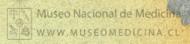
LEOPOLDO MOYA CAMUS

Museo Nacional de Medicina B www.museomepicina.ce



Museo Nacion Tumores del Cerebelo



Museo Nacional de Medicina N. B. WWW MUSEOM FOICINA CL

Museo Nacional de Medicina
Ma www.museomeoicina.cc

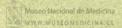
MEMORIA DE PRUEBA

Para optar al Grado de Licenciado en la Facultad de Medicina Museo Nacional de la Universidad de Chile

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Mused Nacional de Mauros







Museo Nacional de Medicina

SANTIAGO DE CHILE

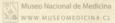
IMPRENTA UNIVERSITARIA

do s. a. Garcia Valenzuela

41 - BANDERA - 41

1903

LEOPOLDO MOYA CÁMUS

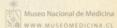




Museo Nacional de Trumores del Cerebelo







MEMORIA DE PRUEBA

Para optar al Grado de Licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia de la Universidad de Chile

WWW.MUSEOMEDICINA.CL







Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
www.museomedicina.cl

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA UNIVERSITARIA
de S. A. GARCIA VALENZUELA
41 - BANDERA - 41

1903



Museo Nacional de Medicina WWW.MUSEOMEDICINA.CL









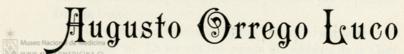
Museo Nacional de Medicina WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina WW.MUSEOMEDICINA.CL

Al Profesor de Clínica de Enfermedades Nerviosas



Museo Nacional de Medicina DOCTOR WWW.MUSEOMEDICINA.CL

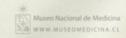




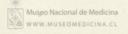
Museo Nacional de Medicina & WWW.MUSEOMEDICINA.CL

EL AUTOR.





Museo Nacional de Medicina WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL







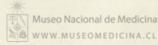


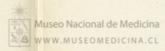


Al Profesor de Clinica de Enfermedades Nerviosas

Museo Nacional de Medicina WWW.MUSEOMEDICINA.CL

EL AUTOR





ADVERTENCIA

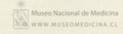
El presente estudio clínico está basado sobre descobserva-Medicina ciones, cuyos diagnósticos, confirmados en dos casos por la autopsia, fueron propuestos con toda precision por el profesor Orrego Luco.

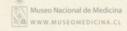
Dos de estas observaciones fueron recojidas i seguidas en su Museo Nacimarcha por mí. La tercera fué sacada del archivo de la Clínica Nerviosa.

Despues de haber hecho el estudio de cada una de ellas, he agregado unas cuantas palabras sobre el tratamiento de los tumores del cerebelo. No he creido oportuno sacar conclusiones, porque en un estudio de esta naturaleza se necesita poseer un número mayor de casos para que las conclusiones que pudie-

Museo Nacionan desprenderse fueran dignas de crédito.

Me es mui grato dar en esta ocasion mis agradecimientos WWW.MUSEOal doctor Duco, jefe de la Clínica de enfermedades nerviosas, por el gran número de facilidades que me ha prestado para el presente estudio.





A WWW.MUSEOMEDICINA.C



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





TUMORES DEL CEREBELO

OBSERVACION NUM. 1



Museo Nacional de Medicina





Museo Nacional de Medicina WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Historia

CINA.CL

Museo Nacional La signiente relacion que hice de este caso se encuentra

Museo Nacional La siguiente relacion que hice de este caso se encuentra www.musconsignada en el archivo de la clínica del profesor Orrego Luco.

«Exámen subjetivo.—Filomena Alvarez, de 28 años, casada, nacida en Curicó; ingresó al servicio del profesor Ugarte Gutiérrez el 7 de julio de 1902.

& WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Antecedentes hereditarios.—El padre murió a los treinta i
Museo Naciones años de una afeccion pulmonar que le duró algunos mewww.museoses; tenia tos idemoptísis. La madre murió de veintiocho
años de una afeccion pulmonar aguda que tuvo ocho dias de
duracion. Han sido seis hermanos; han muerto cuatro; de uno
de ellos ignora la causa de la muerte; de los otros tres sabe
que fallecieron de afecciones pulmonares. Queda en vida solo
un hermano i éste es sano.



Museo Nacional de M

A WWW.MUSEOMEDICIN

Museo Antecedentes personales. No bebe ni fuma. Regló a los do-Www.ceañes; sus reglas han sido i son escasas i dolorosas.

Contrajo matrimonio hace cinco años; ha tenido solo un aborto; su marido es sano.

Enfermedades anteriores.—En 1894 tuvo neumonia. En 1900 sufrió de una afeccion pulmonar; presentala ics, inapetencia acional de Medicina sudores nocturnos i enflaquecimiento bastante promunciado USEOMEDICINA.CL en este estado se fué al campo; allí mejoró i engordó bastante; desde entónces no siente nada al pulmon.

Enfermedad actual.—El 2 de julio de 1902 se encontraba lavando cuando bruscamente se le presentó una cefalaljia frontal intensa que se irradiaba a toda la cabeza; este dolor continuó con la misma intensidad en los dias siguientes: tenia exhacerbaciones vespertinas i nocturnas i su intensidad aumen. taba con la posicion horizontal. En este estado permaneció la enferma durante cinco dias, al cabo de los cuales determinó ingresar al hospital, lo que efectuó el dia siete de julio,

En los dias que signieron a su ingreso al hospital se presentaron nuevos fenómenos: la cabeza se le desvanecia, tuvo vértigos i veia que todos los objetos jiraban al rededor de su persona. Al mismo tiempo notó que no podia mantenerse de pié porque su cuerpo comenzaba a balancearse, hasta caer al suelo si no era sostenida: tampoco podia andar porque al tratar de hacerlo caia al suelo, siempre del lado derecho.

El dia 12 de julio se presentaron vómitos biliosos, pertinaces, mui frecuentes, sin relacion con las comidas, sin náuseas i sin esfuerzos, aumentando en la estacion de pié. Estos vómitos duraron tres o cuatro dias i se suspendieron.

La enferma ha notado tambien que sus fuerzas han disminuido i que tiene que acostarse del lado derecho porque si se vuelve al lado izquierdo le repiten los vértigos i los vómitos».

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Los datos enumerados fueron los que pudo proporcionar la



enferma al ser examinada por el profesor Orrego Luco el 26 de julio, dia en que el exámen objetivo dió el resultado que sigue.

«Examen objetivo. Temperatura 38º ional de Medicina Pulso 120. WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Respiracion 40.

Enferma de buena constitucion, de panículo adiposo escaso, de musculatura floja.

Se encuentra acostada del lado derecho.

Ojos.—Conjuntivas hiperemiadas; nistagmus horizontal en ámbos ojos; perturbacion de los movimientos asociados de ámbos globos oculares; pupilas dilatadas i desiguales, la derecha está mas dilatada que la izquierda, reaccionan mui lentamente a la luz.

El exámen del fondo del ojo, practicado en la clínica del profesor Cienfuegos, demuestra que hai una neuro-retinitis doble. WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Narices.—En el exámen de las fosas nasales se encuentra dejenerada la cabeza del cornete medio del lado izquierdo.

Boca.—Dentadura mala; lengua saburral; farinje normal. www.museow.Cucllo.—No hai infarto ganglionar. Hai tirantez hácia atras i rijidez de los músculos de la nuca.

Corazon.-Normal.

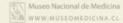
Pulmones.—Sub-macidez, broncofonia i sopio en ambos B WWW.MUSEOMEDICINA.CL vértices.

Orina.—Sin albúmina i sin azúcar.

El exámen de la sangre no demostró nada de anormal.

Museo Nacional Lae paradori numbar dió salida a un líquido claro que se escurria gota a gota; en el exámen microscópico de estelíquido, no se encontró elemento figurado de ninguna clase ni bacilos de Косн.

> Al poner de pié a la enferma, se ve que comienza a oscilar i que cae del lado derecho; esta perturbacion del equilibrio no aumenta con la oclusion de los ojos.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Quando marcha describe cig-zacs como una persona ebria; WWW presenta, pues, la marcha cerebelosa.

> Reflejos.—Hai aumento de los reflejos tendinosos; existe clonus del pié. No hai reflejo de Babinsky.

No se presenta el signo de Kernig.

No se presenta el signo de Kernig.

Sensibilidad jeneral.—Hai hipoestesia en el lado izquierdo WWW.MUSEOMEDICINA.CL de la cara.

Sensibilidad especial.-Oido, olfato i gusto normales.

La fuerza muscular está disminuida igualmente en ámbos lados.

Diagnóstico.—Tumor de naturaleza tuberculosa, situado en el hemisferio derecho del cerebelo, con compresion de los tubérculos cuadrijéminos i compromiso del pedúnculo cerebeloso medio.

Pronóstico. - Fatal».

Museo Nacional de Medicina

Las anotaciones siguientes que, como alumno encargado de la observacion de la enferma, hice a su respectivo tiempo, dan una lijera idea de la rapidez con que evolucionó la enfermedad i de la produccion del desenlace fatal que se habia previsto.

«Estado diario.—3 de Agosto: Persisten los mismos síntomas. Se presenta dificultad en la articulación de las palabras. Por momentos la enferma da gritos quejumbrosos.

5 de Agosto: Temperatura en la mañana, 35,5°; pulso, 115. En la tarde el pulso es mui pequeño i no se puede contar. La enferma no ha emitido orina desde el dia anterior i hai que estraerla; presenta 0,7% de albumina.

6 de Agosto: Temperatura, 37,4°; pulso, mas de 160. Posicion de la enferma en gatillo de fusil. Hai raya menínjea.

7 de Agosto: Temperatura, 37,3°; pulso, 114 en la mañana; en la tarde el termómetro no marca temperatura.



8 de Agosto: La articulación de las palabras se va haciendo mas dificultosa; los vocablos son inintelijibles. En la mañana ha tenido vómitos tres veces. Temperatura, 37,4°; pulso, 112; respiraciones, 30.

9 de Agosto: Persisten los yómitos Nacional de Medicina 11 de Agosto: Pupilas contraidas; temperatura, 36,2°; pulso, 118. No ha tenido vómitos. La enferma da a cada momento gritos quejumbrosos.

