesion debe interesar el centro de inervacion del elevador del párpado superior del ojo izquierdo, o el filete, que partiendo de este centro, va a concurrir a formar el tronco del motor ocular comun.

Por los conocimientos de anatomia topográfica ya adquiridos, se puede ver, que un tumor de la mitad izquierda del mesocéfalo, puede satisfacer a las diferentes condiciones ya enunciadas.

Echando una ojeada sobre la figura, incerta al principio de este trabajo, que representa un corte de la protuberancia al nivel de su estremidad superior, será facil concebir que un mismo foco, obre a la vez sobre la capa lateral de fibras sensitivas, sobre la porcion exterior de las raices ascendente i descendente del trijémino, que encierra las fibras del nervio oftálmico, i por fin, sobre el pedúnculo cerebeloso superior. Ademas al nivel de este corte, está comprendida una seccion del acueducto de Sylvius, bajo el cual, se encuentran escalonados los núcleos de origen del tercer par, de donde parten manojos de fibras destinados a los músculos del ojo inervados por el motor ocular comun.—Imajinando una lesion, que realice las condiciones topográficas ya dichas, i que esté comprendida en la mitad izquierda de la rejion superior de la protuberancia, deberá ocasionar una parálisis de los filetes nerviosos, destinados al elevador del párpado superior del mismo lado. Podria suceder, que fueran tambien irritados los filetes destinados a los músculos rectos internos i así se explica el nistagmus transversal, observado en el enfermo.



Todas estas observaciones pasadas en revista, nos dan una idea, de las condiciones clínicas en que el síndrome de hemianestesia alterna se puede producir. Ellas nos han demostrado i algunas comprobado por medio de autopsias, que el síndrome dependia de una lesion orgánica del encefalo. Vemos que en ninguna de ellas, aparece la histeria como causante del síndrome.

A propósito de esto, el profesor Raymond en la primera de sus observaciones, citadas en este trabajo, dice, al eliminar la histeria como factor etiológico: «He de añadir que, si la anestesia de origen histérico, se presenta frecuentemente, fuera de la hemianestesia, i que si por otra parte, la existencia de parálisis alternas de origen histérico es innegable, *no sé que se haya publicado hasta aquí, un solo ejemplo de hemianestesia histérica de forma alterna.*

Al tocar el mismo punto, en el segundo de los casos que hemos citado, dice lo siguiente, despues de haber eliminado la histeria: «En consecuencia, una vez separada la intervencion de la histeria, *auunque no fuera sino por la disposicion cruzada, alterna, que presenta la hemianestesia en la cara i en el resto del cuerpo,* la hipótesis de una afeccion protuberancial circunscrita, se impone al espíritu del que conoce i considera en su conjunto, el trayecto de las vias sensitivas en los centros nerviosos.» Con esto, el profesor Raymond, da a entender, que la disposicion cruzada de la hemianestesia, bastaria para apartar la histeria como causa del síndrome.

Se vé pues, que hasta aquí se ha creido que la histeria no intervenia para nada, en la produccion de los fenómenos.

Vamos a tratar de probar lo contrario, con la esposicion del caso observado en nuestra clinica nerviosa.

Se refiere a la señora N. N. de 20 años de edad, casada, natural de San Felipe.

Sus antecedentes hereditarios son los siguientes: su padre es cardíaco; ha tenido nueve hermanos, uno murió de



fiebre, dos de ellos han sufrido de otitis supuradas, otros padecen de jaquecas constantes; una de sus hermanas sufre de ataques nerviosos.

En cuanto a los antecedentes personales, el año 1888 contrajo la pústula maligna en el párpado superior i al nivel del ángulo interno del ojo derecho. El 98 tuvo escarlatina. En 1894 se queja de jaquecas frecuentes, con cefalalgias que cambian de lado i se acompañan de dolores en la vista. El 95 contrajo matrimonio. Cuatro o cinco meses despues, se queja de cefalalgias i dolores en los miembros inferiores. El 96 estos dolores, se acompañan de vision doble. Estos dolores, son mas frecuentes en el verano, i aumentan de intensidad en la noche. En este mismo año, comienza a sufrir de ataques nerviosos, que principian por la sensacion de bolo en la rejion ovárica; esta sensacion asciende hasta comprimir la garganta. Durante el ataque, la enferma pierde algunas veces el conocimiento i delira. El ataque dura una hora i termina con crisis de llanto; despues la enferma siente decaimiento i gran cansancio. Se presentan los ataques con bastante frecuencia i son causados por impresiones morales vivas. La enferma padece de insomnios i pesadillas. Su memoria es mala. Sufre de intensas gastralgias i malestar jeneral. Su carácter se ha hecho triste.

