

tro que es indispensable á la vida está asegurada, al menos, por algún tiempo.

Las lesiones del reblandecimiento son semejantes á las que se observan en el reblandecimiento cerebral.

Tumores de la protuberancia.

Muchos autores han confundido erróneamente, en sus descripciones, los tumores desarrollados en el interior de la protuberancia con las compresiones de ésta, debidas á tumores de la base del cráneo. En esta exposición nos ocuparemos sólo de los primeros.

Entre los tumores de la protuberancia, hay que señalar: los *tubérculos*, que son de grosor variable, pueden alcanzar las dimensiones de una avellana y se encuentran muchas veces en los niños.

El *glioma* ó sarcoma neuróglíco;

El *cáncer*;

Los *gomos sifilíticos*;

Los *quistes* y los *abcesos*.

SÍNTOMAS. — Era de esperar que volveríamos á encontrar en los tumores de la protuberancia la gran variedad de síntomas que hemos visto en el curso de las hemorragias y de los reblandecimientos. Hubiéramos reunido todas estas afecciones en un mismo estudio, si no quisiéramos insistir de una manera especial en la evolución de los tumores protuberanciales.

Aquí, como en los tumores cerebrales, existen una serie de prodromos importantes que referir. La cefalalgia, los vómitos, los vértigos, son frecuentes. Hay accesos epileptiformes seguidos de debilidad, de hormigueos en los miembros. Después, lentamente, los síntomas se precisan y la parálisis se constituye empezando por la cara, ó por las extremidades. Más tarde la afección se extiende hacia el bulbo ó hacia los pedúnculos. Aparecen los trastornos de la palabra y de la deglución, la debilidad del oído y del gusto, la poliuria, la glicosuria, la albuminuria, la ptosis y los trastornos pupilares. El sexto y séptimo pares pueden ser respetados. Existe entonces una hemiplegia con parálisis conjugada del sexto par del lado opuesto. Recordemos á este propósito que el músculo recto-interno de cada ojo recibe filetes del tercer par y del sexto. Estos últimos inervan el músculo cuando actúa sinérgicamente con el recto externo del lado opuesto. Por consiguiente, una parálisis nuclear del sexto par, entraña la pérdida de los movimientos sinérgicos del recto interno del lado opuesto (1).

Los trastornos de la sensibilidad son inconstantes. Se añaden á las lesiones paralíticas. Puede haber hiperestesia.

La evolución de la enfermedad es siempre lenta y progresiva. La extensión de las lesiones á los centros bulbares inferiores es la que produce la muerte.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico está basado en la evolución lenta con

(1) Parinaud et Georges Guinon, Note sur un cas de paralysie des 6^e et 7^e paires avec atteinte de l'orbiculaire des paupières, compliquée d'hémiplégie du même côté (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière* 1890, núm. 5). Georges Guinon et Bloq., Note sur un cas de paralysie conjugée de la 6^e paire (*Arch. de Médecine expér.*, 1891).

marcha extensiva de los síntomas. Los fenómenos espasmódicos, los trastornos de la sensibilidad, la hemiplegia alterna con desviación conjugada de los ojos, son los principales elementos que servirán para diferenciar los tumores protuberanciales de la meningitis basilar.

Los tumores que comprimen la protuberancia, dan al principio los mismos síntomas que la compresión del bulbo y de la médula. Hay debilidad gradual de los cuatro miembros. Más tarde, la aparición de la parálisis del facial y del sexto par permiten hacer el diagnóstico.

Para establecer el diagnóstico de la causa, es preciso buscar en los antecedentes del sujeto la existencia posible de la sífilis ó de la tuberculosis. Fuera de estas dos afecciones, todo diagnóstico de causa es imposible. Esta indagación deberá hacerse con el mayor cuidado, y nos guiará en la aplicación del tratamiento.

CAPÍTULO II

LESIONES DE LOS PEDÚNCULOS CEREBRALES

Las lesiones de los pedúnculos cerebrales, lo mismo que se trate de hemorragia, que de reblandecimiento, ó de tumores que destruyan las fibras nerviosas de la región, pueden dar origen á una variedad particular de hemiplegia alterna, descrita por Weber (1) y á la cual se le ha conservado el nombre de *síndrome de Weber*. A grandes rasgos, el síndrome está caracterizado por la parálisis directa del tercer par de un lado y por una parálisis de los miembros, del séptimo y del duodécimo par del lado opuesto. La anatomía nos explica la razón de este caso particular. En efecto, á nivel de los pedúnculos, el tronco del tercer par está ya constituido y el entrecruzamiento de sus fibras se ha verificado. No sucede lo mismo con los otros nervios bulbares y el haz piramidal, cuyo entrecruzamiento se verifica más abajo. De aquí el origen del tipo alterno especial de esta parálisis.

La parálisis del motor ocular común no es siempre completa. Muchas veces se limita á la musculatura exterior y respeta los músculos intrínsecos. Sin embargo, cuando la lesión es muy extensa, todas las fibras están interesadas.

Lo mismo acontece si la lesión está situada cerca de la emergencia del nervio, cuando todos los filetes que concurren á su formación están reunidos.

La hemiplegia peduncular no presenta particularidades, ni se distingue de la hemiplegia de origen capsular, salvo en aquellos casos en los cuales la lesión, siendo muy extensa ó situándose en la región externa, se ve á la hemianestesia añadirse á los trastornos de la motilidad.

Se ha notado igualmente en el síndrome de Weber, la existencia de trastornos vaso-motores.

(1) Weber, *Med. Chir. Trans.*, 1867.
TRATADO DE MEDICINA. — TOMO VI.

