

Octavio Benigno - 1882

Señores Miembros de la Co-
mision Examinadora.

38

Entre las observaciones clíni-
cas que me ha cabido la suerte
de recoger en mi práctica
médica, figuran algunas que con-
sidero de un especial interes
para la práctica cotidiana de
un facultativo. Me ha parecido
ademas que no careceria de impor-
tancia el someterlas a vuestra
lustrada consideracion en la for-
ma mas sencilla i clara en que
he podido recogerlas, desmenuadas de
todo comentario, i sin otro inte-
res que el deseo de fijar vuestra
atencion sobre las deducciones que se
derivan de su atento estudio.

Me refiero, Sr., a las leio-
nes cerebrales producidas por las

rupturas vasculares, o hemorragias en
el dominio de los cuerpos opto-estria-
dos, que sirven, por decirlo así, de fun-
damento al estudio de la hemorragia
cerebral, tanto en sus manifestaciones
inmediatas como en sus consecuencias
i resultados.

Esta enfermedad, bastante frecuen-
te, se presenta, como sabéis, de una
manera tan súbita i enveuelta en un
cortejo de síntomas tan alarmantes
que bien vale la pena, en mi con-
cepto de estudiarla en algunas de
sus principales formas, i muy espe-
cialmente en cuanto se relaciona con
los resultados estranos i graves que
ocurren para la existencia posterior
del enfermo, en los casos en que, sien-
do perfectamente localizada, es com-
patible con la prolongacion de la vida.
Entre los accidentes consecuen-

tivos que mas han llamado la aten-
cion de los observadores en los ulti-
mos tiempos, figuran la hemiparesis
tesia, la hemiparesis frost. hemipléji-
ca de Charcot o athetosis del pro-
fesor Hammond, i las esclerosis
ascendentes o descendentes, con re-
lacion al punto en que está situa-
da la lesion. De estos fenómenos
no es siempre fácil recoger observa-
ciones numerosas i detalladas. Por
esa razon habiendo tenido la oportu-
nidad de recoger algunas que se re-
lacionan con los accidentes aui-
va indicados, he considerado útil
presentarlas como una muestra
del anhelo que tengo de contribuir
en la medida de mis fuerzas, al
esclarecimiento de cuestiones que consi-
dero de grande interés científico.
No persigo otro objeto, ni tengo

otro interes que el dejar establecida la importancia que tiene, segun mi manera de ver, la localizacion exacta de un proceso hemorrájico, con relacion al pronóstico i a las consecuencias posibles para la vida del enfermo. Prever esos resultados es anticiparse hasta cierto punto, i hacer lo posible por cumplir el imperioso e ineludible deber que incumbe al facultativo en el tratamiento de afecciones que comienzan tan profundamente la organizacion, i que traen consecuencias tan decisivas para el porvenir de los enfermos.

La hemorragia cerebral, que se caracteriza de ordinario por fenómenos primitivos i secundarios que deben estar siempre presentes al espíritu, se verifica generalmente en un territorio cerebral mi-

reducido, i cuyo conocimiento exacto i detallado es absolutamente necesario recordar para darse cuenta de su sintomatología i de sus consecuencias.

Este departamento cerebral está dividido hacia afuera por un grupo de cuatro o cinco envoluciones denominadas Fusula de Beil o Cóbulos del cuerpo estriado. Se componen de tres labigues o cápsulas de sustancia blanca que envuelven los gruesos núcleos de sustancia gris.

El primer labigue o cápsula externa, denominado cápsula externa, contiene un pequeño tractus de sustancia gris llamado anterior.

Inmediatamente por dentro se encuentra el núcleo extra-ventricular del cuerpo estriado. Este núcleo, compuesto de varios segmentos, está separado del núcleo intra-ventricular.

del cuerpo estriado o núcleos caudiforme. Por una gruesa lamina de sustancia blanca denominada capsula interna, a la cual están adheridos los núcleos mencionados como los estiletes, desde una semilla a la plúmula i radicalcula correspondientes. Esta capsula tiene una importancia capital en el estudio de la hemorragia cerebral. A mas de los núcleos mencionados adheridos a sus paredes, como acabamos de decir, tiene una íntima relacion con la masa de sustancia gris denominada capa optica, adherente a dicha capsula por su cara interna. La capa optica sobresale en el ventriculo lateral.

