

ces, de golpes desgraciados sobre la región cortical, donde está localizado el neoplasma; se invoca la ingestión de substancias excitantes, como el café (Féré). Todo esto es individual ó fortuito. No hay reglas generales.

DIAGNÓSTICO. — Basta indicar los datos con ayuda de los cuales es posible distinguir la epilepsia jacksoniana de las dos únicas afecciones que se la asemejan: la epilepsia esencial y el histerismo. Lo que hemos dicho, es suficiente para hacer el diagnóstico de un modo absoluto. Las diferencias que permiten distinguir la epilepsia jacksoniana de la esencial ó del histerismo, se expondrán después. En resumen, sólo nos queda por señalar una cosa: la posibilidad de ver al histerismo, enfermedad simuladora por excelencia, manifestarse por epilepsias parciales (Ballet, Charcot). La noción previa del histerismo será, en tal caso, la base del diagnóstico.

Cuando la epilepsia jacksoniana se reconoce como tal, es necesario determinar la causa que la ha producido; además de los traumatismos, en los que los conmemorativos y el examen de las regiones lesionadas son de diagnóstico relativamente fácil, debe pensarse: 1.º, en la sífilis; 2.º, en la tuberculosis; 3.º, en la paquimeningitis; 4.º, en los tumores cerebrales, según el modo de evolución y la agrupación de los síntomas concomitantes. *Y como la cuestión de la intervención quirúrgica es más formal en ésta que en los demás casos de enfermedad de los centros nerviosos*, el diagnóstico de la localización cortical debe fundarse siempre en bases rigurosas: la análisis del síndrome, su localización periférica inicial, su modo de generalización.

CAPÍTULO V

HEMIANESTESIA

DEFINICIÓN. — Se da el nombre de *hemianestesia sensitivo-sensorial* á la pérdida de la sensibilidad en la *totalidad de una de las mitades del cuerpo*. Se afectan todos los sentidos, es decir, que no sólo se suprimen la sensibilidad táctil, el oído, el gusto, el olfato, la visión, sino también la sensibilidad muscular y la articular (1). Conviene, no obstante, advertir que las sensibilidades muscular y articular, sólo se pierden en general cuando se interesa la función motora voluntaria.

Lo que sorprende desde el principio en el síndrome hemianestesia, es la regularidad perfecta de su distribución; el límite de la superficie ectodérmica insensible es la línea media. Cuando se intenta marcar con un alfiler los límites de la insensibilidad tegumentaria, se observa á lo sumo que las excitaciones se notan de una manera confusa á algunos milímetros por fuera de la línea media en toda la longitud del lado insensible. Entre todos los fenómenos morbosos que á falta de hechos anatómicos prueban el entrecruzamiento de los conductores nerviosos *centrípetos*, la hemianestesia es el más demostrativo. Es, según la fórmula de Charcot, un síndrome *geoméricamente partido por*

(1) Morax, *Bull. Soc. anat.*, 1891, p. 262.

la mitad. En las mucosas (lengua, labios, encía, velo palatino), la hemianestesia se detiene en la epidermis, exactamente en la línea media; y no son para la función táctil, sino para la gustatoria. En el glande, en el prepucio, en el clítoris, los mismos límites invariables. La audición es nula, ó al menos muy obtusa, en el mismo lado. El olfato se pierde en la fosa nasal correspondiente; no se nota ni aun el olor del amoníaco. Sólo queda en litigio un punto referente á la visión. Según Charcot, la hemianestesia sensitivo-sensorial se manifiesta, para la función óptica, por ambliopía unilateral; según otros autores consiste en hemianopía cruzada, que se caracteriza por escotoma regular en la mitad del campo de la visión, que corresponde á la hemianestesia. Más adelante volveremos á ocuparnos de este asunto, pero podemos decir desde ahora, que es muy aventurado condenar la opinión de Charcot. La hemianopía es sin duda más frecuente que la ambliopía unilateral. No es menos cierto que se ha observado la ambliopía sola y que cuando existe, su razón anatómica es algo diferente de la de la hemianopía.

