

no invalida en el fondo la ley inexorable de la malignidad. El modo de principiar varía en límites indeterminados en absoluto. Los síntomas, unas veces muy lentamente progresivos, otras bruscos é imprevistos, otras fulminantes, se suceden ó se acumulan de un modo que escapa á toda previsión. Las formas lentas son las más comunes, su duración es de ocho, quince, veinticuatro meses ó más. Se llaman formas rápidas aquellas en las que sobreviene la muerte á las pocas semanas. Las formas fulminantes no suelen tener más sintomatología que un estado comatoso del que no saldrá el enfermo. Los anamnésticos y los datos que suministran los parientes son los únicos que permiten adivinar algunos síntomas anteriores: la cefalea, los vértigos, los vómitos, en ocasiones dos ó tres ataques convulsivos, síntomas todos que pertenecen, según ha demostrado H. Jackson, no al período de formación del tumor, sino más bien al de estadio. Esto no es, á decir verdad, la evolución del tumor, que es fulminante, sino el accidente último que provoca: una hemorragia á veces ó tal vez frecuentemente una isquemia por obliteración de un tronco arterial grueso. Los casos fulminantes nos enseñan á conocer la evolución lenta y silenciosa de estos tumores, que sólo se descubren en el anfiteatro. El cerebro los tolera, las compensaciones circulatorias los permiten crecer sin ruido; nada hace sospechar su existencia. Y si alguna complicación fortuita no viene á romper esta compatibilidad, que favorece la lentitud del mal, todo se reduce á un proceso anatómico sin manifestaciones apreciables. Un día muere el enfermo, y entonces se pregunta cuánto ha durado este estado de cosas. Hasta la autopsia es incapaz de decirlo.

El pronóstico se deduce de lo que precede. Todas las variedades de los tumores cerebrales son graves en grado supremo, no sólo las malignas por esencia, sino también las que pertenecen á las especies anatómicas benignas. Sólo en los gomas sífilíticos, que se estudiarán en otro capítulo, se emplea con éxito, por excepción, un tratamiento verdaderamente eficaz.

DIAGNÓSTICO.— El diagnóstico comprende tres problemas: la existencia del tumor, su sitio, su naturaleza.

A) Respecto á la existencia del tumor, los síntomas bastan siempre para justificar la presunción. Pero en muchas afecciones cerebrales existe un cuadro clínico aproximado. Es necesario revisarlas.

Los *absesos del cerebro*—los hay que evolucionan de la misma manera que los absesos fríos verdaderos—se comportan con frecuencia como los tumores. El error es inevitable cuando faltan las circunstancias etiológicas ya enumeradas; todo lo que puede decirse es que no figura entre sus síntomas la estrangulación de la papila.

Las *meningitis agudas*, en particular las del adulto, cuyas variedades extrañas ha descrito con tanta exactitud Chantemesse, producen los mismos fenómenos de compresión general y de irritación local. La etiología es, en este caso, el guía más seguro.

Las *meningitis crónicas* no traumáticas producen efectos análogos. Sus factores principales son el alcoholismo y la sífilis. La neuro-retinitis desempeña un papel mucho más importante que el éxtasis papilar. Son siempre más raras que los tumores.

La *esclerosis cerebral*, enfermedad de los primeros años de la vida, origina

trastornos intelectuales, epilepsia, parálisis. Pero no se observa ni éxtasis papilar, ni vómitos, ni, sobre todo, la cefalea de los tumores.

Se ha diagnosticado la *parálisis general* en casos de tumores parasitarios múltiples. Pero tiene sus signos, cuyo conjunto es bastante característico para que sea relativamente fácil evitar el error.

La *hemorragia cerebral y el reblandecimiento* pueden, según se ha visto en el capítulo de la *anatomía patológica*, transformarse en focos quísticos cuya manifestación clínica es idéntica á la de los tumores. Debe contarse con los anamnésticos, con el análisis de las circunstancias etiológicas, con los antecedentes morbosos (gota, sífilis, alcoholismo, saturnismo, reumatismo agudo, etc.) para el conocimiento retrospectivo de la verdadera naturaleza del ictus apoplético.

B) El sitio del tumor es muy difícil de precisar, cuando nada en la superficie del cráneo permite conocerlo, y cuando sólo existen los fenómenos de compresión. Además, si se observan fenómenos de localización, la experiencia nos enseña á no exagerar su valor. Los tumores de la base tienen sus signos oculares; los de la convexidad tienen sus síntomas de déficit ó de irritación; los del cerebelo van acompañados de desórdenes especiales del equilibrio, que han sido ya indicados, y su diagnóstico sería más seguro si uno ó dos casos (Bernheim) no hubieran demostrado la posibilidad de los mismos desórdenes en los tumores de la región parietal.

Sería de un interés capital para la intervención quirúrgica, saber si un tumor, cuyo sitio ha sido determinado, se encuentra por debajo de la corteza ó en el espesor de ésta. A pesar de nuestras incertidumbres sobre este particular, ciertos signos, enumerados por Seguin, permiten hacer el diagnóstico:

*Lesiones corticales*: espasmo clónico localizado, ataques epileptiformes que principian por convulsiones localizadas y son seguidas de parálisis; dolor local; temperatura más elevada.

*Lesiones subcorticales*: parálisis local ó de la mitad del cuerpo, seguido de convulsiones; predominio de convulsiones tónicas, cefalalgia ligera, nada de sensibilidad especial á la presión. Temperatura local normal.