El tercer tabique que circunscribe la region que describimos, está formado, en su parte interna, por la membrana ependimaria que tapiza

la cavidad ventricular, reforzada a su vez en una pequeña parte de su extensión, por la bandedeta óptica.

Es muy importante darse cuenta cabal i exacta de la disposición de la cápsula interna. Esta cápsula está constituida por fibras de los cordones laterales de la médula que, entrecruzados al nivel del cuello del bulbo i después de haber atravesado la protuberancia i contribuido a formar la crusta del pedículo cerebral, se unen a otras fibras con las que forman el tractus de sustancia blanca que sostiene los núcleos ventriculares. Las fibras de la cápsula interna caminando hacia arriba divergen a modo de abanico, i forman la corona radiante de Reid. Se terminan en las circunvoluciones cerebrales i sustancia gris cor

tical.

Es así como las partes periféricas del cerebro están íntimamente relacionadas con la médula espinal, si de un modo indirecto ^{por las} con ^{las fibras que se detienen en} los ganglios o núcleos ventriculares. Por último la parte anterior de la cápsula interna reúne las fibras nerviosas que sirven para la transmisión de los movimientos, mientras que la parte posterior contiene las que parecen destinadas a la sensibilidad. Entre estas últimas hay algunas que mezcladas con las primeras producen cuando están lesionadas los signos extraños de la hemiplejía. La lesión de las fibras anteriores ocasiona según estas consideraciones anatómicas, la hemiplejía; i la de las

bios, o recordaros, a lo ménos, sucintamente los principales vasos sanguíneos encargados de irrigar el territorio cerebral, objeto de mi descripción.

Comienzan esta región ramos de la Arteria Siloyia, cuya descripción exacta se debe a He. Duret, i que se denominan arterias estriadas. Estas arterias se dividen en internas i externas siendo las últimas las que ofrecen mayor interés. En efecto, desfilando en la superficie del núcleo extra-ventricular, se dividen en dos grupos: las lenticulo estriadas o grupo anterior, i las lenticulo-ópticas o grupo posterior. La Arteria lenticulo-estriada se introduce en el 3^{er} segmento del núcleo

- 11 -

extra-ventricular, atraviesa la cápsula interna, i se termina en el núcleo intraventricular del cuerpo estudiado: es la arteria a que con razon M. Charcot ha dado el nombre de "arteria de la hemorragia cerebral", tan frecuente es en ella su ruptura. Las lentículo-ópticas atraviesan tambien la parte posterior de la capsula interna haciendo camino hácia la capa óptica, i su ruptura trae la hemianestesia, asi como la ruptura de la arteria de Charcot determina la hemiplejia.

Al expresarme de esta manera, me refiero solamente a las hemorragias pequeñas que producen síntomas perfectamente localizados; i en modo alguno a

los grandes focos hemorrájicos que producen, como lo tuberculoso por que yo, perturbaciones graves en la localidad de las funciones cerebrales.

Hai que agregar todavía que semejantes rupturas son casi siempre el resultado de alteraciones, preparadas desde largo tiempo, i mas o menos profundas de las paredes arteriales, i en las que juega el principal papel la periarteritis difusa, o la lesión madre de los aneurismas miliares. No hai que olvidar tampoco que en algunas ocasiones se deben dichas rupturas a procesos ateromatosos de endarteritis, en los que la influencia hereditaria desempeña un conocido e interesante papel.

Después de esta breve descripción sobre la topografía de la región cerebral en que se presentan más comúnmente los fenómenos de la hemorragia, i después de haber descrito a la ligera el sitio preciso en que se producen i las causas que las preparan, me voy a permitir pase a hacer vos la descripción de los casos que he podido observar, con la localización del proceso i el estudio detallado de sus consecuencias. En esa descripción va envuelta la parte que considero más importante en el estudio de la atetosis o enfermedad de Hammond.