En las enfermedades orgánicas del cerebro, la hemianestesia puede principiarse de repente por un ictus, con ó sin hemiplegia homóloga. Su duración, al contrario que la de la hemiplegia motora, suele ser bastante corta. Como su causa más frecuente es un raptus hemorrágico, se admite que la curación coincide con la absorción del coágulo. Pero esto es sólo una hipótesis. Es indudable que la hemianestesia mejora ó desaparece en muchos casos en los que la destrucción de los conductores de la sensibilidad es completa y definitiva. Por este motivo debe reservarse la interpretación del fenómeno y suponer provisionalmente que la suplencia funcional, equivalente á una curación, se efectúa por fibras centrípetas, no entrecruzadas ó entrecruzadas dos veces.

La hemianestesia no es una complicación necesaria de la hemiplegia cerebral común. Se ha negado su existencia por espacio de mucho tiempo, según la ley de Briquet. Después se la ha considerado como un síntoma ligado á las parálisis cerebrales. La verdad, evidente hoy, es que constituye un síndrome bien definido, asociado algunas veces á la hemiplegia, otras á las hemicoreas ó hemiatetosis, pero en ocasiones también aislado y representando en cierto modo la única ó casi única manifestación somática de una lesión del encéfalo. Los médicos del siglo pasado, entre los que merece citarse Borsieri, la señalaron de un modo explícito. Después, en época más próxima á la nuestra, han referido varios ejemplos Abercrombie, Andral, Hirsch, Leubuscher, Broadbent, H. Jackson. Los que la han estudiado mejor y precisado el sitio de las lesiones que la producen son, sobre todo, L. Türck y Charcot.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La hemianestesia es ocasionada por focos capsulares ó corticales. Las observaciones anatomo-clínicas de Türck y Charcot, han demostrado que cuando depende de un foco capsular, éste ocupa la parte más posterior del segmento posterior de la cápsula interna, es decir, la *encrucijada sensitiva*. « Tres veces, dice Charcot (*Mal. du syst. nerv.*, t. II, pág. 358), he tenido ocasión de hacer la autopsia de individuos en los que una hemicorea, que databa de varios años, había sucedido á una hemiplegia de principio apopléctico brusco. En estos tres casos era acentuadísima la hemianestesia ». En los tres, el foco interesaba por uno de sus puntos la encrucijada sensitiva. La fisiología experimental, en manos de Veyssiére (1), de Carville y Duret, ha

confirmado esta localización, y casos recientes seguidos de autopsia, publicados por diversos autores, por Ferrier, Dejerine (2), Charcot y Huet (3), Morax (4), Reymond (5), no dejan lugar a la menor duda. Las autopsias de hemianestesia por lesiones corticales, son con seguridad menos numerosas y hasta discutibles (véase una observación interesante de Dejerine) (6). Pero esta rareza es quizá sólo relativa; puede decirse que depende de la duración esencialmente transitoria del síntoma; si no, debería observársela en casi todos los casos de hemiplegia cortical, porque la superposición de los centros motores y de los sensitivos corticales, parece hoy día demostrada por la observación anatómico-clínica y por la fisiología experimental. Volveremos a ocuparnos de este asunto más adelante.

