

tiene los límites tan marcados como el tubérculo. El sífiloma, como tumor, es idéntico al tubérculo; pero no se le observa en estado de pureza *más que en casos excepcionales por completo*. Casi siempre, según ha demostrado Fournier, la sífilis determina en el encéfalo productos esclero-gomosos y no gomas. Además, estos productos esclero-gomosos son de origen meníngeo y centro de arrugas ó de bridas esclerosas que constituyen las lesiones características de la paquimeningitis sífilítica. Por último, si queda alguna duda, basta para disiparla el examen bacteriológico, positivo casi siempre en la tuberculosis solitaria.

Los caracteres microscópicos de los tubérculos del cerebro son idénticos á los de todos los tubérculos masivos. Los capilares y las arteriolas que penetran en ellos se hacen invisibles al llegar á la masa caseosa central. Las granulaciones primitivas se acumulan de preferencia alrededor de estos vasos. Por circunscrito que sea un tubérculo central, se encuentran siempre folículos primitivos en la cápsula que les aísla al parecer.

SINTOMATOLOGÍA. — El cuadro sintomático de los tumores cerebrales es variable en absoluto, y es difícil trazar uno, por esquemático que sea, conforme con la mayor parte de los casos. Inútil parece decir que las manifestaciones clínicas varían según la localización; es indudable, además, que la evolución está regida por la naturaleza del tumor: el glioma, por ejemplo, no es más que una modalidad de estructura del tejido encefálico, que no origina forzosamente cambios apreciables en las funciones del hemisferio; el sarcoma telangiectásico con las fluxiones, las hemorragias, de las que es origen y sitio, produce, por el contrario, fenómenos bruscos. Resulta de aquí que, en igualdad de volumen y de compresión, dos neoplasmas producen efectos distintos por completo. Hay tumores— aun entre los que se desarrollan á expensas de las meninges— que en razón de sus grandes dimensiones deforman de una manera prodigiosa la superficie y el perfil del cerebro, sin producir síntoma alguno. Existen otros que, á pesar de su volumen pequeñísimo, producen fenómenos con una rapidez inaudita; hasta el punto que su primera manifestación es un ictus apopléctico. Los primeros son los que aumentan de volumen con lentitud, dando tiempo á los centros para que se habituen á su presencia; los segundos crecen con rapidez y son imposibles las compensaciones circulatorias. Por último, al lado de los tumores que no hacen más que comprimir el tejido nervioso, existen otros que le destruyen. Todo esto es variable en alto grado, y está subordinado á muchas circunstancias complejas para que sea posible hacer ni aun siquiera un esbozo, como en otra cualquiera enfermedad cerebral.

A pesar de lo dicho, es necesario, sin embargo, admitir que un tumor, cualquiera que sea su sitio y volumen, se manifiesta siempre por dos clases de fenómenos: unos casi constantes dependen de la compresión; otros variables hasta el infinito resultan primero de la irritación del parénquima cerebral, después de su destrucción ó de su infiltración edematosa, y por último de la localización inicial y preponderante del neoplasma.

Síntomas constantes. — Son la cefalea, las convulsiones y la debilidad intelectual.

Cefalea. — En la mayor parte de los casos, la cefalea es el primer síntoma que se presenta. Es frontal ú occipital, y en ocasiones parietal; no corresponde á la localización del tumor, ni tiene sitio fijo; ocupa unas veces la frente, otras

el globo ocular (Charcot), ó el occipucio. Primero sorda, profunda, tenaz, se hace poco á poco gravativa, sujeta á exacerbaciones, sobre todo después de las comidas. Es con frecuencia intolerable, el enfermo gime mientras duerme, lanza gritos lastimeros agudos y prolongados. Esta cefalea es, por decirlo así, el síntoma del primer período.

