

tada en las partes de la piel más ó menos alteradas, mientras que la resistencia sería menor que en estado normal en las regiones no invadidas ó poco atacadas. Se ha encontrado también aumentada la resistencia en el *micœdema* (Tiemann) y en la *elefantiasis* (Pascheles).

Wolff había señalado en la *pleuresia con derrame* un aumento de la resistencia en el lado enfermo, pero Silva y Pescarolo, examinando diferentes veces la resistencia en un enfermo afecto de pleuresia, han encontrado esta resistencia unas veces aumentada, otras disminuida en el lado del derrame. Por el contrario, han comprobado constantemente que en la *ascitis* la resistencia era mayor antes de la evacuación del líquido que después de la punción; la atribuyen á la distensión de la piel.

En la convalecencia de las enfermedades infecciosas, la resistencia está generalmente aumentada (Silva y Pescarolo).

Por último, la ingestión de algunos medicamentos disminuye la resistencia de la piel; sucede esto con la antipirina y la pilocarpina; lo mismo ocurre con la quinina, sobre todo si hay fiebre y ha provocado un descenso de la temperatura (Silva y Pescarolo).

E. HUET.

LOCALIZACIONES NERVIOSAS

En presencia de una afección orgánica del sistema nervioso, el clínico llamado á formular un diagnóstico deberá, según la expresión de Charcot, «pensar anatómicamente.» Se trata, por ejemplo, de una parálisis limitada, de una anestesia que abarca un territorio cutáneo determinado, deberá resolver este problema: ¿la lesión reside en los nervios periféricos, en las raíces espinales, en la médula ó en el encéfalo? deberá, en una palabra, hacer desde un principio un diagnóstico de «localización.» La solución de este problema le será las más de las veces posible y aun fácil, si posee las suficientes nociones de anatomía normal. Hemos creído que no estaría de más resumir, lo más brevemente posible, los datos anatómicos indispensables desde este punto de vista, indicando á la vez los principales síndromes patológicos propios de tal ó cual localización:

ENCÉFALO

I.—CUBIERTA CEREBRAL

División: { Motricidad
Sensibilidad
Sentidos especiales
Funciones del lenguaje
Inteligencia

A.—Motricidad

Centros psico-motores.—LOCALIZACIÓN.— Están agrupados alrededor de las circunvoluciones rolándicas ó centrales (zona motriz de Charcot (véase la fig. 163).

Miembro inferior.—Lóbulo paracentral y parte superior de las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes (MI).

Miembro superior.—Parte media de las dos mismas circunvoluciones, sobre todo frontal ascendente (MS).

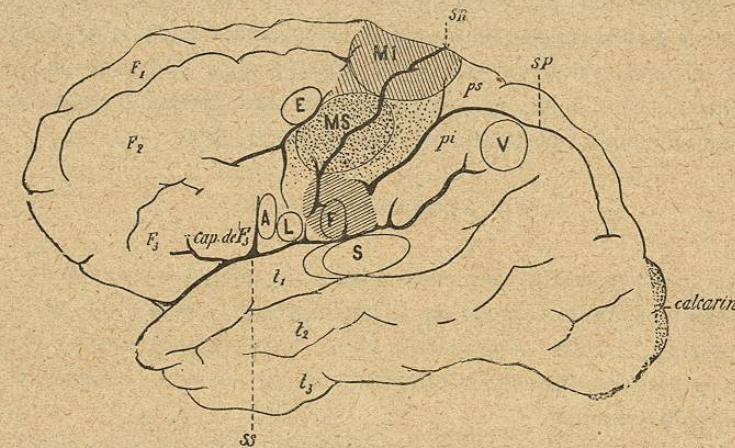


Fig. 163.—Cara interna del hemisferio izquierdo

F¹, F², F³, circunvoluciones frontales; —ps, pi, circunvoluciones parietales superior é inferior; —t¹, t², t³, circunvoluciones temporales; —SS, cisura de Silvio; —SR, cisura de Rolando separando la frontal y la parietal ascendentes; —SP, cisura interparietal. —A nivel del polo occipital, se ve la terminación de la cisura calcarina y la prolongación de la esfera visual en la cara externa del hemisferio.

Cara.—Parte inferior de la parietal ascendente, es decir, opérculo rolándico (Brissaud) sólo para el facial inferior (F). El centro cortical del facial superior no está determinado.