12 de Agosto: En la mañana la temperatura es de 37,1° i el número de pulsaciones, 119. La enferma está en decúbito supino. Durante todo el dia exhala gritos quejumbrosos.

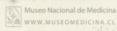
Muere en la noche de ese dia.

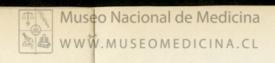
Autopsia (1).—Dura madre un poco engrosada. Circunvoluciones aplastadas. Al estraer el cerebro, salen unos 50 grae Medicina mos de líquido céfalo-raquídeo cristalino, En el corte del cerebro se encuentra la sustancia blanca del hemisferio derecho, húmeda; la del izquierdo, normal; los ventrículos están lijeramente dilatados; hai mas o ménos una cucharada de liquido cefalo-raquídeo. En la pared de los ventrículos se ven los vasos llenos de sangre.

Los tubérculos cuadrijéminos lijeramente aplastados; este aplastamiento es mas acentuado en los del lado derecho i sobre todo en el téstis o posterior. WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En el hemisferio cerebeloso derecho i en el lóbulo cuadrangular, se nota que la masa sobresale en la superficie i tiene una Museo Nacio coloración pálida Haciendo cortes a este nivel, se encuentran, por fuera del núcleo dentado, tumores en número de cinco; OMEDICINA.CL

> (1) No nos fué posible practicar la autopsia completa porque la familia de la enferma se opuso a ello; por esto hubo que contentarse con estraer el cerebro i llevarlo al profesor OYARZUN, quien tuvo la amabilidad de dictarme el protocolo.





Muse uno del tamaño de un frejol situado mas hácia la línea media i www mas superficial, tocando el lóbulo póstero-superior; dos mas grandes del tamaño de una avellana, divididos por un tabique i situados mas anteriormente; el cuarto del mismo tamaño que los anteriores i tambien situado hácia la superficie.

Por último, se encuentra un quinto tumor del tamaño de medicina una avellana cerca del pedúnculo cerebeloso medio de Madou SEOMEDICINA. CL derecho. El primero de estos tumores se presenta caseificado; los demas contienen en su cavidad pus cremoso que corre al hacer el corte i dejan ver entónces sus paredes que tienen un espesor de dos a cuatro milímetros.

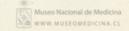
Discusion

El diagnóstico en esta enferma fué planteado con toda exactitud por el profesor Orrego Luco, i confirmado en todas sus partes por la autopsia.

El cuadro mórbido se inició con una cefalaljia interna i tenaz; pocos dias despues se presentaron perturbaciones del equilibrio i de la marcha, apreciables para la enferma misma i comprobadas despues en el exámen de que fué objeto.

Estos desórdenes de la marcha i del equilibrio hicieron pensar inmediatamente en una lesion del cerebelo. La marcha cerebelosa no falta sino rara vez en los casos en que el cerebelo está lesionado. Sin embargo, se han descrito casos de neoplasmas cerebrales de otro sitio que fueron acompañados de titubeacion cerebelosa; estos casos son escepcionales, así Bruns (2) ha publicado cuatro observaciones de tumores de los lóbulos frontales que fueron acompañados de perturbaciones del equilibrio. Raymond, en sus lecciones clínicas, estu-

⁽²⁾ Deutsche medicinische Wochenschrift, 1892. N.º 7.



dia el caso de un tumor del centro oval que presentaba titubeacion cerebelosa i cuyo diagnóstico habia vacilado entre un tumor de este sitio i un tumor del cerebelo; por último, veremos despues (1), que en los tumores de los tubérculos cuadrijéminos se presentan perturbaciones atáxicas consideradas por Nothnagel como análogas a la titubeación cerebelosa. A la inversa, se ha visto faltar estas perturbaciones del equilibrio en casos en que el cerebelo i aun el vérmis se presentaban lesionados. Estos casos son raros, casi escepcionales i es por esto que se admite que el carácter titubeante de la marcha implica una lesion en relacion mas o ménos directa con el cerebelo.

La titubeacion cerebelosa ha sido designada con diferentes nombres, tales como balanceo cerebeloso, marcha titubeante, perturbaciones del equilibrio, ataxia cerebelosa, marcha de ebrio, etc.

Duchenne de Boulogne, que con tanta precisión describió Medicina los caractéres de la marcha atáxica que se presenta en la tábes con la titubeación cerebelosa. Sin embargo, mas tarde él mismo reconoció su error i se esforzó por establecer de una manera bien neta los caractéres de estas dos marchas; fué él quien dió a la marcha cerebelosa el nombre impropio de titubeación vertijinosa i quien la comparó a la marcha de una persona en estado de ebriedad. El estravío esperimentado al principió por Duchenne, pareceria inesplicable en un clínico tan eminente, como lo observa mui bien Nothnagel, si no hubiera al lado de los tipos bien marcados de estas dos marchas, casos intermediarios, en que cier-

Museo Naciontes fenómenes del cerebeloso recuerdan los del tabético i viceversa, aunque esto sucede mas rara vez.

WWW.MUSEOMEa titubeación cerebelosa se produce cuando el enfermo se pone de pié i cuando marcha.

Si se recorre la observacion anterior se ve que esta titu-

⁽¹⁾ C. la observacion número 2 que insertamos mas adelante.



NAORI, onenta el caso de uno de sus clientes que

EOMEDICINA.CL

Muse beacion se presentó en la enferma en la estacion de pié i en la marcha i que se encontraban los caractéres mas importantes que reviste este síntoma.

La estacion de pié en el cerebeloso revela a veces diferencias mui marcadas con la del hombre sano, pero, en otras ocasiones, estas diferencias son apénas perceptibles. Il enfermoacional de Medicina permanece amenudo con las piernas alejadas i se coloca a plomo sobre la planta de los piés; cuando la incoordinacion es poco acentuada, el enfermo puede quedar firme en esta pesicion, pero cuando ella adquiere cierto grado, el balanceo aparece a pesar del alejamiento de las piernas. Si el paciente acerca sus piés, el balanceo se acentúa mas i mas i aun puede hacerlo caer en tierra. La direccion del balanceo es rara vez uniforme; jeneralmente es irregular; lo mismo pasa con la direccion de la caida. A veces, sin embargo, el enfermo tiene tendencia a caer siempre del mismo lado; esto es lo que pasaba en nuestra enferma; cuando tal cosa sucede, indica esto que el pedúnculo cerebeloso medio está lesionado, como lo veremos despues. En jeneral, la titubeación no se exajera cuando el paciente cierra los párpados o permanece en la oscuridad, a la inversa de lo que sucede en la tábes.

El cerebeloso efectúa la marcha con las piernas alejadas. Se apoya sobre el talon, sobre la eminencia plantar anterior o sobre la totalidad de la planta del pié. Durante la marcha, el pié está poco elevado i los dedos ejecutan constantemente un movimiento de flexion i de estension. La rodilla está a veces flexionada, otras veces en estension i echada hácia atras. Lo que mas llama la atencion en la marcha de estos enfermos son las oscilaciones de todo el cuerpo, oscilaciones que no les permiten marchar derechos, viéndose obligados a describir cig-zacs, en una palabra, en forma completamente análoga a la marcha de una persona ebria. La semejanza es tal que muchos de estos enfermos han sido tomados como ebrios i Norn-NAGEL cuenta el caso de uno de sus clientes que fué llevado preso en varias ocasiones por suponérsele borracho.

Museo Nacional de Medicina

Cuando el enfermo está en posicion horizontal, en la mayor parte de los casos los movimientos conservan su enerjía i son ejecutados con presteza i seguridad. Ademas, el enfermo sabe perfectamente cuál es la posicion que ocupan sus miembros, lo que indica que el sentido muscular está conservado, a diferencia de lo que pasa en la tábes en cuya afeccion el sentido muscular está perdido. WWW.MUSEOMEDICINA.CL

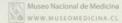
En la jeneralidad de los casos descritos, la incoordinacion cerebelosa se ha limitado a las estremidades inferiores i al tronco; sin embargo, existen algunas observaciones en las cuales se ha observado un principio de incoordinacion de los miembros superiores, tales como falta de destreza para ejecutar maniobras delicadas, etc.

useo Nacional de Med WW.MUSEOMEDICINA.CL

> Coexistiendo con la titubeación cerebelosa, se vieron aparecer vértigos en la enferma precitada, en efecto, da paciente CINA.CL ofrecia desvanecimientos i le parecia a menudo ver jirar los objetos a su rededor.

En jeneral, los vértigos existen al mismo tiempo que la titubeación cerebelosa, lo que hizo pensar que siempre se presentan juntos, a tal punto que Duchenne llamó titubeacion vertijinosa a las perturbaciones del equilibrio i que Immermann sostuvo que el vértigo es debido a las vacilaciones del cuerpo producidas por la falta de coordinacion. Sin embargo, el vértigo puede existir sin que haya titubeacion cerebelosa en los casos en que el cerebro está lesionado, aunque esto es raro; Museo Nacioner el contrario, las perturbaciones del equilibrio pueden existir perfectamente sin que se perciba por el enfermo la sensacion de vertigo. Esto prueba que las oscilaciones del cuerpo no deben ser consideradas como consecutivas al vértigo, ni tampoeo que éste sea una consecuencia de las vacilaciones del euerpo como lo sostuvo Immermann.

El vértigo, en los tumcres del cerebelo, se presenta de ordi-



pugna con su localizacion. En efecto, la persistencia i la gran

intensidad recuerdan las cefalaljias debidas a los aumentos de

la presion intracraneana. En las lesiones del cerebelo se pre-

senta cefalaljia cuando hai un aumento de esta presion, es de-

cir, en los casos de tumores del cerebelo, en cuvos casos se

Museonario como un sintoma inicial; a veces se ha mostrado aun el

WWW primero de todos. En jeneral, aparece cuando el enfermo está
de pié o pasa de la posicion horizontal a la vertical; a veces,
cuando se sienta en el lecho i en casos mas raros cuando el
enfermo está acostado. Estos últimos son casos raros i cons
tituyen, cuando se presentan en esta forma; un fenómeno
mui cruel.