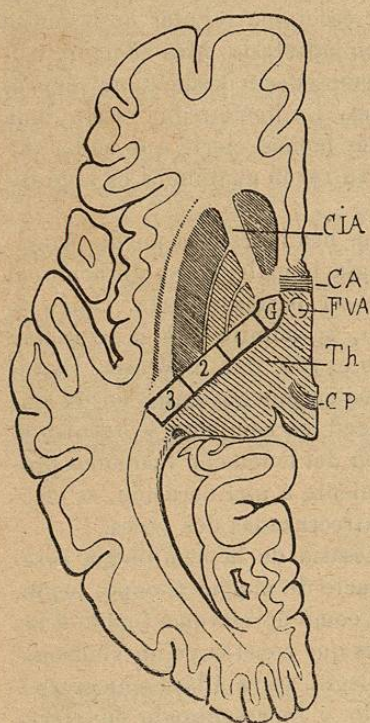


Fig. 19.—Corte horizontal del hemisferio (esquemático). Th, capa óptica; CA, comisura anterior; CP, comisura posterior; FVA, hacecillo de Vicq d'Azir; CIA, segmento anterior de la cápsula interna; G, rodilla de la cápsula; 1, 2, 3, los tres tercios del segmento posterior de la cápsula.

Es difícil la localización exacta de la *encrucijada sensitiva*. Charcot, á quien se debe haber determinado mejor la región de la hemianestesia sensitivo-sensorial, cree, como cosa corriente, que las fibras centrípetas de todas las sensibilidades pasan por el *tercio posterior del segmento posterior de la cápsula interna*. La fig. 19, esquemática por completo, permite apreciar la situación y extensión aproximadas de esta «encrucijada». En un corte horizontal del hemisferio (llamado corte de Flechsig), el segmento posterior de la cápsula se divide en tres partes casi iguales (1, 2, 3). Entre este segmento posterior y el anterior (CIA), se ha representado la pequeña región de la corona radiante, á la que se reserva el nombre de *rodilla capsular* (G). En el departamento más posterior (3), convergen las fibras de la sensibilidad para las *sensaciones percibidas*.

La localización de Charcot sería irrepachable si estuviera formulada de una manera más explícita. Los cortes horizontales del hemisferio no representan, en efecto, la cápsula interna bajo un aspecto invariable; todo depende del punto en que se practiquen, y el corte de Flechsig, en particular, no secciona siempre las mismas partes blancas ó grises. Si se secciona el hemisferio, por ejemplo, á 1 centímetro por encima de la comisura blanca posterior, el seg-

(1) Veyssiére, Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale. Thèse de Paris, 1874.

(2) Déjerine, *Bullet. Soc. anat.*, 1888.

(3) Charcot et Huet, *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 288 et 586.

(4) Morax, *loc. cit.*

(5) Reymond, *Bullet. Soc. anat.*, 1893, p. 3.

(6) Déjerine, *Contrib. à l'étude des localisations sensitives de l'écorce. Rev. Neurol.*, 1893, p. 50.

mento posterior de la cápsula no se presenta bajo la misma forma que en la sección horizontal que pase por la comisura misma. En otros términos, la cápsula interna tiene una extensión vertical, de la que sólo una parte es interesada en el síndrome hemianestesia. La definición anatómica de la encrucijada sensitiva necesita, para ser completa, la determinación de la *altura* de la cápsula, donde convergen todas las fibras sensitivo-sensoriales. Esta altura no