Lengua.—Pie de la frontal ascendente (Raymond y Artaud): centro distinto del de la afasia.

Laringe.—Parte inferior de la frontal ascendente (opérculo frontal (L)¹).

¹ Para la laringe, como para la cara, parece establecido que cada hemisferio manda á la vez los músculos de cada lado, con todo y ejercer una acción predominante sobre los del lado opuesto.

NOTA.— En el animal (mono) la experimentación ha permitido llevar mucho más adelante la división de la zona motriz en departamentos: movimientos aislados del brazo, del antebrazo, de los dedos, del pulgar, etc., (Ferrier, Horsley, Beevor, etc.).

PATOLOGÍA.—Desórdenes motores de origen cortical.

La destrucción de toda la zona rolándica produce la *hemiplegia total* (cara inferior y miembros del lado opuesto), con *afasia* constante cuando la lesión radica en el lado izquierdo. Las lesiones destructivas limitadas de esta zona dan lugar á *monoplegias* (cara, miembros) que son casi especiales de la cubierta en tanto que parálisis cerebrales. Estas monoplegias no van acompañadas, por regla general, ni de fenómenos sensitivos acentuados, ni de atrofas musculares; pueden evolucionar hacia la contractura.

Las lesiones irritativas corticales producen la *epilepsia parcial ó jacksoniana* (forma hemipléjica ó forma parcelar); frecuentemente acompañan convulsiones á la hemiplegia ó á la monoplegia.

B.—Sensibilidad general

LOCALIZACIÓN.—Hoy se tiende á admitir que la zona motriz es al propio tiempo zona de percepción de las impresiones sensitivas (zona sensitivo-motriz de Luciani, Tamburini, etc.). Para algunos autores la localización es distinta: Munek, Bechterew (lóbulo parietal), Ferrier y Yeo (región del hipocampo).

PATOLOGÍA.—En las lesiones destructivas de la zona sensitivo-motriz, se observa á veces en el lado opuesto una *hemianestesia* poco profunda y de corta duración, que no interesa más que la sensibilidad táctil, superpuesta por lo general ó una hemiplegia ó á una monoplegia.

Como *desórdenes subjetivos*: hormigueos, latidos (raramente dolores vivos), á veces en forma de descargas, lo que constituye una verdadera *epilepsia sensitiva*.

C.—Funciones sensoriales

Olfato.— Los autores están acordes en localizarlo en la *circunvolución del hipocampo y el asta de Ammón*. El síntoma anosmia aparecería por destrucción de estas partes (SO, fig. 164).

Visión.—LOCALIZACIÓN.— En la cara interna del lóbulo occipital, alrededor de la *cisura calcarina* (SV, fig. 164). Para unos, el *cuneus* forma parte de la esfera visual (Déjerine, Vialet). Para otros, está situado fuera de la misma (Brissaud).

Según Henschen, las fibras de la *macula lutea* se proyectan al centro de la calcarina (*retina cortical*).

PATOLOGÍA.—Por destrucción, se observa el síntoma *hemianopsia* con conservación de la visión central y de los reflejos pupilares. Esta hemianopsia es lateral, homónima y cruzada con relación al hemisferio lesionado. Las lesiones simplemente irritativas de la esfera visual provocan alucinaciones, escotomas luminosos, etc.

Audición.— *Circunvolución temporal superior* (fig. 163, S).— La lesión del centro lleva consigo la *sordera* y aun la *sordo-mudez* si sobreviene en la primera edad. La excitación produce alucinaciones auditivas y distintos ruidos.

No se ha distinguido todavía el centro auditivo *común* del centro auditivo *verbal* (S): verdaderamente, éste sólo se encuentra en el lado izquierdo, mientras que el primero es bilateral.