-14-

Observacion 11^a. Juan A. Gomez,
de 32 años de edad, buena constitucion,
temperamento sanguineo, buena salud anterior; de hábitos alcohólicos. Tuvo hace 3 años una ligera parálisis facial del lado izquierdo ocasionada por desajustes de régimen; después de repetidas libaciones alcohólicas. Fue asistido en el Hospital de San Juan de Dios, Clínica Interna del Dr. Schneider. Su afección fue calificada como parálisis de origen central, i remitida al uso prolongado del codo al interior. Salio de aquel establecimiento sin otros síntomas que dolores neurálgicos en el lado enfermo i una ligera ptosis. — Mejorado casi completamente trabajó dos años como inspector de carros urbanos, hasta que una noche después de

nuevos exeurs análogos a los que ha-
bían provocado el primer ataque, i
después de dos días de una cefalalgia
intensa i persistente, se le declaró
una hemiplejia completa del la-
do izquierdo con hemicanestesia del
mismo lado, i con ligeros fenómenos
convulsivos del lado derecho.

El enfermo fué sometido desde los
primeros momentos a un tratamiento
espoliativo energico: aplicación de can-
quiquelas en las apofisis mastoideas
purgantes drásticos repetidos, i un régimen
dietético sumo estricto. Ses a siete días
después se presentaron fenómenos fe-
biles bien marcados, acompañados
de contracturas dolorosas del lado
sano; por primera vez cayó el enfer-
mo en un estado de somnolencia,
i después de verdadero coma que per-
sistió durante varios días.

A pesar de la gravedad de la situación, el enfermo pudo salir airoso de su hemorragia cerebral. Los fenómenos conjetivos de las meninges y de las regiones vecinas al foco desaparecieron; la temperatura se hizo normal, quedando como única manifestación la parálisis del movimiento y de la sensibilidad del lado izquierdo del cuerpo.

Se diagnosticó en consecuencia una hemorragia en el cuerpo opto-estriado derecho, en el dominio de la arteria lenticulo-estriada, i compromiso o destrucción de una parte bastante extensa de la cápsula interna.

El pronóstico grave ya por los accidentes paralíticos, lo era más aún por los accidentes consecutivos que era de presumir se presentarían.

Fue sometido a un tratamiento

to alterante franco en que el principal agente fue el yoduro de potasio administrado en dosis de 2 a 3 gramos diarios, i sostenido hasta la produccion de fenómenos de yodismo. Con cortos intervalos de descanso i reemplazando a veces con yoduro de fierro yodurado al yoduro de potasio, se mantuvo este tratamiento por espacio de varios meses.

Pasado ese tiempo el enfermo comenzó a recobrar poco a poco los movimientos del lado paralizado, desapareciendo primero la hemianestesia, pero persistiendo siempre la parálisis facial. Poco despues se pronunció un estrabismo externo del ojo del lado enfermo.

Despues de algunos meses, i cuando el enfermo creia ya posible su

-18-

completo restablecimiento, notó con sorpresa que los dedos de su mano izquierda hacían movimientos lentos de extensión i de flexión independientes de la voluntad. Mas tarde a la vez que esos movimientos se hicieron desordenados se presentaban también contracturas persistentes de los dedos del pie, que hacían muy dificultosa la marcha. Además el miembro inferior izquierdo presentaba como el brazo, movimientos coreiformes o atáxicos que se presentaban con tanta mayor intensidad, cuanto mayor era la atención que el enfermo fijaba en dichos movimientos. Fue sometido por segunda vez al empleo de los preparados iódicos i de corrientes de faradización descendentes primero i ascendentes después, sin obtener otro resulta-

- 19 -

do que la disminucion de la amplitud de los movimientos atáxicos. La hemiparesia post-hemipléjica de M. Charcot estaba pues definitivamente constituida: los fenómenos propios de la athetosis de Hammond quedaban igualmente constituidos.

Observacion 2^a

Sra. M. A. de Mardóniz
de 34 años de edad, casada,
buena constitucion, salud anterior
constitucion pléjica. Ha tenido
seis partos i un aborto complicado
de con accidentes hemorrájicos graves.
En el 8^o embarazo i al 6^o mes,
después de una constipacion pertinaz
fue acometida súbitamente por una
hemiparesia del lado izquierdo, sin
hemianestesia i sin fenómenos apo

pleuriformes.