La sensacion subjetiva de vértigo varia segun los enfermos: algunos, como la enferma citada, creen que los objetos esteriores jiran al rededor de ellos; la mayoría piensa que su propio cuerpo oscila i que les falta sosten.

El vértigo se presenta tambien en lesiones cerebrales de otro sitio; pero el que se observa en el cerebelo se caracteriza por su intensidad especial i por su continuidad casi absoluta en algunos casos.

Se sabe que el vértigo se presenta no solo en las afecciones del cerebelo i del cerebro, sino tambien en afecciones de otros órganos. Es solo su gran violencia i continuidad lo que permite sospechar una lesion del cerebelo; sin embargo, conviene tener presente que muchas veces presenta una intensidad igual al vértigo de Meniere i a veces aun al vértigo estomacal.

El vértigo, en sí mismo i aislado de otro síntoma no tiene, pues, sino un valor diagnóstico relativo i es a su union con la titubeación cerebelosa a lo que debe su gran importancia como síntoma capital de las afecciones del cerebelo.

Los dos síntomas indicados, el vértigo i la titubeacion, hicieron creer que se trataba en el caso descrito de una afeccion del cerebelo. El estudio de los demas síntomas corroboró esta idea i permitió precisar el sitio de la afeccion.

La cefalaljia, con los caractéres indicados ántes, fué el síntoma que manifestó la enfermedad. Esta cefalaljia no particulariza mucho mas el sitio de la lesion, spero tampoco está en

Frontables 1

localiza, la mayor parte de las veces, en la rejien occipital ipret senta irradiaciones hácia la frente. En otros enfermos el dolor se localiza esclusivamente en la frente; en otros, indica aun el lado en que se encuentra el tumor, manifestándose solo ahí. Es tan intensa esta cefalaljia que a los enfermos les parece que su cráneo va a estallar i profieren gritos angustiosos. Se exajera por los movimientos i por cualquier esfuerzo hecho por el en
Museo Nacional de Mediciermo. Ha habido autores que han considerado a la cefalaljia,

WWW.MUSEOMEDICINAEN la forma descrita, como característica de los tumores del cerebelo i particularmente cuando es acompañada de rijidez de la nuca (1).

Museo Nacional de Medicina

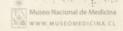
Ademas de los síntomas indicados, se presentaron en la en CINA.CL ferma vómitos pertinaces con los rasgos que caracterizan al vómito cerebral, es decir, sin esfuerzos, sin náuseas i sin que estuvieran en relacion con la alimentacion. Esta frecuencia i tenacidad refuerzan la idea de una afeccion del cerebelo.

El vómito se presenta en los tumores del cerebelo como un

síntoma precoz, tánto como la cefalaljia i el vértigo. Se produce, ya acompañando a un acceso doloroso, ya a un vértigo, ya al cambio de pasaje de la estacion horizontal a la vertical. Ha habido autores que han querido hacer del vómito cerebeloso un síntoma especial de los tumores del cerebelo; sin embargo, Museo Nacio es analogo al vómito cerebral i lo único que tiene de diferente www.muse ces su frecuencia, mayor en estos tumores que en los situados en otros puntos del encéfalo. Esta frecuencia, se esplicaria segun Nothnagel, por la vecindad inmediata que tiene el cerebelo con la médula oblongada, pues, segun él, los vómitos re-

MERKLEN: The Lancet, 5 de Octubre de 1901.

Museo Nacional de Medicina
www.museomedicina.cu



Tanto.

Museo Nacional de Medicina sultan de la acción ejercida sobre esta última, sin que se pueda W W Wprecisar cómo se ejerce esta acción i si es debida o nó simplemente a una presión mecánica.

Museo Nacional de Medicina

Dejando de lado por el momento la discusion de varios/otros/USEOMEDICINA.CL síntomas, es importante recordar los fenómenos oculares presentados por la enferma, es decir, la dilatacion i desigualdad de las pupilas i la neuro-retinítis doble, comprobada por el exámen del fondo del ojo.

Las perturbaciones visuales son frecuentes en los tumores del cerebelo. A veces consisten en una simple ambliopía; en otras ocasiones se presentan en forma de amaurósis completa. En la papila se observan, en muchos casos, alteraciones del nervio óptico en diversos grados, hiperemia, edema, estrangulamiento de la papila, neuro retinítis, etc. Al mismo tiempo, las pupilas presentan modificaciones que consisten en desigualdad pupilar, miósis o midriásis.

Las perturbaciones de la vista son tan frecuentes (59%) segun Luys) que antiguamente se creyó, sobre todo por Lussana, Luys i Renzi, que habia una relacion directa entre el órgano de la vision i el cerebelo. Esta opinion no tiene ya razon de ser, pues todos los hechos observados demuestran lo contrario. En primer lugar, puede citarse el hecho de que nunca se han encontrado tales perturbaciones en los casos de lesiones de déficit del cerebelo, como ser atrofias, esclerósis, focos estacionarios, i, despues, que solo se presentan estos fenómenos en los procesos que ocasionan un aumento de la presion intracraneana, tales como los tumores del cerebelo. Como este mismo fenómeno se presenta en los tumores situados en otros sitios del cerebro, es lójico suponer que sea debido a un mismo oríjen, es decir, al aumento de presion en el interior de la cavidad del cráneo.

Sin embargo, llama la atencion en la enferma en cuestion

el que ésta presentara ya una neuro-retinítis doble, sin que la enfermedad contase todavía siquiera con un mes de evolucion. Este hecho i el de que estas perturbaciones del fondo del ojo son mucho mas frecuentes i mas acentuadas en los casos de tumores situados en el cerebelo, que en dos tumores de otros puntos del encéfalo, hizo afirmar mas aun el diagnóstico que se formuló.

Se ha tratado de inducir la mayor frecuencia de las lesiones papilares de oríjen cerebeloso por una accion mas directa aun sobre los nervios ópticos que la que ejerce el simple aumento de la presion intra-craneana, i se han dado dos esplicaciones: La primera atribuye estas lesiones a la accion mediata de tu-Museo Nacional de Medicirmores cerebelosos sobre los nervios ópticos, por la situacion www.museomedicina.cocupada por el cerebelo dentro de la cavidad craneana. En efecto, estando el cerebelo limitado hácia arriba por la tienda del cerebelo, que es inestensible, un tumor desarrollado en elledicina cerebelo, no podrá ejercer presion hácia arriba porque se lo impide ésta; ejercerá, pues, presion háteia/adelante S hácia abajo, INA. CL comprimirá la vena magna de Galeno, lo que traerá por consecuencia un aumento del líquido céfalo-raquídeo en el tercer ventrículo, el que, a su turno finalmente, ejercerá una presion sobre el chiasma de los nervios ópticos. Esta hipótesis esplica perfectamente la rapidez e intensidad con que se presentan las perturbaciones de la papila en los casos de tumores del cerebelo, i constituye la base en que descansa uno de los tratamientos paliativos de estos mismos tumores que consiste en efectuar una puncion del ventrículo, como último recurso para detener i aun disminuir las lesiones del nervio óptico.

Museo Nacional da segunda, se funda en que hai terminaciones del nervio www.museo metico que se distribuyen en los tubérculos cuadrijéminos, órganos que tienen una estrecha relacion con el cerebelo.

En efecto, los nervios ópticos, despues de entrecruzarse parcialmente en el chiasma, constituyen las bandeletas ópticas; ahora bien, cada bandeleta, llegada a la estremidad posterior del tálamo óptico, se divide en una rama esterna i una

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina, interna, la cual a su vez se divide en fibras cortas i fibras larWW Vgas; las fibras largas van al terminar directamente en la corteza cerebral, pero las fibras cortas se dirijen unas al pulvinar,
otras al cuerpo jeniculado esterno i las restantes al tubérculo
cuadrijémino anterior. Se comprende, pues, que un tumor del Nacional de Medicina
cerebelo que lesione los tubérculos cuadrijéminos anteriores
produzca una atrofia de las fibras ópticas que se terminan USEOMEDICINA.CL

Tal es la hipótesis que da Raymond para esplicar muchos casos de satrofia papilar, observada en tumores del cerebelo que lesionan los tubérculos cuadrijéminos.

en ellos.

En resúmen, se puede admitir que las lesiones del fondo del ojo, observadas en los tumores del cerebelo, se deben a tres causas principales: aumento jeneral de la presion intracraneana, compresion de la vena magna de Galeno con todas sus consecuencias i lesion de los tubérculos cuadrijéminos

anteriore Museo Nacional de Medicina

Los síntomas descritos como presentados por la enferma permitieron localizar mas fijamente todavía el sitio en que se encontraba situada la lesion i determinar mas o ménos seguramente su naturaleza. La cefalaljia, vómitos i perturbaciones visuales, al lado de la titubeacion i del vértigo, son síntomas claros de tumor cerebral i, precisando mas aun, de un tumor del cerebelo.

Hai todavía otros síntomas que corroboran este diagnóstico de tumor del cerebelo i son: 1.º la rijidez de la nuca i 2.º la exajeracion de los reflejos, síntomas que no se mencionan en los trabajos de autores como Nothnagel i otros de su tiempo, talvez por creérseles de poca importancia.

La rijidez de la nuca o signo de Openheim es, sin embargo, un síntoma que en los últimos años ha sido considerado de



una importancia capital por autores como Brissaud, Raymond, etc., para el diagnóstico de los tumores del cerebelo.

Es un síntoma que no solo se observa en lesiones que, como los tumores del cerebelo, ejercen compresion sobre los órganos vecinos, lo que podría hacer mensarien que resedibido a esta misma compresion, sino que se presenta tambien en las lesiones llamadas de déficit, tales como atrofia, escrevsis, etc., del cerebelo. Por lo demas, el síntoma ha sido obtenido esperimentalmente lesionando el cerebelo. Así, Thomas, en un estudio mui completo sobre el cerebelo publicado en 1897, espresa que ha producido la rijidez de la nuca por estirpacion parcial del cerebelo (1). El profesor RAFAEL GATTA, en numerosos esperimentos hechos en perros, ha comprobado tambien www.museomedicina cila rijidez de la nuca en forma de opistótonos, por lesion del cerebelo (2).