Las *convulsiones* no se presentan de pronto, ó al menos lo hacen poquísimas veces. Siguen al período de cefalea; entonces aparecen de repente, sin causa apreciable, afectando los caracteres más típicos y completos de la epilepsia verdadera. Es decir, que son generales y presentan los tres estados del gran mal tal como se describirán después. Puede calcularse en el 50 por 100 (Hirt) la proporción de los tumores cerebrales en los que figura la epilepsia. La frecuencia de las crisis es, por lo demás, indeterminada.

La *debilidad intelectual* es consecutiva á la cefalea, vaya ó no acompañada de epilepsia. Es, al parecer, consecuencia de ella. El enfermo se sujeta la cabeza con las manos, permanece inmóvil é indiferente á todo, absorto en el dolor profundo que le atormenta, no habla, no responde, no abandona su lecho ó su asiento, no piensa en alimentarse. Llamándole en voz alta por su nombre, se le saca de su atontamiento, pero cae en él al poco tiempo.

Este mismo estado de aplanamiento se manifiesta en ciertos casos con lentitud y de una manera insensible después de pasar el período de cefalea. En este caso el enfermo no tiene la tristeza en que le había sumido al principio el sufrimiento. Pierde la memoria, se obscurece su entendimiento, pero su carácter permanece siendo el mismo, alegre si lo era antes; es simplemente volver á la infancia, sin la vivacidad de las impresiones y la curiosidad del niño. Una disminución tal de las funciones psíquicas, coincide siempre con tendencia marcada al sueño. Cuando no padecen, estos enfermos duermen.

Todo puede quedar reducido á esto. Los aparatos conservan la integridad de sus funciones fisiológicas, pero con cierto entorpecimiento. El pulso se hace más lento, la respiración es corta, rara y superficial; es un verdadero sueño invernal. Las fuerzas disminuyen poco á poco, y la muerte sobreviene en un estado caquético, imprevisto y prematuro en cierto modo, ó después de uno ó dos ataques de coma simple, con ó sin convulsiones.

Los casos en los que se realiza este cuadro esquemático son raros. Su interpretación no es difícil. Puede suponerse, cuando menos, que la cefalea, las convulsiones y los trastornos psíquicos, resultan de una compresión general del encéfalo, y que esta compresión es consecuencia del desequilibrio del líquido cefalo-raquídeo. En efecto, una de estas dos cosas: ó el tumor por su desarrollo rápido aumenta la tensión del líquido, ó bien á causa de su desarrollo lento, disminuye el calibre del espacio sub-aracnoideo y hace desaparecer más ó menos por completo el líquido. En el primer caso, el agente de la compresión total del encéfalo es la tensión excesiva del líquido cefalo-raquídeo; en el segundo, es la presión sanguínea no amortiguada por la capa acuosa del espacio sub-aracnoideo. Uno y otro mecanismo tienen el mismo valor para la patogenia de la cefalea, puesto que el encéfalo está dotado de una sensibilidad propia, independiente de la debida á las ramificaciones meníngeas del quinto par. La misma explicación se aplica á la pérdida intelectual, desde el instante en que los elementos nerviosos están sometidos á la compresión. Las convulsiones

son más difíciles de interpretar, aunque se admite que son siempre resultado de una irritación. Pero es imposible, por ahora, precisar lo que pertenece á la compresión simple y lo que es propio de la irritación en los fenómenos de la circulación cefalo-raquídea.

Síntomas inconstantes. — Deben dividirse en dos categorías. Unos parecen depender, como los síntomas constantes, de un trastorno general del equilibrio encefálico; los otros son, sin duda alguna, provocados por alteraciones localizadas de la substancia cerebral.

a) Los primeros son: los *vómitos*, los *vértigos*, el *éxtasis papilar* ó *estrangulación de la papila*.