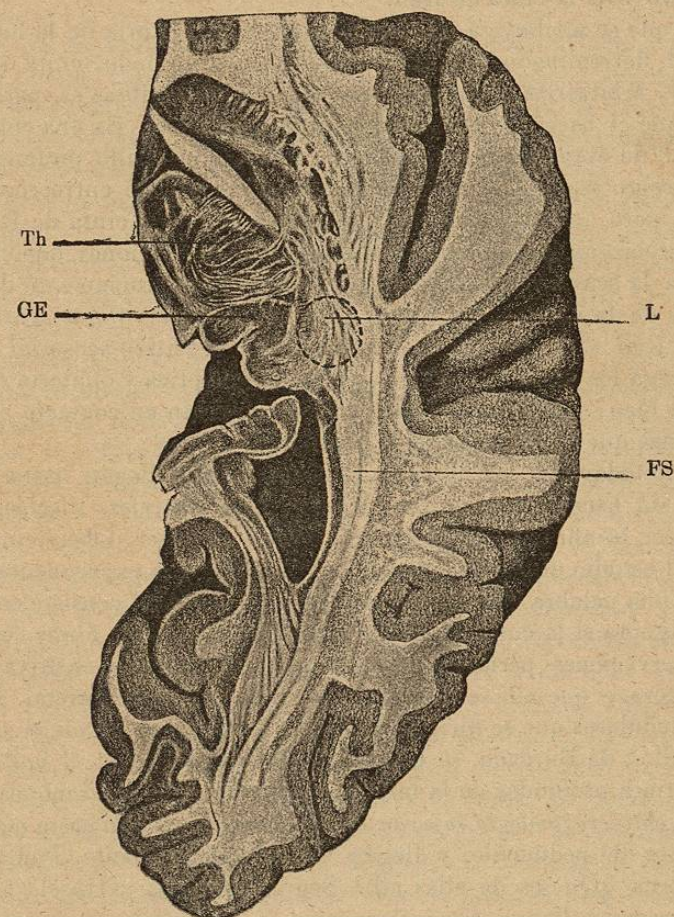


Fig. 20.—Th, tálamo; GE, cuerpo geniculado externo; FS, hacecillo sensitivo; L, lesión de la hemianestesia en la encrucijada sensitiva.

se ha señalado aún con bastante exactitud. Una lesión destructora del *tercio posterior del segmento posterior*, jamás producirá la hemianestesia si ocupa las partes más elevadas de la cápsula. Produce, al contrario, el síndrome una lesión situada en la parte más inferior de la región opto-estriada, es decir, en el punto donde penetran las fibras más posteriores de la base del pedúnculo. Por consiguiente, cuando se desee averiguar la causa anatómica de una hemianestesia cerebral, debe hacerse el corte horizontal en ó por debajo de la comisura blanca posterior, para dividir el cuerpo geniculado externo, próximamente por la parte media de su diámetro vertical. La fig. 20 representa, de una manera

bastante exacta, el aspecto de un corte horizontal que pasa por estos puntos de mira. Así se comprende que la «encrucijada» (*GSE*) está situada exactamente por fuera del cuerpo geniculado externo (*GE*) en la extremidad anterior del hacecillo sensitivo (*FS*). Se trata de anatomía médica y no descriptiva. Si hubiera que limitar la encrucijada sensitiva de una manera más conforme con la anatomía descriptiva, sería preciso decir que se halla en la unión del hacecillo sensitivo y de la cinta de Reil.

El papel que se atribuye á la *cinta de Reil* en la historia de la hemianestesia está mal determinado aún. Las descripciones de dicha cinta son, en su mayor parte, arbitrarias. Se admite que este grupo de fibras es, para la sensibilidad, lo que el hacecillo piramidal para la movilidad. Es una comisura cerebro-espinal de fibras centrípetas largas, como el hacecillo piramidal es una comisura cerebro-espinal de fibras centrífugas largas. Se entrecruza también en el bulbo, pero de una manera incompleta. Aunque la cinta de Reil es una comisura cerebro-espinal y hasta cortico-espinal, las lesiones que la dividen no suprimen la sensibilidad de los nervios craneanos, propiamente dichos, ó á lo menos los de la visión y del olfato. Una lesión de las fibras centrípetas de la cinta de Reil sólo produce la hemianestesia sensitivo-sensorial completa cuando interesa los conductores de las sensaciones óptica y olfatoria del mismo lado. Ahora bien; precisamente estos últimos no están en contacto con la cinta de Reil más que en la encrucijada sensitiva.