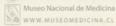
En nuestra enferma, la cabeza estaba echada hácia atras i la nuca ríjida; habia, pues, un verdadero opistotonos.

En otros casos se ha comprobadovademas/ell planostétonos NA.CL i en algunos mui raros el emprostótonos.

La exajeracion de los reflejos ha sido señalada últimamente Museo Nacional de Medicina de Señalada últimamente de los reflejos de la médula espinal. Russel i Horsley han demostrado que, clínica i esperimentalmente, la lesion que no interesa sino la mitad del cerebelo se acompaña de una exajeración de los reflejos tendinosos del lado correspondiente. Desde entónces, se ha prestado atención a este síntoma i se ha encontrado casi constantemente en los Museo Nacional casos de trimo es del cerebelo. Raymond, en sus lecciones clínicas, insiste sobre este síntoma que permite localizar el sitio del tumo en un hemisferio determinado del cerebelo. En nuestra enferma, los reflejos se presentaban exajerados.

(1) Revue de sciences médicales, páj. 414-1898.

(2) The Lancet. páj. 488, vol. I-1899.



Museo Nacional de Medicina pero igualmente en ambos lados, de tal modo que en este caso W W Vno tuvo teste sintoma sino un valor confirmativo de la existencia de una lesion del cerebelo, pero no permitió fijar el lado en que se encontraba situada la neoplasia.

Mas léjos todavía, la astenia muscular ha sido considerada desde hace tiempo como un síntoma de las afecciones de Medicina CL rebelo.

Esta astenia puede revestir diversos grados i va desde una simple laxitud muscular hasta la casi estincion de las contracciones; sin embargo, no hai parálisis porque todos los movimientos pueden llegar a ejecutarse, aunque con sumo esfuerzo. La astenia se presenta en la totalidad del cuerpo o bien solo en una mitad lateral. En nuestra enferma, la astenia muscular se presentó desde el principio, pero ofrecia igual intensidad en ámbos lados,

Museo Nacional de Medicina

En la historia de la enferma, se ha dejado consignado el hecho de que ésta descansaba constantemente en decúbito lateral derecho, con escepcion de una vez, entre 15 o 20 exámenes, en que se la encontró en decúbito dorsal.

Al interrogarla por qué se acostaba del lado izquierdo, respondió que al hacerlo así le venian vértigos i vómitos. Esta característica tan constante que ofrecen los enfermos de acostarse siempre en idéntica posicion ha sido denominada signo de Schmidt i sirve para fijar el hemisferio en que se encuentra situada la lesion. Se ha comparado este fenómeno con el que se presenta en la pleuresía, afeccion en la cual se ve que los enfermos se acuestan siempre del lado afectado.

Se ha esplicado este sintoma diciendo que el paciente no se acuesta del lado sano porque, al hacerlo, el tumor comprime mas fuertemente la vena de Galeno, dando lugar al cortejo de fenómenos correspondientes: mayor derrame en los ventrícu-



los, mayor presion intracraneana, etc., lo que naturalmente exajera los síntomas que produce la lesion misma.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se ha visto todavia que la enferma al ponerse de pié no podia mantenerse mucho tiempo en esta posición i que caia siempre del lado derecho. Este fenómeno ha sido interpretado clínicamente, atribuyéndolo a un compromiso del pedúnculo cerebeloso medio del lado en que se efectúa la caida.

La caida del lado en que se encuentra la afeccion ha sido comprobada esperimentalmente por Thomas, lesionando un Museo Nacional de Medici hemisferio cerebeloso; el animal cae del lado de la lesion (1).

WWW.MUSEOMEDICINA. Este i el fenómeno del decúbito lateral derecho permitieron en la enferma fijar el diagnóstico i localizar la lesion en el hemisferio cerebeloso derecho con compromiso del pedúnculo cerebeloso medio del mismo lado.

En el estudio de los fenómenos oculares presentados por la

Museo Nacional de Medicina

www.musecenferma, se dejó de lado por el momento algunos de esos fenómenos para aprovecharlos despues en la localizacion del

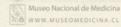
tumor dentro del cerebelo. En efecto, el caso en cuestion

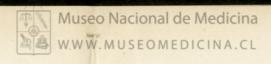
ofrecia, segun se ha indicado, nistagmus lateral i perdida de
asociacion de los movimientos de los globos oculares.

Estos dos fenómenos i la neuro-retinítis mencionada hace poco, evidencian un compromiso tambien de los tubérculos Museo Nacionada jeninos compromiso lijero, sin duda, como lo esplica la WWW.MUSEO MED de otros fenómenos mas importantes del lado de los órganos de la vision.

En resúmen, las observaciones apuntadas en las pájinas anteriores justifican plenamente en este estudio el diagnóstico

⁽¹⁾ Revue de sciences médicales, l. c.





Museo Nacional de Me

WWW.MUSEOMEDICIN

Muse topográfico que se formulo: tumor del hemisferio derecho con www.compromiso del pedúnculo cerebeloso medio i compresion de los tubérculos cuadrijéminos.

Museo Nacional de Medicina

Brissaud, en una notable leccion clínica sobre el diagnós-USEOMEDICINA.CL tico de los tumores del cerebelo (1), ha espuesto que el diagnóstico de un caso de lesion del cerebelo comporta tres puntos:

1.º diagnóstico rejional sobre el sitio de la afeccion; 2.º diagnóstico sobre la calidad de la lesion; 3.º en caso de tumor, diagnóstico anátomo-patolójico sobre la constitucion del tumor.

Agrega Brissaud que es raro se pueda formular un diagnóstico tan completo.

El diagnóstico diferencial de las afecciones del cerebelo es pues de solucion difícil en la mayoría de los casos, en vista de la multiplicidad de cuestiones que, como lo establece Brissaup, deben resolverse, así como en atencion a que los síntomas que ofrecen gran número de enfermos no son perfectamente netos, tanto que muchos de ellos quedan relegados a un segundo término por el predominio que toman fenómenos orijinados por las diversas rejiones comprometidas por la afeccion.

En nuestra enferma, el diagnóstico topográfico no presentó grandes dificultades por encontrarse en ella los síntomas primordiales que constituyen lo que se ha denominado el sindroma cerebeloso. Pero no siempre pasa lo mismo, i hai casos de tumores del cerebelo que no se demuestran durante la vida por síntoma alguno; hai otros que ofrecen uno o dos fenómenos, pero que no bastan para formular un diagnóstico preciso; i, por fin, hai enfermos en los cuales los síntomas cerebelosos se encuentran completamente enmascarados por otras manifestaciones que resultan de la invasion que efectúa el tumor en las rejiones vecinas del encéfalo.



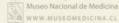
Los tumores del cerebelo que no presentan síntoma cerebeloso alguno durante la vida son aquellos que no han comprometido directa o indirectectamente el vérmis. A lo ménos, esto es lo que acepta Nothnagel, fundado en numerosas observaciones, creencia que es la que se adopta jenevalmente. Los casos mui raros de estos tumores del vérmis que han permanecido latentes, los esplica Nothnagel diciendo quetales tumores han disociado las fibras del vérmis sin lesionarlas.

Aquellos casos en que los tumores no presentan sino uno que otro síntoma, pueden confundirse con otras afecciones por el predominio de ciertos fenómenos, tales como la cefalea sifilítica, la neuraljia occipital, el vértigo orijinado por una afeccion del estómago, el vértigo de Meniere i las diversas manifestaciones que orijinan la neurastenia o las distintas afecciones tanto primarias como secundarias del encéfalo. En este caso, el diagnóstico diferencial solo puede formularse en vista de la evolucion de la enfermedad i en fuerza del estudio CINA. CL atento de los fenómenos que aparecen en segundo término.

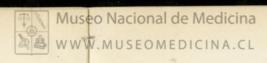
Así, el vértigo de Menière está caracterizado de ordinario por desvanecimientos, zumbidos de oidos i sordera; el principulo de la enfermedad auricular es jeneralmente apoplectiforme, presentándose a veces pérdida completa del conocimiento o, en otras ocasiones, un simple aturdimiento. A estos síntomas se agregan a veces otros que hacen pensar en una afección del cerebelo. Raymono cita un caso de vértigo auricular en que se presentaba titubeacion, vértigos, dolores de cabeza, vómitos, nistagmus, exajeracion de los reflejos, astenia muscular; Museo Nacionen una padatica casi todos los síntomas que se encuentran en los casos de tumores del cerebelo. En éste como en otros, ha

los casos de tumores del cerebelo. En éste como en otros, ha marcha de la afeccion, la presencia de lesiones en el oido i la ausencia de perturbaciones del fondo del ojo, lo que ha permitido encuadrar esta série de síntomas entre los dependientes de una lesion del oido i nó del cerebelo.

¿Cómo esplicar el que una lesion del oido pueda presentar



⁽¹⁾ Progrès médical, 1894. N.º 3.



Museo un cuadro sintomatico tan parecido al de las afecciones del

La esplicacion nos ha sido dada por RAMON I CAJAL, GOLGI i van Gehuchten, los cuales describieron un filete nervioso que pone en comunicacion el oido interno con el cerebelo. Como se sabe, el nervio acústico está compuesto de dos ramas cional de Medicina independientes completamente una de otra, tanto en su orijen SEOMEDICINA. CL como en sus terminaciones, i que solo están unidas en su parte media, constituyendo el nervio acústico. Estas ramas son la coclear i la vestibular, que nacen respectivamente de los ganglios de Corti i de Scarpa situados en el peñasco; de una de las terminaciones bulbares de la rama vestibular, nace un filete nervioso que han descrito los autores nombrados i que se ha llamado haz acústico cerebeloso de Cajal. Este haz va a terminar al cerebelo. Por otra parte, del ganglio de SCARPA nace una rama periférica pue va a terminar en las manchas i en las crestas acústicas, poniendo en conexion las crestas de los canales semicirculares con el cerebelo, i sirve para trasmitir a éste las sensaciones auditivas recibidas. El cerebelo, al recibir estas sensaciones se pone entónces en un estado de atencion o de alerta, que le permite conservar el equilibrio. Esta es la esplicacion que acepta RAYMOND.