El diagnóstico de las lesiones pedunculares se resume por entero en la existencia del síndrome de Weber.

Las *hemorragias* y los *reblandecimientos* se producen bruscamente.

Los *tumores* tienen una marcha más lenta. Son más raramente unilaterales y ejercen acción, á menudo, sobre el lado opuesto. Al principio pueden ir acompañados de espasmos, vértigos y cefalalgia.

Los trastornos de la sensibilidad son más raros. Pueden aparecer los trastornos bulbo-protuberanciales, cuando el tumor gane en extensión.

Cualquiera que sea la importancia del síndrome de Weber para establecer el diagnóstico de las lesiones pedunculares, no debemos olvidar que puede existir en otras afecciones.

Las *lesiones de la base del cerebro*, comprendiendo el tercer par y el pedúnculo, dan origen á los mismos síntomas.

En estos casos, la marcha es muy lenta y va acompañada de síntomas de irritación. Los dos pedúnculos están muchas veces interesados.

El *histerismo*, según lo ha demostrado Charcot (1), puede simular el síndrome de Weber. Pero la ptosis es de naturaleza espasmódica y debida al hemispasmo facial. Hay pequeñas sacudidas convulsivas, cuando el enfermo quiere abrir el ojo. Además, el descenso de la ceja enferma, que está por el contrario elevada en la ptosis paralítica, la exageración de la asimetría cuando se intenta abrir los ojos, signos provocados por el hemispasmo facial, la anestesia de la córnea, la evolución particular de la afección y la existencia de los estigmas del histerismo, permitirán establecer el diagnóstico.

CAPITULO III

POLIOENCEFALITIS SUPERIOR CRÓNICA

(Oftalmoplegia nuclear progresiva).

Emprendiendo desde luego el estudio de las lesiones sistematizadas de los núcleos motores del bulbo, comenzaremos, naturalmente, por la región superior ó protuberancial de este órgano. Las lesiones de esta región son conocidas con el nombre general de *polioencefalitis superior*, y se llaman *oftalmoplegias nucleares* los trastornos paralíticos de los músculos del ojo que están bajo su dependencia. Solamente tomaremos aquí en consideración la forma crónica de la oftalmoplegia. Las formas agudas serán estudiadas en un cuadro de conjunto para el bulbo superior é inferior. Dejaremos igualmente á un lado las oftalmoplegias de origen central ó periférico. Tampoco comprenderemos bajo el término de oftalmoplegia, á las parálisis aisladas de cada uno de los nervios del ojo, que serán objeto de un estudio especial, así como á las parálisis aso-

(1) Charcot, *Hystérie simulatrice du syndrome de Weber* (*Arch. de Neurol.*, Mayo 1891).

ciadas (Parinaud) que atacan, en los dos ojos, los músculos que concurren á un mismo movimiento (1).

Así comprendida, la oftalmoplegia nuclear: es *interna ó externa interna* (interior ó intrínseca), cuando ataca los músculos contenidos en el globo del ojo (músculo acomodador y esfínter iridiano); *externa* (exterior ó extrínseca), cuando está limitada á los músculos motores del ojo (recto interno, recto externo y oblicuo). La parálisis puede atacar á la vez los núcleos de los músculos intrínsecos y extrínsecos: ésta es la oftalmoplegia *total*. En fin, lo mismo que sea parcial que total, la oftalmoplegia puede revelarse por trastornos parésicos, ó por una parálisis verdadera: es *incompleta ó completa*. Estas distinciones son semejantes á las que se establecen en las hemiplecias.

ANATOMÍA. — Para facilitar el estudio de la polioencefalitis superior, es útil recordar en pocas palabras la disposición que presentan en el bulbo, los núcleos de los nervios motores del ojo.

Si se examina al microscopio un corte de los pedúnculos cerebrales, practicado en los tubérculos cuadrigéminos anteriores, se ve por debajo del acueducto de Sylvio, en medio de la substancia gris que rodea el acueducto, un grupo de células que representa el núcleo del motor ocular común. Estas células forman parte de una columna motora que se prolonga hacia atrás paralelamente al acueducto, hasta el origen del patético y del abductor. Hacia adelante, este grupo de células camina sobre las paredes laterales del tercer ventrículo hasta su vértice. Considerada mucho tiempo como homogénea esta columna, ha sido analizada por Hensen y Vælkens, los cuales han reconocido la existencia de una serie de centros distintos, teniendo cada uno bajo su dependencia ciertos músculos. El grupo anterior estaría en relación con los músculos intrínsecos del ojo y el posterior con los músculos extrínsecos. Cada grupo recibiría la sangre de una arteria diferente. El grupo posterior se subdivide en centros, que según Hensen y Vælkens, se suceden de delante á atrás de esta manera: recto interno, recto superior, elevador del párpado, recto inferior, oblicuo inferior. Esta disposición ha sido admitida, en principio, por todos los anatómicos. Pero dos autopsias de Pick y Kahler han venido á introducir una pequeña modificación en los detalles de los centros nucleares. Para estos autores, los centros del grupo posterior están dispuestos á cada lado de la línea media sobre dos columnas antero-posteriores: una interna á lo largo del rafe mediano, comprende: el recto interno y el recto inferior; otra externa, comprende el elevador del párpado, el recto superior y el oblicuo inferior.

Por dentro.....	{ Recto interno. Recto inferior.
Por fuera.....	{ Elevador palpebral. Recto superior. Pequeño oblicuo.

Esta disposición parece más verosímil, porque los núcleos de los músculos que concurren á una acción común, se encuentran próximos unos de otros.

(1) Sauvinau, Thèse de Paris, 1892.