No se sabe todavía si las fibras de la cinta de Reil llegan hasta la corteza hemisférica sin hacer escala en los núcleos grises centrales. Flechsig, Monakow optan por la afirmativa; Meynert, Forel, Edinger, Obersteiner, por la negativa. El estudio de las degeneraciones patológicas ó experimentales no ha dicho su última palabra sobre el particular. La dificultad consiste en que hasta ahora se ignora si la cinta de Reil contiene algo más que fibras centrípetas. Ciertas observaciones permiten suponer que su porción sensitiva asciende hasta la corteza, y que allí se distribuye por toda la región parietal. Las fibras sensitivas medulares que se dirigen de abajo á arriba para terminar en los núcleos de Goll y de Burdach, se continúan mediatamente en el bulbo con las fibras arciformes profundas de la formación reticular. Estas franquean la línea media en el *entrecruzamiento superior de las pirámides*, y van hasta más allá del plano superior del pedúnculo, y llegan á la corona radiante. Penetran en la cápsula interna. ¿Qué es de ellas allí? Según Flechsig y Hösel (1) atraviesan el centro oval y llegan, sin interrupción, á las circunvoluciones de la región parietal; según Mahaim (de Lieja) (2) se detienen en la lámina medular externa y en la capa reticular del tálamo. Son necesarias nuevas observaciones para resolver estas diferencias.

SÍNTOMAS. — DIAGNÓSTICO. — La hemianestesia de origen cerebral no traspasa la línea media. Unas veces, sobre todo cuando es de origen capsular, es total é interesa la mitad del cuerpo: cara, tronco y miembros del mismo lado. Otras, en particular cuando depende de un foco cortical, es parcial y está en relación con la hemiplegia, que se presenta con frecuencia bajo el tipo de monoplegia asociada.

(1) *Arch. f. Psych.*, 1892 et 1893.

(2) *Ibid.*, 1893.

Cualquiera que sea su distribución, la hemianestesia cerebral es completa ó incompleta. En el primer caso, bastante raro, recuerda la hemianestesia de los histéricos: las sensaciones táctiles dolorosas y térmicas están abolidas casi por completo. En el segundo, estas sensaciones se hallan más ó menos disminuidas; algunas se conservan por completo: el tipo de disociación que se designa hoy con el nombre de «siringomiélico», había sido observado por Landois y Mosler (1).

Sabemos que la hemianestesia cerebral es de ordinario fugaz y transitoria, y que en ocasiones dura sólo horas. Al menos es frecuente observarla después del ictus y no descubrirla algunos días después. A causa de este carácter fugaz, parece rara. Pero algunas veces dura meses y aun años, hasta la muerte. Puede sobrevivir también á la hemiplegia, que mejora ó cura.

El que las observaciones antiguas no hagan mención de la anestesia sensorial y se limiten á señalar la hemianestesia de la sensibilidad general, débese á que no se examinaban los sentidos de la manera debida. En efecto, estas observaciones nada indican respecto á la anestesia sensorial. Los casos de Charcot, como hemos dicho, demostraron de una manera perentoria su participación, confirmada después por las observaciones de Ferrier, Dejerine, etc.

«Esta hemianestesia capsular, dice Charcot, cuando es acentuada, no difiere en nada esencial de la hemianestesia histérica, y en particular en lo que al campo visual se refiere: no se observa hemiopia en tal caso, sino ambliopia cruzada ó doble, como si se tratara del histerismo». Es un hecho que la hemianestesia sensorial indica casi siempre un lesión capsular y no un foco cortical. En efecto, la hemianestesia de origen cortical se limita de ordinario á la sensibilidad general y respeta los sentidos especiales. Estos pueden interesarse con seguridad, pero es necesario que el foco sea de superficie muy extensa para que se despierten todas las sensibilidades especiales. Los centros corticales del gusto y del olfato no se han determinado aún bien; el del oído, localizado en la primer temporal, puede en rigor interesarse á menudo. Respecto al centro de la visión, su alteración en la especie no produce la estrechez simple ó doble del campo visual, sino más bien *hemiopia*. Ahora bien; ésta se ha observado en varios ejemplos de hemianestesia cerebral. En estos casos, como en el de Morax, la lesión interesa el lóbulo occipital ó las irradiaciones ópticas de Gratiolet. La existencia de la hemiopia en un caso de hemianestesia cerebral es de grandísima importancia, desde el punto de vista del diagnóstico. Permite eliminar el histerismo, porque jamás se ha observado la hemiopia en esta gran neurosis.