El que haya enfermedades del oido que producen sordera i en que no se presentan estas perturbaciones del equilibrio, se esplica por la dualidad de oríjen del acústico: en efecto, la rama coclear no tiene conexion alguna con el cerebelo i esta es la rama sensitiva que trasmite las impresiones auditivas al cerebro; su lesion producirá sordera, pero nó perturbaciones del equilibrio.

Los tumores cerebrales no tienen de comun con los del cerebelo sino los signos que manifiestan que hai un aumento de la presion intra-crancana: cefalajia, vómitos, perturbaciones del fondo del ojo; los signos de localizacion en uno i otro caso permiten hacer el diagnóstico. Hai casos, sin embargo, en que

la duda existe, i son aquellos en los cuales el tumor está situado en los tubérculos cuadrijéminos.

Resta por discutir solo la naturaleza anátomo-patolójica del tumor. Los antecedentes tuberculosos bien marcados de la enferma, tanto hereditarios como personales, hicieron crecr que na se trataba de un tumor de naturaleza tuberculosa. Se sabe que esta variedad de tumores es la mas frecuente tanto en el cerebro; rebelo como en el cerebro; Allen Starr ha encontrado que entre doscientos noventa i nueve casos de tumores cerebrales, ciento cincuenta i dos eran de naturaleza tuberculosa. El tumor en nuestro caso fué, pues, posiblemente un tuberculoma. Podria tambien haberse pensado en un absceso del Museo Nacional de Merchelo, pero esta clase de tumores evoluciona con tempera-

Por lo demas, no habia en el curso de la enfermedad causa etiolójica alguna que esplicase el absceso del organo.

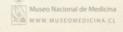
Antes de concluir el estudio de este cuadro sintomático interesante, conviene llamar la atencion sobre un punto. La observacion de la enferma recuerda que en el exámen del líquido effalo-raquideo se comprobó la ausencia de elementos figurados i de bacilos de Koch. Este hecho parece revelar, segun las observaciones que hasta ahora existen, que el tumor es un tanto profundo; en efecto, en un caso de tumor del celebelo, Nobecour i Voisin encontraron en el líquido céfalo-raquideo linfocitos i bacilos de Koch que hablaban en favor de la naturaleza tuberculosa del tumor; la autopsia demostró en este caso que Museo Naciae mataba de tubércalos situados mui superficialmente (1).

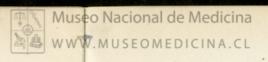
WWW.MUSEOMEDICINA CLinados and superindamente (r).

Por la inversa, en un caso de Mery i Bobonneix en que el tubérculo estaba situado mas profundamente, no habia linfocitos en el líquido céfalo-raquídeo.

⁽¹⁾ Archives génerales de médicine. 7 de Abril de 1903.







Museo Nacional de Medicina WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OBSERVACION N.º 2

Historia

Museo Nacional de Medicina

La siguiente reseña del enfermo respectivo vitre vionada EOMEDICINA.CL tambien por mi i pasada al archivo de la clínica de enfermedades nerviosas.

Museo Nacional de Medicina

«Exámen subjetivo.—M. L. Vásquez, soltera, nacida en los Andes en 1884, se presentó a la clínica nerviosa el 5 de Agosto de 1902.

Antecedentes hereditarios.—Padre de 70 años; ántes del nacimiento de la enferma, tuvo dolores de cabeza, ronquera, dolores osteóscopos en las piernas, caida del pelo; vive i está sano. Madre de 40 años, a los 18, tuvo dolores de cabeza localizados en el lado izquierdo i acompañados de vómitos biliosos; estos ataques le duraban un dia i desaparecian, pero han persistido hasta hace 2 años; tuvo un aborto; hoi es sana. Han sido seis hermanos; de estos han muerto dos; uno a las 24 horas despues de haber nacido i el otro de cinco meses a consecuencia de un golpe recibido en la cabeza. De los cuatro hermanos vivos, la mayor ha sido enferma de la vista, ha tenido infartos ganglionares en el cuello que han desaparecido con los tónicos i es mui débil; otra ha tenido anemia; la última es sana.

Antecedentes personales.—Regló a los 14 años; sus reglas eran normales. No bebe ni fuma.

Enfermedades anteriores.—No recuerda haber tenido sino una afeccion cutánea que le duró pocos dias, caracterizada por pápulas con mucha comezonicina

Enfermedad actual Empezó en Agosto de 1901 con palpitaciones del ojo izquierdo i propulsion del globo ocular. Veia los objetos como a traves de una nube i dobles. En setiembre sintió dolores en el lado izquierdo de la cara, conti-

Museo Nacional de Medicina
www.museomedicina.cl

nuos, tanto de dia como de noche, que desaparecieron despues de algunos dias.

En octubre se le presentó una cefalaljia frontal, que a veces tenia irradiaciones hácia la nuca, i a los pocos dias esta cefalaljia cambió de sitio: se hizo occipital, continua, con exacerbaciona nes en las mañanas cuando la enferma se ponia de pié. Al mismo tiempo que la cefalaljia occipital, tuvo vómitos biliosos que jeneralmente se producian en la mañana, pero a veces tambien a media noche; no tenian relacion con la alimentacion, se presentaban, ya cuando la enferma estaba acostada, ya, lo que era mas comun, al enderezarse; al echar la cabeza hácia atras sentia desvanecimientos, cayéndose hácia adelante

Museo Nacional de Mesicino la sostenian.

www.museomedicina La cefalaljia occipital, los vómitos i los vértigos, aparecieron al mismo tiempo i se presentaban aun al momento de ingresar a la clínica.

a la clínica.

Desde que empezó la enfermedad, nublada.

Museo Nacional de Medicina tiene tambien la vista

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

No se puede acostar sino de costado, porque en el decúbito supino sufre vértigos. Despues de acostarse, se siente ajitada

puede andar lijero.

Orina solo una vez en las 24 horas i la orina sale bruscamente sin que la pueda detener. No tiene deposiciones sino con lavados o laxantes. Estas últimas perturbaciones las siente desde que se le presentó la cefalaljia.

Tuvo caida del pelo.

Museo Nacion se enflaqueció un poco i notó que sus fuerzas habian dismi
WWW.MUSErvide.DICINA.CL

Exámen objetivo.—Temperatura 36,9° i pulso 96 a 100; respiraciones 20.

Enferma de buena constitucion, de panículo adiposo i musculatura bien desarrollados. Lijero nistagmus. Pupilas dilata-

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WW.MUSEOMEDICINA.CL

das, reaccionan mui perezosamente. Pérdida de asociacion de los movimientos de lateralidad de los globos oculares. No hai signo de Graeffe. Neuroretinítis i manchas atróficas de la retina en ámbos ojos.

Los movimientos de las mandíbulas se ejecutan sin dificional de Medicina cultad.

Rijidez de la nuca. No hai infarto ganglionar de Meuello. USEOMEDICINA. CL Corazon i pulmones normales. En la orina no hai albúmina, ni azúcar.

Las manos presentan un temblor continuo que se acentúa cuando la enferma va a cojer un objeto.

Cuando la enferma está de pié, si se la hace cerrar los ojos no nota ningun cambio en su posicion; si echa la cabeza hácia atras su cuerpo empieza a vacilar.

La marcha es lenta i dificultosa; anda con los piés alejados i avanza con cuidado para no caer.

Reflejos.—El rotuliano está aumentado; mas intenso del lado derecho. No hai *clonus* del pié. Reflejos tendinosos palmar i mentoniano exajerados.

Sensibilidad jeneral normal. Sensibilidad especial: vista debilitada. El oido izquierdo solo percibe el tic-tac del reloj a 20 cm; el derecho a mas de un metro. Gusto i olfato normales.

Diagnóstico.—Tumor de los tubérculos cuadrijéminos.

Tratamiento.—Jarabe de GIBERT.

El 12 de agosto se presentó nuevamente esta enferma a la clínica. Dice que el dolor de cabeza i los vómitos biliosos los ha tenido solo una vez desde que empezó el tratamiento. Los vértigos i la rijidez de la nuca persisten.

La enferma se fué despues a los Andes, de modo que no fué posible seguir la marcha de la enfermedad. Solo se ha sabido que habia mejorado mucho i que murió seis meses despues (el dia 16 de enero de este año), repentinamente, a consecuencia de un ataque que presentó los caractéres de una hemorrajia cerebral.



En este caso, el cuadro mórbido presenta analojía con el de la primera enferma. Se encuentra cefalaljía occipital, vómitos, vértigos, indicios de titubeacion cerebelosa perturbaciones de la vista de diversa naturaleza, exajeracion de los reflejos; como se ve, el cuadro hacia pensar a primera vista en un tumor del cerebelo; sin embargo, la forma i el órden en que se han ido presentando éstos i algunos otros síntomas que no aparecieron en la otra enferma, hacen pensar que el cerebelo no ha sido comprometido sino secundariamente i que la afeccion es-

En efecto, vemos que en esta enferma fueron los fenómenos visuales los que abrieron la escena, mas tarde esas made Medicina festaciones consistieron en lijero nistagmus, reaccion perezosa de ámbas pupilas i al mismo tiempo dilatación, perdida de CINA.CL la asociacion de los movimientos de lateralidad de los globos oculares; neuro-retinítis i manchas atróficas de la retina en ám-

parálisis de los movimientos asociados de lateralidad de los globos oculares; esta parálisis afecta, por consiguiente, a los rectos interno i esterno de ámbos ojos, quedando inmunes los demas músculos que determinan los movimientos oculares; ademas, fué aquella una parálisis que no se manifestaba cuando el ojo estaba en reposo, es decir, no habia estrabismo; solo se presentaba cuando se pedia a la enferma que mirase a la WWW.MUSE elerccha o ala izquierda; en este caso, se comprende que debian estar afectados el tercero i sesto pares que inervan respectivamente al recto interno i al recto esterno. Esta parálisis no puede depender de una lesion de estos nervios, colocada entre el núcleo de orijen i las terminaciones en los músculos nombrados, porque en cualquier punto que estuviese situada,

Entre esos fenómenos, llamó en primer lugar la atencion la

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

B WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacio

Museo Nacional de Medicina

Museo Nacional de Medicina. nó limitada a estos músculos solamente, i ademas se observaria una parálisis que dejaria al músculo sin ningun movimiento, i nó una parálisis concretada solo a los movimientos asociados de ambos ojos. El orijen nuclear de estas parálisis es tambien inadmisible pracional de Medicina las mismas razones i por la gran estension que deberia abarcar una lesion para comprender a ámbos nervios. WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Por otra parte, la parálisis nuclear del sesto par es raro que se presente sin que sea acompañada de una parálisis del facial, lo que se esplica dadas las relaciones que tienen ámbos núcleos. Es preciso, pues, ir a buscar en otra parte, el sitio de la lesion. Ella debió estar situada en el centro coordinador de los movimientos de los globos oculares.