C) Sólo es posible conocer la naturaleza del tumor por ciertas presunciones sacadas de las condiciones más diversas: la edad, la diátesis, las enfermedades anteriores, los padecimientos concomitantes. No es imposible afirmar con seguridad que existe un tubérculo, un sífiloma, un quiste parasitario, y hasta un cáncer, según lo que la historia y el examen minucioso del enfermo nos enseña.

TRATAMIENTO.— En los tumores sífilíticos puede emplearse un tratamiento médico cuyo éxito es imposible asegurar de antemano. Todos los demás son refractarios á la terapéutica: los paliativos son los únicos recursos que nos quedan, aunque bien pobres.

Puede esperarse la curación en ciertos casos, cuando es posible la intervención quirúrgica. Por desgracia, si se considera el gran número de operaciones ya practicadas, el de éxitos es limitadísimo. Pero los fracasos importan poco si queda clara, y sin desengaños, la demostración de la utilidad operatoria para algunos casos.

La intervención exige que el tumor sea accesible y, por consiguiente, super-

ficial; que sea limitado y no infiltrado, enucleado por lo tanto; si no, la extirpación del neoplasma no es completa, más que á condición de operar sobre los tejidos sanos, lo que origina complicaciones gravísimas. La incisión de los tejidos sanos, cuando no produce la muerte «alivia al enfermo; la extremidad frontral del cerebro es la única tolerante» (1).

Sea lo que fuere, cuando es innegable la existencia del tumor y se supone, aun aproximadamente, que es accesible, no debe vacilarse. Aun para los tumores sífilíticos, después de seis semanas de tratamiento ineficaz, sólo nos queda la cirugía, y se impone (Horsley). Entonces sucede una de estas dos cosas: «ó bien se encuentra un tumor benigno y se extirpa, ó bien se halla un neoplasma maligno que se infiltra en el cerebro y que es preciso resignarse á respetar; ó bien *nada se encuentra y no se perjudica al enfermo*. Aun hay más; en este último caso, es posible serle útil. En efecto, la trepanación puede también prestar servicios cuando predominan los síntomas generales difusos de los tumores; poco importa que obre en este caso suprimiendo la compresión del cerebro ó á la manera de un revulsivo. No faltan observaciones en las que los signos de los tumores, los ataques epileptiformes, por ejemplo, desaparecieron, al menos por cierto tiempo, á consecuencia de la trepanación simple, sin maniobras sobre el cerebro propiamente dicho» (2).

Véanse, por último, las conclusiones de Forgues y Reclus (3): «La intervención es legítima y tiene bastantes probabilidades de éxito cuando se trata de un tumor de las meninges, en rigor de un neoplasma de la corteza circunscrita y poco penetrante, de una placa cicatricial limitada á la corteza, de una de esas cicatrices quísticas, reliquia del traumatismo. En los neoplasmas malignos, difusos y profundos del cerebro, la operación debe limitarse á la trepanación exploradora. Con seguridad, el diagnóstico es, en este caso, susceptible de perfección como precocidad y exactitud, pero es el único progreso que puede esperarse, y no debemos creer que en lo porvenir cambien las conclusiones en un sentido más optimista».

(1) Pétavy, *loc. cit.*

(2) *Ibid.*, pág. 51.

(3) *Thérapeutique chirurgicale*, pág. 72.

## SEGUNDA PARTE (1)

### ENFERMEDADES DEL CEREBELO

Ha sido tal el número de experimentos y de teorías á que ha servido de tema el cerebelo, que hemos creído necesario, antes de exponer las lesiones de este órgano y sus síntomas, estudiar á la ligera sus funciones. Recomendando los tratados clásicos para las opiniones conocidas de ciertos fisiólogos, como Flourens, Vulpian, insistiremos de un modo especial sobre las investigaciones recientes que expondremos y procuraremos coordinar.

#### Fisiología del cerebelo.

Willis, suponiendo que el pneumogástrico nacía del cerebelo, creyó que este órgano presidía las funciones de la vida orgánica y los movimientos involuntarios. Pero después de esta opinión, después de la teoría de Gall, que localizaba en el cerebelo las pasiones, el amor físico, ¡cuántos papeles fisiológicos se le han atribuido! Órgano intelectual, sitio del *sensorium commune*, órgano relacionado con la vista ó la locomoción, masa, en fin, sin gran importancia para ciertos autores, fisiólogos y patólogos, han intentado á porfía atribuirle una función definida. Menos afortunado que la porción más gruesa del encéfalo que le cubre, el pequeño cerebro, como le llaman los alemanes, no ha sacado el mismo beneficio de esta asociación de experimentadores y de clínicos. Pero en estos últimos años se han puesto casi de acuerdo las investigaciones fisiológicas y patológicas, y ya veremos, al comprobar unas con otras, que puede cuando menos sospecharse el papel del cerebelo.

Los experimentos de Flourens, Longet y Vulpian, demostraron que los animales privados de hemisferios cerebrales no tienen voluntad ni conciencia. Son, por decirlo así, centros de actos reflejos, y no hacen más que *responder* á una excitación. Pero les quedan las funciones de equilibrio, la coordinación de los movimientos, la expresión de las emociones. Todas estas facultades desaparecen si se extirpan el mesocéfalo y el cerebelo: de esto á deducir que residen en ellos, no hay más que un paso. Ahora bien; si se quiere determinar con exactitud la parte que corresponde al cerebelo, la cosa se complica. ¿Es la función de equilibrio? Pero ésta no es, sin duda, patrimonio de un sólo órgano: en efecto, contribuyen á él muchas sensaciones periféricas, transmiti-

(1) Todo este capítulo ha sido redactado por el Dr. Tollemer.