Los *vómitos* sólo tienen de particular la facilidad con que se producen, casi siempre después de las comidas, aun durante ellas, sin náuseas previas y en cierto modo por regurgitación al variar de posición. Tal es, por lo demás, el rasgo característico de lo que se llama vulgarmente *vómito cerebral*. Transcurren largos períodos, durante los cuales desaparecen sin saber por qué. Después se presentan de nuevo y vuelven á desaparecer. Cada período de vómitos corresponde, en lo que puede juzgarse, á una exageración concomitante de los otros fenómenos de la compresión total. No es raro que los vómitos coincidan con un estreñimiento rebelde, como en las meningitis agudas infantiles. Uno y otro síntoma parecen — vistas las analogías de las circunstancias patógenas — resultar de la compresión bulbar por hidrocefalia ventricular.

Los *vértigos* son frequentísimos, pero es raro que afecten la forma giratoria. Se observa más bien la variedad que los antiguos llamaban *vértigo tenebroso*, y que consiste sencillamente en ofuscaciones pasajeras, con pérdida intelectual y adormecimiento de los miembros. Los enfermos *no caen*, como en los accesos graves del vértigo epiléptico. Tienen tiempo de sentarse y de evitar la caída. Esto no impide que en ciertos casos padezcan también el vértigo epiléptico verdadero; pero es á causa de la epilepsia sintomática, á la que les expone el tumor. El vértigo en cuestión es un equivalente de la epilepsia.

El *éxtasis papilar* ó *estrangulación de la papila*, es un trastorno de la circulación retiniana, debida á la distensión del espacio intravaginal del nervio óptico por el líquido encefálico. Se trata también, por consiguiente, de un fenómeno de compresión. El éxtasis papilar es un signo visible con el oftalmoscopio y que es necesario procurar descubrir siempre, aunque no acuse el enfermo trastorno visual alguno. No origina ni amaurosis, ni ambliopía. Suele estar asociado á síntomas retinianos subjetivos cuando se lesiona el nervio óptico; pero esta concordancia no es la regla. Se trata, en resumen, de un estado de infiltración edematosa con éxtasis venoso.

« La imagen suministrada por el examen oftalmoscópico en la papilitis de los tumores es la siguiente: al principio se observa una estrechez de las arterias que proceden de la papila, á la vez que un estado tortuoso especial de las venas; las inflexiones descritas por ésta se observan lo mismo en el plano de la retina, que en el perpendicular á él. Los límites de la papila tardan poco en desaparecer, á la vez que ésta se hace saliente, como es posible comprobar por la imagen recta (por el empleo de las lentes convexas, que permiten examinar la parte saliente central y la periferia no saliente de la papila), ó por la imagen invertida (por la variación paraláctica del vértice de la papila). Se

observa á la vez una estriación particular de la retina alrededor de la papila.

» La papila pierde también su transparencia y adquiere un tinte grisáceo uniforme; éste se confunde después en la periferia con el tinte parecido al del edema peripapilar; entonces desaparece la estriación particular que acabamos de señalar.

» Con frecuencia aparecen puntos hemorrágicos alrededor de la papila, y algunas veces en ella misma » (1).

De Græfe admitía que el éxtasis venoso es el origen de esta *estrangulación*. La lentitud de la circulación de retorno por la compresión de los troncos venosos lejanos no es, sin embargo, la causa forzosa. Schwalbe ha demostrado que el espacio intravaginal del nervio óptico presenta una dilatación ampollar en el sitio de su paso á la cavidad orbitaria; á esto se debe la estrangulación. Lo que prueba además que la distensión del líquido intra-cerebral es la causa de este fenómeno es el ser casi siempre bilateral el éxtasis papilar, aunque en distinto grado, y el producirse aun en los casos en que el neoplasma está muy distante de las venas retinianas.