Con exactitud, no se puede opinar dónde están situados estos centros; sin embargo, los anatomistas los localizan entre la parte de la corteza cerebral (circunvolucion parietal inferior) que es el sitio en que residen los centros de los movimientos voluntarios i aislados de cada ojo i los núcleos del tercero i sesto pares, que trasmiten a los músculos del ojo las excitaciones

venidas desde la corteza.

Арамик і Веаимія habian localizado estos centros en los tubérculos cuadrijéminos anteriores, fundados en esperimentos hechos sobre animales. En 1899, Prus hizo una infinidad de observaciones sobre el papel fisiolójico de los tubérculos cuadrijéminos, sacando en conclusion que se encuentran estos centros en los tubérculos cuadrijéminos posteriores.

De cualquier modo que esto se verifique, se admite hoi dia que las parálisis, cuya causa está situada por encima de los núcleos de orijen de los nervios motores del ojo, son debidas a una lesion de los tubérculos cuadrijéminos (RAYMOND).

Segun estos datos, se desprende que la parálisis de los movimientos asociados de los ojos, observada en esta enferma, pudo ser debida a una lesion de los tubérculos cuadrijéminos.

MA WWW.MUSEOMEDICINA.CL

¿Habian en la enferma otros síntomas que permitieran localizar el sitio de la afeccion en los tubérculos cuadrijéminos? Para responder a esta cuestion, conviene recordar, aunque sea lijeramente, la sintomatolojía de las lesiones que tienen por

sitio esta parte del encéfalo Museo Nacional de Medicina Este punto aun ha sido mui discutido. Los principales trabajos sobre la materia se deben a North MEL, quien en su tratado sobre las enfermedades del encéfalo i en una memoria dedicada especialmente al estudio de las afecciones de los tubérculos cuadrijéminos, ha dilucidado este punto brillantemente.

Entre nosotros, este estudio sirvió de tema a Sanhueza para su memoria inaugural de licenciado (1).

Museo Nacional de Medicina Nothnagel, en su última monografía, llegó a las conclusiones www.museomedicina.cl. siguientes:

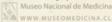
En un caso en que se tiene razon para pensar en la existencia de un tumor cerebral, puede este localizarse en los tubercu Medicina los cuadrijéminos, cuando se encuentra el siguiente agrupa CINA. CL miento de síntomas:

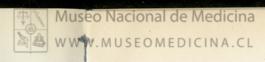
1.º Marcha incierta, titubeante;

2.º Oftalmoplejia que interesa los dos ojos, pero nó de una Museo Nacio manera absolutamente simétrica, ni a todos los músculos en la misma medida.

Bruns en 1894, rechazó estas conclusiones i sostuvo que el mismo agrupamiento sintomático puede cencontrarse en los tumores del cerebelo: al efecto, cita dos casos en que se presentaban estos síntomas i en los cuales hizo en uno el diagnóstico de tumor del cerebelo i en otro el de tumor de los tubérculos cuadrijéminos; en ámbos casos, la autopsia comprobó la veracidad de su diagnóstico. Bruns formuló el diagnóstico WWW.MUSEO fundandose en el órden de aparicion de los síntomas: segun él, cuando la ataxia es la primera en presentarse i predomina

⁽¹⁾ Sanhueza A. C. Contribucion al estudio del diagnóstico de las afecciones de los tubérculos cuadrijéminos. Santiago, 1890.





Museo Nacional de Medici

Museon el cuadro sintomatico, se trata de una afeccion del cerebe-W W vloji, cuando predomina la oftalmoplejia i los primeros síntomas han sido los oculares, se trata de una lesion de los cuadrijéminos.

En nuestra segunda enferma, los primeros en presentarse Nacional de Medicina fueron los fenómenos oculares, predominando sobre la ataxia cerebelosa que fué en ella poco marcada. De tal modo/que.MUSEOMEDICINA.CL aceptando las conclusiones de Bruns o de Nothnagel, se tendria que concluir por la existencia de una lesion de los cuadrijéminos.

Coexistieron todavía en la enferma otras perturbaciones visuales, tales son la dilatacion i pereza de reaccion de las pupilas i el nistagmo. La dilatacion i pereza han sido señaladas en casi todas las observaciones en que los tubérculos cuadrijéminos se presentaban lesionados. Flourens colocó en ellos el centro constrictor de la pupila, a causa de que cuando. se hace su ablacion se produce dilatacion e inmovilidad pupilar; esto talvez tiene esplicacion, si se considera que el núcleo de orijen del óculo-motor comun está al nivel del par anterior. Se ha visto ya que la primera enferma tambien presentaba lesiones de esta especie que fueron esplicadas suponiendo un compromiso de los cuadrijéminos.

Hai otros casos en que los tubérculos cuadrijéminos no se presentan lesionados i en que, sin embargo, se encuentra este síntoma, de tal modo que él no puede tener gran valor para el diagnóstico.

Lo mismo se puede decir del nistagmus, el cual solo es un fenómeno de valor relativo para el diagnóstico, porque aparece igualmente en otras afecciones; sin embargo, conviene notar que Adamer ha producido nistagmo excitando esperimentalmente los cuadrijéminos i que Paus, en 1899, lo ha enjendrado asimismo exitando especialmente la parte media de los tubérculos cuadrijéminos anteriores:

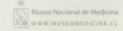
Si se recorre la observacion de esta segunda enferma, se puede ver que en ella se encontró disminuida la agudeza auditiva en el lado izquierdo, sin que hubiera tenido nunca una lesion del oido respectivo. Weinland, en 1894, ha sido el primero en llamar la atención hácia este síntoma que encontró señalado nueve veces en diez i nueve casos. Nissen (1), en una memoria sobre los tubérculos cuadrijéminos, publicada en 1901, ha reconocido el valor de este síntoma. RAYMOND lo considera tambien mui importante i lo ha encontrado en uno de sus casos de lesion de los cuadrijéminos. Weinland ha insistido sobre el hecho de que estas perturbaciones auditivas son tan débiles, tan poco intensas, que pasan a menudo desapercibidas. De sus estudios i de los posteriores de RAYMOND www.museomedicina.cli Nissen, se ha sacado la conclusion de que estas perturbaciones se presentan cuando uno de los tubérculos cuadrijéminos posteriores es lesionado, i que se situan del lado opuesto de dicina la lesion. Por ser este un punto que está todavía en estudio, me permito solo insinuar la idea de que la lesion pudiera esta. NA.CL situada en la segunda enferma en el lado derecho.

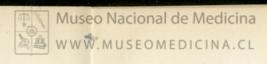
Museo Nacional de Existe todavía un síntoma al cual Nothnager, en su primer "trabajo sobre las lesiones de los cuadrijéminos da una importancia capital, i es la disminucion de la agudeza visual, que pasa desde una lijera ambliopía hasta la amaurósis, sin lesion del fondo del ojo. Este síntoma es mui importante i se encuentra señalado en muchas observaciones; fué él el que permitió al profesor García Guerrero, diagnosticar una lesion de los tubérculos cuadrijéminos, diagnóstico que fué confirmado por Museo Nacional de Medicina la autopsia i sobre el cual versó el trabajo de Sanhueza, ya citado. En nuestra enferma, no se pudo apreciar este síntoma porque ya se habian producido lesiones del fondo del ojo debidas al aumento de presion intracraneana; i, como se ha

(1) NISSEN: Semaine médicale, núm. 38. 1901.

& WWW.MUSEOMEDICINA.CL

visto, para que tuviera la importancia que le corresponde,





Mus habria sido necesario haberlo comprobado al principio de la enfermedad, es decir, ántes de que se hubiera producido afeccion alguna del fondo del ojo, único caso en que este síntoma tiene un verdadero valor.

La ataxia puede revestir diversos grados en los casos de Nacional de Medicina lesiones de los cuadrijéminos. En ciertas ocasiones, la ataxiaMUSEOMEDICINA.CL consiste en una titubeacion cerebelosa bien marcada; en otras, estos fenómenos atáxicos son ménos definidos i dependen solamente de una falta de destreza para ejecutar movimientos delicados o bien en un temblor del tipo intencional. En nuestra enferma notamos que habia una cierta incertidumbre en la marcha i una tremulacion en ámbas manos, ajitacion que se acentúa al ejecutar movimientos, ofreciendo, en una palabra, un temblor de tipo intencional. Esta ataxia ha sido considerada por Nothnagel como análoga a la que se observa en las lesiones del cerebelo. Los estudios publicados hasta ahora no permiten decidir qué parte de esta ataxia corresponde a la lesion de los cuadrijéminos i cuál al cerebelo.

Hicieron falta en esta enferma otros fenómenos observados en los casos de tumores de los tubérculos cuadrijéminos, que dependen de lesiones de vecindad, tales como las perturbaciones de la sensibilidad (compromiso de la cinta de Reil) movimientos atetosiformes (lesion del pulvínar) i perturbaciones de la masticacion (compromiso de la rama motriz del trijémino).