Esto es, por lo que se refiere al estado de la enferma, ántes de entrar al servicio de clínica nerviosa.

El exámen que se hizo en esta clínica, de la enferma, demostró lo siguiente:

A la inspeccion, el párpado del ojo izquierdo está lijeramente caido, la ceja del mismo algo levantada. Hai un poco de nistagmus; el recto esterno en el ojo izquierdo, está un tanto parético.

Sensibilidad jeneral: en el miembro superior izquierdo, el brazo está normal. En el antebrazo i mano hai anestesia en forma de guante. En el miembro superior derecho, la sensibilidad al tacto está normal, al paso que, en el an-



ebrazo existe tambien la anestesia dispuesta en forma de guante; en el dorso de la mano hai tambien anestesia.

La sensibilidad dolorosa, está alterada en forma alterna, de la siguiente manera: hai disminucion de esta sensibilidad, en el lado izquierdo de la cara i en la mitad del cuerpo del lado opuesto.

La sensibilidad táctil, está normal en la cara, con excepcion del menton, i por encima del ojo derecho.

Con respecto a la motilidad, se nota un temblor en la lengua i en los dedos. La enferma, ha percibido cierta dificultad al tragar líquidos. Los reflejos conjuntivales están disminuidos.

La fuerza muscular mide en el lado derecho, 13; i en el izquierdo 10.

Por lo que se refiere a la sensibilidad especial, se constata que el olfato, gusto i oido, están disminuidos en el lado derecho.

Como se vé, esta enferma, realiza el síndrome que estamos estudiando, de una manera exacta. En ella hemos constatado ptosis del párpado izquierdo, perturbaciones en la deglucion i por último una hemianestesia cruzada, que afecta el lado izquierdo de la cara i el cuerpo del lado opuesto.

Ahora bien, ¿cuál es la causa que ha producido el síndrome, en nuestra enferma? veremos que ella no es una lesion orgánica. Efectivamente, se procedió a hacer a la enferma la aplicacion del iman i se constató en ella la existencia del curioso fenómeno del transfert, es decir, que las alteraciones presentadas se trasmitian al aplicar el iman, hácia el lado en que éste se colocaba. Siendo esta una manifestacion eminentemente histérica, nos autoriza para concluir, que los fenómenos eran en este caso, debidos a la histeria.

Entre las lesiones orgánicas que pudiera padecer nuestra enferma tenemos, como en el primero de los casos de Raymond aquí descritos, una embolia de las arterias pro-



tuberanciales. Pero, en el citado caso, la enferma como se recordará, era una cardíaca afectada de mitralismo i por consiguiente espuesta a las embolias. Ahora bien, el examen del corazón de nuestra enferma, no ha revelado ninguna lesión orgánica. Por lo demás, no ha tenido ataques de ictus apopléticos, ántes de manifestarse los síntomas actuales.

Respecto a la posibilidad de un tumor del encéfalo, vemos que la enferma no ha padecido de cefaleas exacerbadas despues de las comidas, de vértigos sin pérdida de conocimiento ni de aquella serie de fenómenos alternados i fugaces cuya evolución, hiciera pensar en un tumor intra-craneario, como en el segundo de los casos descritos por Raymond.

Podría tratarse, de una lesión tuberculosa, pero la enferma no da ningun antecedente para poder pensar en ella.

Nos queda todavía, por eliminar la sífilis. Entre los antecedentes personales i hereditarios de la enferma, hai algo, que nos hace sospechar que la enferma puede ser víctima de una lúes hereditaria. Para hacer el diagnóstico en este caso nos sirve el íman. Si se hubiera tratado de un goma lúético, por ejemplo, no habríamos presenciado el fenómeno del transfert.

Se ve, que no hai fundamento para pensar en este caso, en una lesión orgánica de los centros nerviosos.

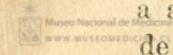
En cambio en la enferma hai manifestaciones bien claras de histeria. Como estigmas, tenemos las placas de anestesia en forma de guante en los dos antebrazos. Los sentidos especiales, olfato, gusto i oído están disminuidos en el lado derecho. Además de esto, la enferma ha tenido ataques de histeria. Pero la razón culminante para admitir como causa de los fenómenos a esta última afección, nos la da, como ya hemos dicho, la aplicación del íman.

Podemos pues, llegar a la conclusión de que el sín-



droma de hemianestesia alterna, puede ser causado, fuera de las lesiones orgánicas, por la histeria.

Con esto vemos que la histeria viene a simular nuevamente, cuadros clínicos perfectamente delineados, perturbando así el criterio médico, dispuesto siempre a aceptar causas mas concretas , para explicar esta clase de fenómenos.



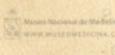
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