Fuera de este estado, hay materia de diagnóstico. Ante una hemianestesia sensitivo-sensorial, el problema se reduce á un dilema: ¿este signo depende de una lesión cerebral ó del histerismo? Las hemianestias saturnina, alcohólica, etcétera, que podían discutirse en otra época, carecen hoy de autonomía y dependen, al parecer, del histerismo. Si hay hemiplegia con exaltación de los reflejos y trepidación espinal, se trata con seguridad de una hemianestesia de origen orgánico. Pero la hemiplegia coexistente no es constante, como lo demuestran varias observaciones, bien porque no haya existido, ó porque haya

(1) Landois et Mosler, *Berl. klin. Woch.*, 1868, p. 401.

curado. A falta de hemiplegia, indican la lesión material del cerebro la hemiparésia ó la hemiatetosis. Pero la hemiparésia falta también en algunos casos. Puede tratarse sólo de la hemianestesia pura y simple, y entonces el diagnóstico es difícil, porque la hemianestesia orgánica, dice Charcot, en nada esencial difiere de la del histerismo. Sin embargo, un histérico que padece alteraciones de la sensibilidad en un lado del cuerpo, presenta generalmente otros estigmas. Y, por otra parte, su hemianestesia es móvil, contradictoria, fugaz, accesible á los estesiógenos, etc. En realidad, es posible siempre resolver el problema.

Cuando se elimina el histerismo, queda por averiguar si la hemianestesia depende de un foco cortical ó de una lesión capsular. Los caracteres que hemos indicado ya y los signos concomitantes permitirán hacer el diagnóstico.

Sólo hemos estudiado la hemianestesia de causa cerebral. Más adelante, veremos los caracteres propios de la hemianestesia de causa espinal.

CAPITULO VI

HEMIANOPIA

DEFINICIÓN. — Sabido es que el hemisferio cerebral de un lado se halla en relación con el opuesto del cuerpo para las sensaciones y los movimientos. Las sensaciones táctiles, por ejemplo, que impresionan el lado derecho, son notadas por el hemisferio cerebral izquierdo. Lo mismo sucede con las visuales. La

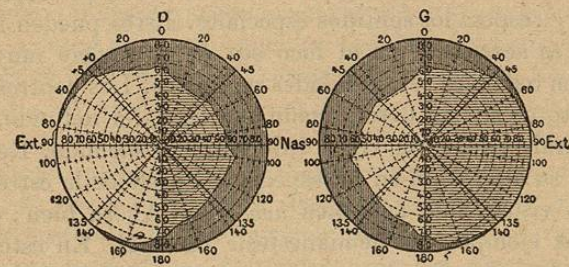


Fig. 21. — Hemianopia homónima derecha.

imagen de un objeto que vemos á la derecha, pertenece al hemisferio izquierdo. ¿Está suprimida la imagen? Se dirá entonces que hay hemianopia derecha en el mismo sentido que se dice hemianestesia derecha. La *hemianopia* ó *hemianopsia* ó *hemipopia*, es la supresión completa ó incompleta de una de las mitades del campo visual. La analogía entre las sensaciones táctiles y visuales no es absoluta, porque, en realidad, vemos á la derecha con la mitad izquierda de nuestras dos retinas, y viceversa. No es más frecuente, porque la retina derecha concurre también á la visión derecha.

La hemianopia que hemos tomado por tipo interesa las dos mitades correspondientes ú homónimas del campo visual de ambos ojos: es la hemianopia homónima derecha ó izquierda (fig. 21). Se llama también lateral, por oposición á la hemianopsia homónima superior ó inferior. Estas dos variedades últimas, son aún mal conocidas; las dejaremos á un lado. Se las ha dado también

el nombre de hemianopias en sector, suponiendo que los segmentos diferentes de la retina, pueden ser proyectados sobre territorios corticales distintos (Munk). Von Monakow niega esta proyección, fundándose en el papel que desempeñan los centros ganglionares. Conviene no olvidar, que la hemianopia lateral puede consistir en escotomas simétricos.