Aun cuando en ciertos casos existe la estrangulación papilar en grado muy acentuado sin producir trastornos visuales, no es menos cierto que su consecuencia normal y última es la atrofia blanca de la papila, y por consiguiente la amaurosis. Es precedida mucho tiempo antes por estrechez del campo visual, sobre todo del lado nasal (H. Jackson), y á veces de un escotoma central. En este caso se ve con el oftalmoscopio agrandada la papila; sus contornos son « franjeados, mal limitados, nebulosos. Los capilares parecen borrados á causa de la opacidad del nervio óptico ». Esta complicación es por necesidad tardía cuando no hay lesiones concomitantes del nervio óptico ó de sus núcleos cuadrigéminos. Una circunstancia que favorece la amaurosis es la inflamación verdadera de la papila consecutiva á una infección local (Deutschmann). El infarto papilar previo es una predisposición á la papilitis bajo la influencia de las infecciones generales.

b) Los síntomas inconstantes provocados por las lesiones circunscritas de la substancia cerebral son innumerables. Están subordinadas á la localización preponderante del tumor y á su acción destructora.

Entre estos síntomas hay algunos que sólo difieren de los anteriores por su localización. Hemos señalado por ejemplo la cefalea, las convulsiones, la debilidad intelectual, los vómitos, los vértigos, el éxtasis papilar... Cada uno de ellos tiene distinta significación, aunque, á título de síntoma inconstante, indica, no la compresión total del encéfalo, sino la compresión local ó la irritación de una parte limitada del hemisferio.

La *cefalea* está circunscrita á una región precisa de la pared craneana: es distinta la cefalea inicial. Es lancinante, aguda. Se presenta allí donde existe el tumor. La percusión en este punto es dolorosa (V. Beegmann). Sirve de punto de guía para la trepanación.

Las *convulsiones*, en vez de presentarse en forma de epilepsia verdadera general, son parciales y precursoras de la epilepsia jacksoniana, con su localización periférica, su aura exactísima, su espasmo muy limitado, en la cara,

(1) Aug. Pétavy, Tumeurs cérébrales; Thèse de Paris, 1893.

el brazo ó la pierna. El tumor está localizado en el centro hemisférico que corresponde á la *primer sacudida* de la crisis parcial. Esto debe establecerse como regla general absoluta. Es casi el único dato positivo que justifica la intervención operatoria y que es después el sitio electivo de la operación.

La *debilidad intelectual* figura también entre los síntomas inconstantes, y varía según la localización. No se trata del embrutecimiento progresivo, en el que todas las funciones psíquicas se hacen más lentas y se embotan. Se trata de un trastorno de la memoria de las palabras, de una afasia motora (verbal ó gráfica), de una afasia sensorial (auditiva ó visual), según sufra isquemia tal ó cual centro de la corteza á causa de la compresión, ó sea destruido por la invasión intersticial del neoplasma. Así se explican también las cegueras psíquicas parciales con los trastornos tan complejos que originan. El estado mental del enfermo no tiene, pues, nada de común con la enajenación. Su inteligencia es limitada, las concepciones no son delirantes ni extravagantes los actos.

El *vértigo*, cuando el tumor está próximo al peñasco, no es el vértigo tenebroso indicado. Es un vértigo giratorio, con zumbido unilateral de oídos, en una palabra, un verdadero vértigo auricular. Este mismo vértigo, sobre todo cuando es muy fuerte la tendencia giratoria, se presenta también en los casos en que el tumor ejerce aún su acción compresiva ó irritante por detrás y debajo de la región temporo-occipital, sobre los pedúnculos del cerebelo.