Asistido desde los primeros momentos por el Dr. Isaac Aguirre Gutierrez, médico tan inteligente como instruido, fue tratado con sangrías i purgantes cuá-
pico. Al 2.^o día del ataque presen-
tó fenómenos febriles bien inten-
sos llegando la temperatura ha-
ta 40 grados 5 décimas, con náu-
seas i vómitos constantes, convul-
siones frecuentes i contracturas tetá-
niformes del lado derecho del cuer-
po. Cualquiera estimulación en
la piel de dicho lado, aun el con-
tacto de la ropa, o el mas ligero
estímulo bastaba para provocarlas.
La pupila del lado derecho es-
taba en extremo dilatada, mien-
tras la izquierda se presentaba
fuertemente contraída, i ambos

ojos ejecutaban movimientos oscilatorios principalmente en sentido lateral.

Ante cuando la enferma tenía una tendencia irremediable a la somnolencia, conservaba sin embargo la plenitud de su inteligencia. Interrogándola, suministraba datos sobre las circunstancias que habían acompañado al accidente: se quejaba de una cefalalgia atroz circunscrita a la región fronto-parietal derecha, i de calambres en el lado derecho del cuerpo.

Se diagnosticó una hemorragia cerebral en el cuerpo opto-estriado derecho en el dominio de la arteria lenticulo óptica, de la bandaleta optica, i fuerte compresión o destrucción gruesa de la parte anterior de la capsula interna. Se es

tablició además un pronostico muy grave por la posibilidad de que el trasudato sanguíneo, frangiendo el tabique interno o cubierta ependimérica de la pared externa del ventrículo lateral, hiciese irrupción en dicho ventrículo ocasionando fenómenos rápidamente mortales; i esto sin contar con la posibilidad de que los fenómenos congestivos en la periferia del feto, pudiesen traer como resultado una encefalo-meningitis de fatales consecuencias. Se agregó todavía la inminencia del aborto por los fenómenos convulsivos que presentaba la paciente, i las peores consecuencias i complicaciones que se podrían derivar de semejante estado.

En efecto, el aborto ocurrió

pocas horas despues; i cuando los
fenómenos febriles se habian minu-
rado un tanto i las convulsiones se
habian apagado casi totalmente,
la enferma sucumbió de un modo
súbito en medio de un coma pro-
fundo acompañado de estremeci-
mientos generales de todo el cuer-
po. - Los temores de una irrup-
cion ventricular instantánea i
de una muerte súbita se habian
pues cumplido i verificado exa-
clamante.

Observacion 3^a

Ca de Oroyo Luedo

Despues del estudio atento
de estas tres observaciones, creo
que se puede llegar a las con-
clusiones siguientes:

1^o La Athetosis es un sín-
toma localizado en la parte an-

— 24 —

terior de la cápsula interna
distinta de las regiones cuya lesión
provoque la hemianestesia, la he-
miplejia i la hemiparesia post-he-
mipiléjica

2.º Es de grande importancia
para el pronóstico de las lesiones
consecutivas, i para poner a salvo
desde los primeros momentos la re-
putacion del médico, fijar con
exactitud desde el principio la
zona o territorio cerebral en que se
ha verificado la hemorragia.

3.º Las hemorragias de la cápsula
interna i del núcleo estria-ven-
tricular son curables hasta cierto
punto, aun cuando conducen
muy a menudo a la hemiparesia, a
la atetosis o a las esclerosis
cendentes o descendentes.

4.º Las hemorragias que tienen

- 25 -

lugar en el núcleo intraventricular o en la capa óptica envueltos el peligro inminente de una muerte súbita provocada por inundación ventricular.

He aquí, Sr. las deducciones útiles en mi concepto para la práctica, que creo se desprenden de este pequeño trabajo, en el cual he hecho lo posible por elevarlo a la altura de nuestra ilustración i competencia

Santiago Setiembre 17/882

Pedro Schepizger



Precauciónes que en este tra-
 tajo tenemos; que el tratamiento
 con mercurio es excelente; pues
 no trae ese estado de putrefacción
 que produce el mercurio, cuando
 se usa por algun tiempo.

2º que la naturaleza de la
 enfermedad exige el tratamiento
 titigento.

Ahora trataremos de per en que
 unos casos debe preferirse el
 mercurio; Nos parece que solo
 en aquellos individuos robustos
 bien constituidos, que por pri-
 mera vez se ven atacados
 de accidentes sifilíticos,

En los casos en que en apesar
 de haber agotado el mercurio
 la enfermedad persiste debe
 recurrirse inmediatamente
 al tratamiento indicado.