Hay más: se ha dado excesiva extensión al término hemianopia. Se llama hemianopia *heterónima* á la que consiste en la supresión de una mitad de los dos campos visuales, y de la otra mitad del derecho. La hemianopia es entonces derecha en un lado, é izquierda en el otro; ó dicho de otro modo: es *nasal* ó bien *temporal* para los dos campos visuales á la vez.

Por último, la hemianopia puede no ser binocular; es sencillamente monocular si la lesión interesa sólo la mitad de uno de los nervios ópticos.

Localización. — Para comprender la localización de todas las demás variedades de hemianopia, es indispensable tomar como base los datos anatómicos y fisiológicos que se conocen hoy.

Más allá del nervio óptico las fibras visuales pasan al quiasma, después á las cintas ópticas; no vamos á ocuparnos de las fibras que se agregan en estas regiones á las fibras nerviosas procedentes de los nervios ópticos. El hecho importante es que estos nervios ópticos sólo sufren en el quiasma un *semi-entrecruzamiento*, de tal manera que la cinta

óptica de un lado contiene hacecillos que se dirigen á la retina del mismo lado y hacecillos que se dirigen al lado opuesto. Esta disposición sólo se observa en los vertebrados superiores en los que los dos campos visuales se confunden más ó menos. Las fibras visuales que no se entrecruzan en el quiasma, son tanto más numerosas cuanto más extensa es la parte común de los dos campos visuales. Este semi-entrecruzamiento, que era solo una hipótesis (Newton) cuando publicaba Charcot sus lecciones sobre las localizaciones cerebrales, ha sido confirmado por el estudio de las degeneraciones experimentales y anatomopatológicas (Gudden) (1).

(1) En 1754 observó Panizza (citado por Tamburini) esta degeneración en el hombre y en los animales.

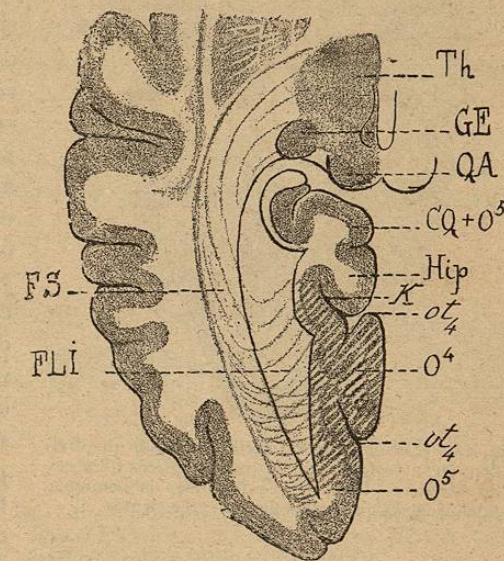


Fig. 22. — Irradiaciones ópticas (FS) esquemáticas en un corte horizontal de la región occipital. Proceden de la punta occipital (O⁵) y de la cara interna del hemisferio. Terminan por delante en el tálamo (Th), en el cuerpo geniculado externo (GE) y en el tubérculo cuadrigémico anterior (QA). Son continuación, debajo del asta occipital del ventrículo, del hacecillo longitudinal inferior (FLI). O⁴, O⁵, cuarta y quinta circunvolución occipital ó gyros fusiforme y gyros lingual; CQ + O⁵, unión del lóbulo cuadrado y del gyros lingual; Hip, circunvolución del hipocampo; O⁴, surco del hipocampo; K, cisura calcarina; O⁴, cuarto surco occipito-temporal. Las estrías de la cara interna del lóbulo occipital, presentan el foco de la hemianopia cortical (gyros lingual y fusiforme O⁵, O⁴).