D.—Funciones del lenguaje

En la cara externa del hemisferio izquierdo, agrupados alrededor de la cisura de Silvio, los centros del lenguaje forman, por su reunión,

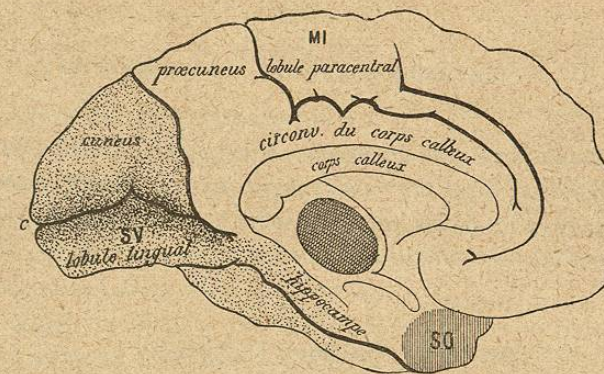


Fig. 164.—Cara interna del hemisferio izquierdo

El centro motor del miembro inferior se continúa en MI. En Sc, cisura calcarina

la ZONA DEL LENGUAJE (Freud), irrigada por la *arteria silviana*. La obliteración de esta arteria da por resultado la destrucción de toda la zona en cuestión y produce la *afasia total*, lo más completa posible. La zona del lenguaje comprende cuatro centros distintos:

1.º *Centro motor de articulación de las palabras*: Pie de la *tercera frontal izquierda*. Lesión: afasia motriz tipo.

2.º *Centro motor gráfico*: Pie de la *segunda frontal izquierda*. Lesión: agrafia. La existencia de este centro la niegan algunos autores (Déjerine).

3.º *Centro de la memoria auditiva de las palabras*: *Primera temporal izquierda*. Lesión: sordera verbal.

4.º *Centro de la memoria visual de las palabras*: *Pliegue curvo* (Parietal superior izquierda). Lesión: ceguera verbal.

E.—Inteligencia

Algunos autores localizan las funciones superiores del cerebro en la parte anterior del lóbulo frontal (lóbulo intelectual).

Para otros, la inteligencia no podría tener localización precisa.

Para Flechsig, la cubierta comprende *cuatro centros de proyección* (rolándico, visual, auditivo, olfativo) separados por *tres centros de asociación* (anterior, medio y posterior), particularmente desarrollados en el cerebro del hombre, del cual representan las dos terceras partes, — que faltan en los mamíferos inferiores. Estos últimos centros son las verdaderas *esferas intelectuales*.

II. — SUBSTANCIA BLANCA DE LOS HEMISFERIOS

Está formada por fibras de aspecto homogéneo. Muchas de sus lesiones quedan latentes; otras provocan, según su localización, síntomas más ó menos análogos á los de las lesiones corticales. Es necesario, para orientarse, practicar cortes metódicos señalados en la cubierta.

A.—Corte horizontal de Flechsig

Cápsula interna. — LOCALIZACIONES (Corte horizontal pasando por el cuerpo opto-estriado) (fig. 165).

1.º *Segmento anterior* (A).—Fibras emanadas de la parte anterior del lóbulo frontal: haz llamado *intelectual* ó *psíquico*.

2.º *Rodilla* (a G). — Comprende el haz *geniculado* (fibras motoras destinadas á la cara y á la lengua) y, por delante del mismo, el haz llamado de la *afasia* (a), procedente del centro de Broca.

3.º *Segmento posterior* (PS). — El más importante.

En los dos tercios anteriores pasan las fibras motoras destinadas al tronco y á los miembros, procedentes de las circunvoluciones rolándicas (*haz piramidal*, P). Las fibras del miembro inferior son las más posteriores en este corte horizontal.

En su tercio posterior, *encrucijada sensitiva de Charcot*, pasan las fibras sensitivas (de la sensibilidad general y sensorial, excepto las olfativas).

En RO, *radiaciones ópticas* de Gratiolet, dirigidas desde la corteza occipital al tálamo óptico, pasando por la *encrucijada sensitiva*.

PATOLOGÍA. — La cápsula interna es el sitio de elección de las hemorragias cerebrales: éstas pueden proceder de la arteria lenticulo-estriada (segmento anterior) ó de la arteria lenticulo-óptica (segmento posterior).

Lesiones del brazo anterior. — Los síntomas son poco conocidos; podrían observarse trastornos de la mímica (Brisaud).

Lesiones de las fibras motoras (a GP). — Dan lugar á la *hemiplegia* por lo general total (del lado opuesto). Se conocen algunas observaciones de *monoplegias* por lesión parcial.

Cuando el haz llamado de la *afasia* (a) está interesado en el lado izquierdo, la hemiplegia derecha va asociada á la *afasia* como en las lesiones corticales. Pero, en general, la afasia es menos típica que en este caso; hay gran parte de *anartria*. — La lesión doble del haz geniculado lleva consigo el síndrome *parálisis pseudobulbar*.