Hubo en cambio otros fenómenos que llaman la atencion: uno de éstos fué el vértigo, que revistió una intensidad mui grande, tal como solo se presenta en los tumores del cerebelo; por otra parte, se encontró ademas rijidez de la nuca i exajeracion de los reflejos, mas marcada del lado derecho. En el estudio del caso anterior, insistí sobre el valor de estos síntomas; la existencia de ellos hace pensar en que talvez el cere-

Museo Nacional de Medicina

belo ha sido lesionado secundariamente. La exajeracion de los reflejos, mas marcada del lado derecho, significaria, segun lo que se apuntó en el caso anterior, que era el hemisferio derecho el lesionado; se ve que hai coincidencia entre esta localizacion i la que se presumia de la lesion de los trobrettos cuadrijéminos. Estos puntos son litijiosos i por eso los dejo solo insinuados.

Casi no es necesario decir que la lesion en este caso debió ser un tumor, puesto que se produjo aumento de la presion intra-craneana como lo demuestran las perturbaciones del fondo del ojo, la cefalaljia, los vómitos, etc.

www.museomedicina.cl Las observaciones hechas justifican el diagnóstico de tumor de los tubérculos cuadrijéminos. Una localizacion mas exacta seria talvez aventurada i por eso selo se han dejada insinua dicina dos los puntos sobre los cuales podia fundarse.

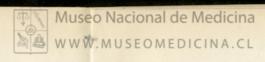
> Si he recordado este caso en esta memoria, destinada espe. NA. CL cialmente a los tumores del cerebelo, es porque he creido que él podia servir de complemento al primero, facilitando su diagnóstico diferencial.

La naturaleza del tumor en la segunda enferma es difícil de determinar. No hai en la paciente antecedente tuberculoso de ninguna clase, de modo que un tumor de esta naturaleza es improbable.

Museo Nacional de menanto a un tumor de orijen luético no parece tampoco probable, porque si bien es cierto que posiblemente su padre tuvo lúes, no hai dato alguno en la enferma que permita creer que ella sufriese de una heredo-sífilis; sin embargo, se insti tuyó el tratamiento antiluético i el resultado obtenido en los primeros dias, indica que la lúes no pudo eliminarse en absoluto. De los demas tumores que se presentan en el encéfalo,

MA WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina



Museo Nacional de Medicina se pueden eliminar los carcinomas i las aneurismas, porque la WW Vedad de la enferma i la marcha de la afeccion no hacen verosímiles estas suposiciones. Los quistes hidatídicos tambien se pueden eliminar porque no hai en el cuerpo otro quiste, único caso en que se puede creer en la existencia de un tumor de Nacional de Medicina esta naturaleza. Quedarian solo los gliomas, que son tumores mas benignos aun.

En este caso se trataria, pues, de un goma o de un glioma. La mejoría esperimentada al principio por la enferma inclina la balanza a favor de un goma. Conviene, sí, llamar la atencion sobre el desenlace súbito de la enferma, ocurrido seis meses despues, tal como el que se observa en las hemorrajias cerebrales; este desenlace hace dudar un poco de que se tratase de un goma, porque se observa este fin, sobre todo, en los gliomas que por ser mui vasculares predisponen a este jénero de terminacion.

Museo Nacional de Medicina Historia

La reseña siguiente la he tomado del Archivo de la Clínica de afecciones nerviosas.

Examen subjetivo.—Félix Delgadillo, 46 años, soltero, minero, nacido en Limache.

Antecedentes hereditarios. — Padre fué un tanto bebedoi; murió a los 45 años de un ataque al cerebro; duró solo 24 horas. Madre murió jóven, de fiebre tifoidea, al decir del enfermo.

Han sido doce hermanos, viven ocho sanos i robustos; los otros cuatro han muerto adultos de enfermedades comunes. No hubo abortos.

Antecedentes personales.—No puede decirse que ha sido un bebedor. En su niñez tuvo enfermedad a los ojos de poca



gravedad. El 79 hasta el 80, terciana. El 81, blenorrajia que se hizo crónica. El 83, chancro único que desapareció a los diez dias, un mes despues, alopecía en placas en la cabeza, i a continuacion i durante dos meses, una enfermedad crónica a la garganta de manifestaciones poco precisas i que nada dicen respecto de los caractéres de la enfermedad. No tuvo infartos ganglionares; no noto manchas en el cuerpo, ni ha tenido otras manifestaciones que pudieran imputarse a lúes. No se hizo tampoco tratamiento específico; una curandera se encargó de tratarle la garganta con gárgaras i eso fué todo.

Del 83 al 92, buena salud en jeneral salvo dolores a las piernas de carácter lancinante.

Museo Nacional de Medicina El 92, vértigos, unas veces de forma jiratoria i otras nó;

www.museomedicina cestos vértigos, que le hacian caer al suelo en muchas ocasiones,
le sobrevenian una a dos veces al dia en un principio; mas
tarde, con mucha frecuencia, i ultimamente es habitual en électica
un estado vertijinoso constante; le parece que la tierra se
mueve i por esto mismo su marcha es insegura i vacilante, no INA.CL
tuvo vómitos ni los ha tenido hasta la fecha.

En este mismo año sufrió de calambres a los músculos de

www.museomeo.Anfines del 92, adormecimiento en el lado derecho de la cara i a continuacion desviacion permanente de la misma al lado izquierdo, insuficiencia para la oclusion del ojo derecho, saliveo i, en una palabra, todos los fenómenos de una parálisis facial completa. Sin otra novedad, pero sin mejorar absolutamente de su parálisis, pasaron las cosas hasta el 95.

Museo Nacional erechos de marcha la efectúa con mayores dificultades i sus WWW.MUSEO pasos son mas inseguros, como si tuviera sueltas las coyunturas, como dice el enfermo. Al mismo tiempo siente gran dificultad para servirse de su brazo derecho i nota su mano sin fuerzas i torpe para la prehension de los objetos.

Estado actual.—5 de Abril de 1896. Persiste la hemiparesia

Museo Nacional de Medicina del lado derecho; continúa la parálisis facial que no ha me-WWW.jorado absolutamente.A.CL

La marcha es bastante defectuosa: camina con el cuerpo un poco flexionado, a pasos cortos i desiguales, con los pies separados, mirando siempre al suelo como para tomar equilibrio Nacional de Medicina nunca en línea recta. Es el tipo de la marcha cerebelosa, aunque no bien acentuada.

Al hacerlo tomar un objeto, puede notarse en su brazo derecho un temblor; igualmente se nota esto en la pierna del mismo lado, aunque de una manera ménos acentuada; el temblor hemi-lateral, es de ritmo medio, de tipo intencional, pero que no se modifica al hacerlo contraer con fuerza el brazo o la mano derechos.

Hai ROMBERG.

Vejiga.—No hai perturbacion alguna.

Sensibilidad.—Hemianaljesia incompleta del lado derecho; algo disminuida la sensibilidad térmica en el lado izquierdo.

Reflejos patelar i abdominal, abolidos; pupilar, existe a la

luz i a la acomodacion.

Hai ademas ambliopía, diplopía, nistagmus i lijero estrabismo esterno del ojo derecho que, al decir del enfermo, data desde su parálisis facial; no hai escotoma.

Reflejo farínjeo.—Perdido en ámbos lados. Velo del paladar, normal en ámbos lados. Lengua, desviada a la izquierda; hai tambien hemianaljesia de la misma en toda la mitad derecha i pérdida del gusto en el mismo lado; no hai temblor.

Palabra.—Un poco enredada, pero no lenta, escandeada. Olfato.—Casi anosmia en el lado izquierdo, conservado en el derecho.

Memoria.—Buena.

Oido.—Percepcion auditiva disminuida en ámbos oidos; mas en el derecho; reacción positiva al rinne.

Reaccion eléctrica.—Normal.

Exámen del fondo del ojo.—Segun el exámen hecho en la clínica de ojos, parece haber papila nacarada en el ojo izquier-



do; el derecho no se puede examinar por estar un poco turbio el humor vítreo.

Diagnóstico.—Tumor cerebeloso? Esclerósis combinada?
Junio 9.—Vuelto a examinar el enfermo se pudo notar como fenómeno nuevo, perturbaciones mesicales que consisten en esfuerzos para la miccion, algunas veces, i otras, en pérdida de algunas gotas de orina despues de concluida la miccion; estos fenómenos no son constantes. El enfermo ingresó al Hospital.

Se comprobó entónces que se habian presentado dolores fuertes en la rejion occipital en forma de ataques acompaña-

Museo Nacional de Medidos de vómitos, muchas veces.

Ha tenido tambien accesos de ictus apopléticos con absoluta pérdida del conocimiento que han terminado con un perfer Medicina do de sopor bastante largo. Estos últimos fenómenos no pudieron comprobarse bien porque estas observaciones hechas CINA.CL en el hospital fueron deficientes. Solo se sabe que los accesos se repitieron por tres veces únicamente.

Museo Nacional Elmenfermo murió a fines del mes de Junio.

so del tamaño de una nuez. Estaba situado en el cuerpo restiforme, haciendo compresion sobre los tubérculos cuadrijéminos i naturalmente sobre los núcleos del bulbo, CINA CL

Museo Nacional de Medicina

Discusion

WWW.MUSEOMEDICINA,CL

El estudio que haré de este caso será mui breve, tanto por evitar repeticiones, como por no haberlo seguido en su marcha.

Despues del primer exámen, el diagnóstico osciló entre un tumor del cerebelo i una esclerósis combinada.

Se comprende que esta duda fué perfectamente fundada si

MA WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo se toma en cuenta que hasta entónces los síntomas que exis-Atian, no indicaban con seguridad la existencia de un tumor cerebral, puesto que no se habian presentado cefalaljias ni vómitos i que la lesion del fondo del ojo solo se habia dado como probable por estar turbio el humor vitreo. En tales con. cional de Medicina diciones, el diagnóstico de tumor del cerebelo solo se podia estimar como posible. La existencia del signo de/Romberto USEOMEDICINA.CL la abolicion de los reflejos, hacian en cambio, un poca dudoso el diagnóstico anterior i pensar que bien podria tratarse de una esclerósis combinada de forma tabética.

Es un hecho comprobado por varios autores el que hai formas de esclerósis que pueden recordar perfectamente las lesiones circunscritas del encéfalo i, en especial, las del cerebelo (1). Esto se comprende tomando en cuenta que puede situarse en el cerebelo una placa de esclerósis que dé lugar a algunos síntomas cerebelosos.