El *éxtasis papilar*, acompañado de ambliopía ó de amaurosis, pertenece á las lesiones de los nervios ópticos. Es raro que se produzca esta amaurosis sin éxtasis papilar. Si es bilateral, indica una alteración del quiasma ó de los dos tubérculos cuadrigéminos, ó de la glándula pineal ó á veces del plano del tercer ventrículo. El origen de la atrofia papilar es siempre la degeneración primitiva de las cintas ópticas ó de los tubérculos cuadrigéminos de donde proceden. El oftalmoscopio suministra la prueba de la atrofia cuando hay degeneración. Pero algunas veces nada se observa de anormal, á excepción del éxtasis papilar previo; y, fenómeno extraño, la amaurosis ó la ambliopía, en estos casos, no son persistentes, sino que son trastornos pasajeros, que duran algunas horas ó días, de principio brusco, de desaparición rápida. Es preciso, por lo tanto, no apresurarse á sacar conclusión alguna, respecto á la localización del tumor, cuando sobreviene una amaurosis. El fenómeno puede ser, en efecto, como supone H. Jackson, de índole puramente circulatoria ó congestiva, y análoga á un ictus epileptiforme (amaurosis epileptiforme). Cuando la amaurosis está combinada con una atrofia de la retina, es imposible la restitución funcional.

Si la amaurosis es unilateral, depende de una neuritis óptica, derecha ó izquierda; y el tumor es casi siempre extra-cerebral (aneurisma de la carótida interna, tumor óseo de la silla turca, etc.).

Quedan por señalar todos los síntomas de la localización motora ó sensitiva que el azar de los casos puede suministrar; hemiplejias, monoplejias, hemianestias, hemiopías, etc. Es imposible insistir sobre estas localizaciones en particular. Basta indicar lo importante de su aparición cuando se combinan con los síntomas constantes anteriormente enumerados.

Merece hacerse una observación esencial que debe retenerse.

Los *síntomas de localización*, en lo que á las parálisis se refiere, son siempre de un valor relativo; por ejemplo, una hemiplejia izquierda total, asociada á

una epilepsia jacksoniana del lado izquierdo, depende por necesidad de un tumor del hemisferio derecho, y debe añadirse, de un tumor que interesa *directamente* la región rolándica derecha. Pero si existe sola la hemiplejia, si jamás se complica con epilepsia parcial no es un síntoma de localización cierto. Se presenta lo mismo á causa de un tumor del lóbulo frontal ú occipital, que de otro de la zona motora de los miembros izquierdos. Fácil es comprender la gravedad de este hecho, desde el punto de vista de la intervención operatoria. En otros términos, en los casos de tumores cerebrales, la epilepsia sintomática tiene un valor diagnóstico de localización infinitamente superior al de las parálisis simples, en particular flácidas. Cuando hay contracción, son ya mucho más fundadas las presunciones en favor de una alteración directa del área motora. Hirt manifiesta, con mucha oportunidad, que aunque las hemiplejias ó las monoplejias no pueden suministrar por sí solas una indicación formal sobre el sitio de la lesión, no existen, por decirlo así, casos en los que estas parálisis no sean cruzadas. Por consiguiente, cuando se observa una parálisis izquierda en un enfermo que padece tumor cerebral, todo lo más que hay derecho para afirmar, se reduce á que el tumor ocupa el hemisferio derecho.

Las parálisis oculares, las bulbares, son de significación mucho más exacta. A ellas se debe el poder diagnosticar la localización exacta de los tumorcillos de la base, sobre todo, de los que nacen en las meninges ó en el periostio de la apófisis basilar. Pero entonces — y ya volveremos á ocuparnos de este asunto — es preciso hacer la salvedad expresa de que los síntomas de localización nada tienen de absoluto. Pueden resultar de una compresión ejercida á distancia.

Los trastornos de la sensibilidad son por lo general poco pronunciados. Las neuralgias del trigémino son relativamente comunes. Las modificaciones de las sensibilidades especiales (olfato, gusto, oído) no corresponden á condiciones anatómicas idénticas por necesidad.

Los fenómenos vaso-motores son frecuentes; se han observado muchas veces la mancha llamada meningítica, y los eritemas difusos de los miembros paralizados (Ball).