Lesiones del haz sensitivo (S). — Producen: 1.º la *hemianestesia* superpuesta en general á la hemiplegia. — La anestesia puede ser solamente sensitiva ó á la vez sensitivo-sensorial. Por lo que concierne á la visión, Charcot opinaba que los desórdenes consistían en este caso, en una

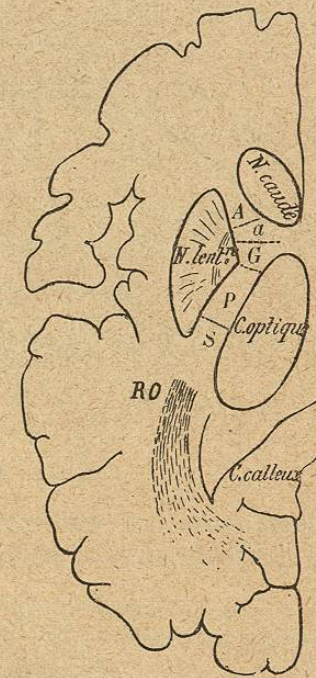


Fig. 165. — Corte horizontal de Flechsig para las localizaciones en la cápsula interna, A, G, P, S. — A, brazo anterior (haz psíquico); — G, rodilla (haz geniculado, facial); — P, brazo posterior (haz piramidal, fibras motoras de los miembros y del tronco); — S, haz sensitivo, al cual van á parar las radiaciones ópticas RO. En a, haz de la afasia.

ambliopia cruzada unilateral. Pero hoy se tiende á admitir que la *hemi-*

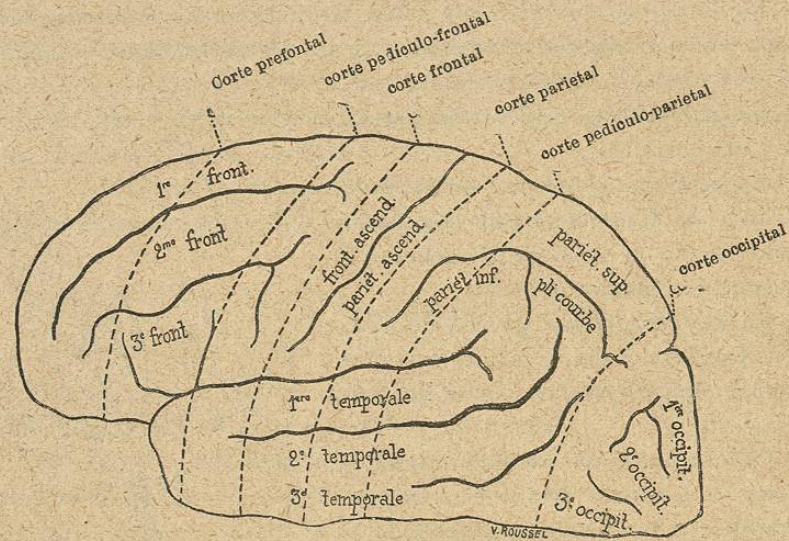


Fig. 166. — Trazado de los cortes de Pitres

anopsia lateral por sección de las radiaciones ópticas RO corre parejas con la hemianestesia capsular.