En el exámen que se hizo posteriormente del enfermo, se comprobó que habia tenido cefalaljias occipitales i vómitos. Estos síntomas afirmaron el primer diagnóstico, alejando el segundo.

gundo. Este presente caso se diferencia mucho del primero, porque en éste aparecen síntomas que no son propios del tumor del cerebelo mismo, sino del compromiso de las rejiones vecinas. De estos síntomas los principales son: la hemiparesia i la parálisis facial del lado derecho; la parálisis del hipogloso del lado derecho; la disminucion de la agudeza auditiva en ámbos oidos i el estrabismo esterno del ojo derecho.

De estos síntomas hai algunos que ofrecen una gran importancia.

Entre las perturbaciones paralíticas que puede producir un tumor del cerebelo, la mas frecuente es la hemiplejia que en algunos casos, como en este enfermo, consiste solo en una

⁽¹⁾ Collet. Archivos de neurolojía, páj. 352-1893.



hemiparesia; sobre treinta i dos casos de tumor del cerebelo, Ferber la ha encontrado tres veces.

La mayor parte de los nervios craneanos pueden ser comprimidos o lesionados por tumores del cerebelo. El compromiso mas frecuente es el del óculo-motor esterno que produce ina estrabismo converjente; mas rara es la lesion del óculo-motor comun, observada en este enfermo i que ha producido estrabismo diverjente.

La parálisis facial es mui rara. En jeneral, es de orijen perisférico; en este enfermo tiene este oríjen puesto que ha sido afectado el facial superior i el inferior. Segun Nothna-GEL, se presenta del lado en que se encuentra el tumor.

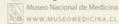
Museo Nacional de Medica dificultad para la articulación de las palabras, observawww.museomedic da en este caso, es lójico atribuirla a la parálisis del hipogloso del lado derecho.

> En la primera enferma descrita, habia tambien dificultad en la articulación de las palabras, pero no había compromiso del hipogloso. Esta perturbación de la palabra sin compromiso del DICINA.CL hipogloso, es mui frecuente i se encuentra, segun los autores, una vez sobre cada cinco casos; coexiste una falta de coordinacion de los movimientos de la lengua, que son incompletos, con www.una palabra lenta, mal articulada que recuerda la anartría; estas perturbaciones de la palabra son propias de las afecciones del cerebelo i se encuentrantanto en los casos de tumores Museo Nacional de Medicina como en los de atrofia del órgano.

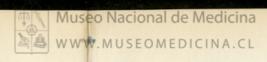
Las perturbaciones auditivas no son raras en los casos de tumores del cerebelo, lo que se comprende dadas las relaciones del acústico con el cuerpo restiforme.

Museo Nacionda perdidade igusto en el lado derecho, que se observa en la enferma i que indica una lesion del glosso-farinjeo, no ha sido señalada sino en casos mui complejos de tumores del cerebelo.

> La autopsia, en este caso, demostró que el tumor estaba situado en los cuerpos restiformes; esta situacion esplica el compromiso de los nervios indicados i que hicieron que los



Medicina



Museo Nac

Museo Nacional de Medicina lesion del cerebelo fuesen en cierto www.munodo enmascarados por los que resultaban del compromiso de las rejiones vecinas.

TRATAMIENTO



Despues de haber hecho el estudio clínico de los casos anteriores, es oportuno decir unas cuantas palabras sobre el tratamiento quirúrjico de los tumores del cerebelo.

La intervencion, en estos casos, puede tener en vista, o bien una mejoría radical por la estirpacion del tumor, o bien un fin paliativo que haga desaparecer, por el momento, los síntomas mas inquietantes.

Conviene recordar que tanto en una como en la otra forma de intervencion, la estadística es ménos favorable que la que se refiere a los tumores cerebrales de otro sitio, porque la localizacion en el cerebelo predispone mas al *shock* bulbar.

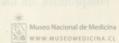
La estirpacion de un tumor del cerebelo fué practicada por primera vez en 1887 por Bennet May; el desenlace fatal se produjo pocas horas despues, debido a que el niño operado estaba en un estado de agotamiento profundo.

Mac-Ewen (1893) relata tres casos de operacion de tumores del cerebelo con éxito operatorio; dos de los operados murieron cuatro i cinco meses mas tarde de tuberculósis de otros órganos. En el tercer caso, se suprimió la cefalaljia.

Munn estirpó en 1893 un glioma que pesaba 11 gramos; desaparecieron algunos síntomas, pero la enferma murió a los dos dias (1).

En 1899 Cotterill (2) cita un caso de un enfermo que murió al tratar de estirparle un tumor del cerebelo.

Von Bergmann (3), en 1901, relata un caso de estirpacion



de un tumor kístico del cerebelo con éxito operatorio i terapéutico.

Se conocen todavía dos casos de estirpaciones de tumores del cerebelo practicadas por operadores ingleses con éxito halagador.

Museo Nacional de Medicina

Fuera de los casos mencionados no he encontrado otroscasos de estirpacion total de tumores del cerebelo.

Si los casos de estirpacion de un tumor son raros, no pasa lo mismo con las intervenciones paliativas que tienen por objeto disminuir la presion intro-craneana. Estas operaciones se han aplicado tanto en los tumores del cerebelo como en los Museo Nacional de Mquellocupan otro sitio en el encéfalo; sin embargo, es en los www.museomedicprimeros en los que mas comunmente se presenta esta indicacion, cuando el sitio del tumor lo hace inestirpable.

Se ha visto que las perturbaciones del fondo del cio i la Medicina cefalaljia se pueden considerar como síntomas que dependen, mas de un aumento de presion en jeneral, volve del la lesión DICINA.CL misma causada por el tunor. Tratando de remediar estos i otros síntomas no ménos penosos para el enfermo, se ha tratado de disminuir la presion, ya sea estrayendo líquido céfawww lo-raquídeo, ya resecando una parte de la pared craneana.

La estraccion del líquido céfalo-raquídeo ofrece mas apli-

cacion en los tumores del cerebelo que en los tumores situados en otros puntos del encéfalo; esto se esplica, porque en los primeros hai un gran aumento del líquido céfalo-raquídeo, ya en los ventrículos o por debajo de la aracnóides. Este líquido se ha estraido en parte para remediar los accidentes que su aumento produce. Se ha llegado a este resultado por varios caminos; los mas conocidos son la puncion lumbar i la puncion ventricular.

La puncion lumbar, ideada por Quincke de Kiel (1890), mui puesta de moda últimamente. ha sido utilizada para la estraccion de líquido céfalo-raquídeo en casos de tumores cereberales i especialmente en los tumores del cerebelo.

A WWW.MUSEOMEDICINA.CL

⁽¹⁾ Revue de sciences médicales. 1898, páj. 225.

⁽²⁾ The lancet II. 1899, páj. 160.

⁽³⁾ Semana médica. 1901; páj. 61.

onal de Medicina

Museo Na Chipaucr obtuvo un resultado mui halagador en un caso de tumor del cerebelo, en que el niñito estaba en estado de cóma del cual lo hizo salir por una serie de punciones; pero el mismo autor tuvo un caso de muerte súbita al cabo de diez horas en un enfermo de la misma naturaleza i oporado en las mismas condiciones. FÜRBRINGER ha publicado cuatro casos de muerte súbita por puncion sacro-lumbar en tumores cere SEOMEDICINA.CL brales, de los cuales dos eran del cerebelo. Lichtheim i Hahm han publicado casos idénticos. Esto ha hecho que Fürbringer considere contra indicada la puncion lumbar en casos de tumores del cerebro cualquiera que sea el sitio que ellos ocupen.

La puncion ventricular, conocida desde el tiempo de Hipó-CRATES i empleada mucho en el siglo pasado en la hidrocefalia de los niños, fué aplicada por primera vez en un caso de tumor del cerebelo, por el cirujano americano Keen con éxito mas o ménos satisfactorio; pero despues de él i, salvo raros casos, esta operacion ha dado resultados deplorables, tanto que Chipault dice que es difícil encontrar una estadística mas negra, ya que los ocho décimos, por lo ménos, de los operados por puncion ventricular, en casos de tumores del cerebelo, han muerto al cabo de algunas horas o dias.

En resúmen, la evacuacion del líquido céfalo-raquídeo, ya sea por puncion lumbar o por puncion de los ventrículos, no es recomendable.

La reseccion craneana como método descompresor en los tumores cerebrales usa de dos técnicas diferentes: la reseccion craneo-dural i la reseccion craneana simple.

El primer método, segun una estadística de Chipault, ha dado sobre 32 resecciones, 9 defunciones o sea cerca de un 30º/o; sus principales peligros son el schok operatorio, el reblandecimiento cerebral post-operatorio i la infeccion menínjea. Ademas es de técnica mas complicada que la segunda.

La reseccion craneana simple fué practicada por primera vez por Horsley, en 1812 en un caso de tumor del cerebelo, i tuvo por efecto disminuir las cefaleas atroces de que se quejaba la enferma.

Segun la estadística de Chipault ha dado una defuncion sobre once casos o sea una estadística cuatro veces mas favorable que la de la resección craneo crurala de estos once casos a de trepanacion descompresora en los tumores cerebrales, cuatro eran de tumores del cerebelo. El resultado ha sido satisfactorio. Sanger en el 31 Congreso de la Sociedad alemana de cirujia (1) relata otros once casos de esta naturaleza en los cuales ha habido una mejoría considerable.

Como se vé, la reseccion craneana simple es, entre las operaciones paliativas practicadas en los casos de tumores inope-Museo Nacional de Mediables del cerebro en jeneral i del cerebelo en especial, la que www.museomedicinofrece una estadística mas favorable. Si no ejerce sino un efecto terapéutico transitorio i que solo se dirije a ciertos síntomas, en cambio es una operacion casi inocente, i que permite conservar algunos dias i a veces, algunos meses mas la vida a los desgraciados, que por la situación del/tumor dentro de la ICINA.CL cavidad craneana, no pueden esperar una curacion radical, ya que la estirpacion de un tumor en tales condiciones es im-Museo Na posible.

(1) Semana médica,16 de Abril de 1902.

Museo Nacional de Medicina & WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina WWW.MUSEOMEDICINA.CL