Síntomas según las regiones.—Se ha visto que la sintomatología de los tumores cerebrales está íntimamente subordinada, al menos en ciertos casos, á dos órdenes de fenómenos: la compresión general del encéfalo y la irritación local de los puntos donde el neoplasma se implanta ó infiltra. Esto debería bastar, vista la variabilidad excesiva de las formas clínicas, incompatible con una descripción sintética. Pero es útil enumerar á la ligera las agrupaciones sintomáticas diversas que suelen observarse, según la localización inicial ó preponderante de los tumores.

Tumores de la región frontal inferior.—Además de los trastornos generales de compresión, sobre los que no es necesario insistir y que se han indicado una vez para siempre, se observa precocidad notable de los fenómenos visuales, á menudo limitados á un sólo globo ocular y asociados en ciertos casos á manifestaciones olfatorias, entre las que las sensaciones de malos olores recuerdan las alucinaciones del olfato á que están sujetos algunos melancólicos. Cuando los tumores frontales inferiores son pequeños y limitados, es raro que produzcan parálisis de los miembros. Las parálisis oculares no son excepcionales.

Tumores de la región basilar. — En este caso, los primeros síntomas que se presentan son los oculares (sensoriales y motores). La neuritis óptica se desarrolla con gran rapidez. Cuando sobreviene una hemiplegia, hay tentación á creer que está interesado un pedúnculo cerebral; pero este hecho sólo se debe admitir con reserva. Si la hemiplegia se complica con parálisis del motor ocular común del lado opuesto, puede suponerse que la lesión peduncular interesa el tronco del tercer par (parálisis alterna de Weber). Si se añade en cualquier grado un trastorno sensitivo en el dominio del trigémino, está afectada la protuberancia. Por último, cuando se paraliza el sexto par del lado opuesto á la hemiplegia, puede inferirse que el neoplasma se extiende hasta el surco que existe entre el bulbo y la protuberancia. En este caso, la neuralgia del trigémino es la regla, y constantes los trastornos de la deglución y de la articulación de las palabras (gloso-faríngeo, facial, hipogloso). Puede añadirse que todos los casos de parálisis alterna complicada con neuralgia facial y con dificultad para la deglución, dependen de lesiones localizadas en la región anterior de la protuberancia. Cuando esta lesión es un aneurisma de la arteria basilar, rara vez falta la parálisis ó la paresia de los cuatro miembros.

Los tumores de la base del cerebro que ocupan, por fuera de la línea media, la proximidad del peñasco, producen zumbidos de oídos, sordera, lentitud del pulso, vómitos (pneumogástrico), tortícolis (espinal).

Tumores de la región frontal antero-superior. — Esta localización presenta, en grado máximo, la alteración de la función intelectual, asociada con modificaciones del lenguaje articulado. Desde hace algunos años, se han referido casos numerosos de tumores frontales antero-superiores, cuya comprobación en la autopsia hubiera sido un hallazgo fortuito, si no se hubiese tenido cuidado de observar — en vida de los enfermos — alteraciones más ó menos pronunciadas de la inteligencia ó del carácter (L. Welt, F. C. Rieger, Raymond). Conviene advertir también que la misma localización produce, de una manera más evidente, trastornos paralíticos ó espasmódicos de la nuca y del tronco. Los casos de este género confirman los resultados experimentales de Horsley.

Tumores de la región rolándica. — Según que ocupen la región inferior, la media, ó la superior de las circunvoluciones rolándicas, los tumores cerebrales provocan parálisis y espasmos convulsivos de la cabeza, del miembro superior ó del inferior. Seguin ha intentado localizar, con una precisión que se creería absoluta, los focos cuya irritación produce tal ó cual síntoma paralítico ó convulsivo. Sus observaciones no son en número suficientes para justificar por completo sus conclusiones. Una serie de hechos, en los que nada hay que pueda explicar que se haya incurrido en falta, absuelven de antemano al médico que comete un error de diagnóstico á pesar de las nociones de fisiología cerebral más exactas que poseemos (1).