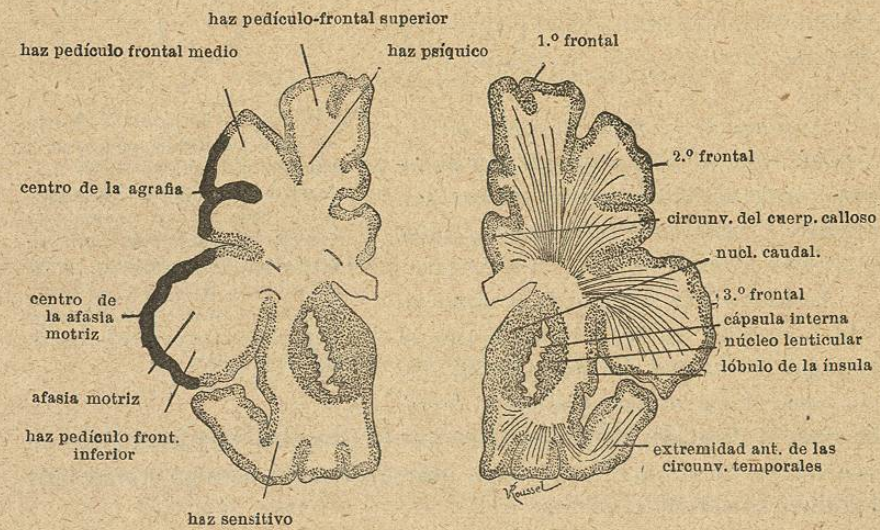


Fig. 167. — Corte pedículo-frontal de Pitres

2.º La *hemicorea* ó la *hemiataetosis*, sin duda por excitación de los haces motores próximos.

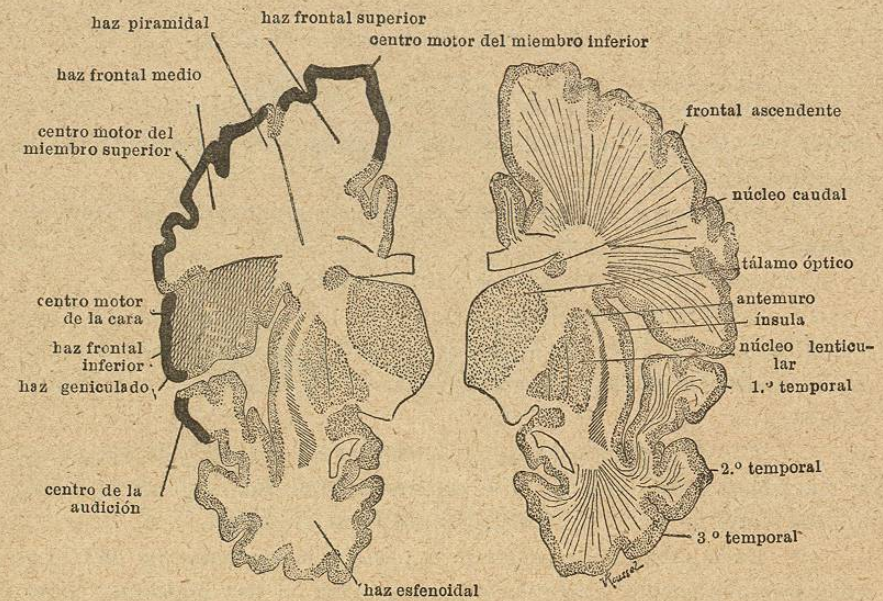


Fig. 168. — Corte frontal de Pitres

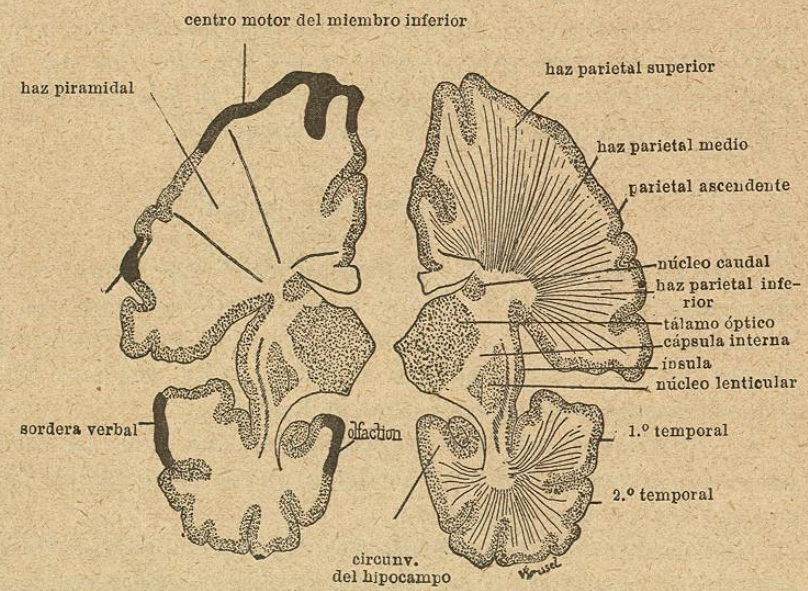


Fig. 169. — Corte parietal de Pitres

3.º *Desórdenes vasomotores*: rubores, edemas falsos en las extremidades paralizadas.