Tumores de la región temporal. — Sabemos que los casos más demostrativos de sordera verbal pertenecen á la historia de los tumores cerebrales. La sordera verbal es, pues, el más importante de los síntomas de los tumores limitados á la primer circunvolución temporal izquierda. Se ha observado muchas veces la parafasia; no es constante. Cuando la sordera verbal se complica con

(1) Para más detalles, consúltese la tesis inaugural de Pétavy.

hipo-acusia verdadera, uni ó bilateral, debe sospecharse casi siempre la existencia de una lesión petrosa.

Tumores de la región parieto-occipital. — Las lesiones del lado izquierdo, no son mudas: ceguera verbal pura, hemiopía, algunas veces agrafia y parafasia; tales son los síntomas de los tumores de esta región. Los tumores del lado derecho son capaces de producir también la hemiopía, pero no ceguera verbal. En los casos de lesión doble de la punta occipital, y sobre todo del lóbulo lingual, se observa más á menudo la ceguera completa de origen cortical. Los tumores de la cara superior del cerebelo ó de la parte posterior de la hoz del cerebro, realizan el síndrome de la doble hemianopia.

Tumores del centro oval del cuerpo calloso y de los núcleos grises centrales. — Estos tumores tienen una sintomatología mucho más confusa aún. No sólo no tienen nada de patognomónico, sino que evolucionan sin síntomas. Estos, cuando existen, escapan á toda combinación nosográfica. Sólo se observan los de los tumores en general.

Añadiremos, sin embargo, que los tumores del cuerpo calloso, sobre todo los que ocupan la parte anterior en esta gran comisura, originan siempre una perturbación más ó menos completa de los fenómenos psíquicos. La coordinación de las ideas, es decir, de las imágenes corticales, llega á ser imposible, sin que se borren las ideas ó imágenes.

Tumores del cerebelo. — La localización cerebelosa, de la que nos ocuparemos de nuevo más adelante, produce los síntomas á la vez más característicos y mejor agrupados (síntomas generales y locales). Y esto se explica: sabemos que los síntomas generales de los tumores del cerebro son consecuencia de un aumento de la tensión intra-cerebral. Ahora bien, la confluencia venosa mayor del encéfalo, se halla precisamente encima del cerebelo. Todo tumor cerebeloso, de cierto volumen, modifica de una manera grave la hidrostática intra-craneana. Todo tumor cerebeloso influye, por esta causa, á una gran distancia, sobre el conjunto del cerebro. Por otra parte, las funciones del cerebelo se resumen de un modo tan indiscutible, en el equilibrio del individuo, que la sintomatología de los tumores cerebelosos presenta, como rasgo característico, una perturbación de equilibrio que no realiza ninguna otra lesión localizada: la marcha ebria ó vacilación cerebelosa, la latero-pulsión, los movimientos en círculo, tan bien descritos por Duchenne (de Boulogne), Charcot é Hillairet, tienen en este caso su expresión más típica. Hasta puede decirse, de una manera general, que estas perturbaciones del equilibrio sólo pertenecen á los tumores. Si existe además alguna alteración visual, y en particular la amaurosis doble, basta para que el diagnóstico sea indiscutible. Volveremos á ocuparnos de este asunto en el capítulo *Cerebelo*.

MARCHA.—DURACIÓN.—TERMINACIÓN.—PRONÓSTICO. — La evolución de los tumores cerebrales no depende, tanto como podría suponerse, de su variedad anatómica ni de su localización. Deben exceptuarse los tumores malignos *secundarios* (carcinoma, sarcoma, etc.); éstos en nada cambian el destino del enfermo; sobreviene siempre la muerte en un plazo corto. Pero, mientras que ciertos tumores benignos por excelencia, por ejemplo, el fibroma ó el lipoma, provocan accidentes de desenlace mortal rápido, otros, eminentemente malignos, como el tubérculo, son de duración relativamente larga. Esta excepción