

REVISTA

DE

Medicina y Cirugía prácticas

FABELLÓN MÉDICO (1860) ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATIA Y PEDIATRIA (1890)

Fundador: D. RAFAEL ULECIA Y CARDGNA

Director: D. FEDERICO TOLEDO DE LA CUEVA

TOMO CXXIV

MADRID

IMP. DEL ASILO DE HUÉRFANOS DEL S. C. DE JESÚS

Calle de Juan Bravo, 3.

1919

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

SUMARIO: TRABAJOS ORIGINALES: Valor diagnóstico del síndrome cerebeloso en la práctica clínica, por el Dr. E. Fernández Sanz; pág. 5.—Revista de Pediatría, por el Dr. D. Jesús Sarabia y Pario; pág. 10.—TRABAJOS EN IDIOMA ESPAÑOL: *Societates científicas*: Primer Congreso Nacional de Medicina celebrado en Madrid del 20 al 25 de Abril de 1919 (continuación); pág. 15.—Academia Médico-Quirúrgica: Peritonía persecutoria.—Dos casos de encefalitis letárgica; pág. 5.—Hospital del Niño Jesús: Un caso de tortícolis.—Probable tuberculoma cerebral con síntomas oculares.—Infantilismo intestinal; pág. 26.—TRABAJOS EN OTROS IDIOMAS: *Societates científicas*: Sociedad Terapéutica de París: Acción de los hipocloritos sobre las falsas membranas pleurales.—Algunas observaciones sobre los accesos de fijación de la gripe; pág. 31.—*Periodicos extranjeros*: Tratamiento de la pleuresía y de la peritonitis tuberculosa por el método de Capparoni.—Un método de traqueotomía exangüe; pág. 39.

Valor diagnóstico del síndrome cerebeloso en la práctica clínica

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Académico numerario de la Real de Medicina. Jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno, etc.

En una ponencia, desarrollo de un tema oficial, leída ante la Sección de Neurología del Congreso Nacional de Medicina, recientemente verificado en Madrid, he expuesto los factores semiológicos componentes del síndrome cerebeloso, su diagnóstico diferencial con otros cuadros sintomáticos afines y su significación nosológica; aunque trataba todos estos asuntos en la susodicha ponencia del modo más conciso posible, su extensión es muy superior al espacio de que puedo disponer para este artículo, y como una síntesis, en forma de conclusiones de todo lo allí consignado, ofrecería el inconveniente de condensar demasiado, hasta hacer su comprensión difícil, lo exclusivamente clínico, mientras que habrían de figurar otros puntos que no tienen aplicación inmediata al tratamiento de los enfermos, considero preferible entresacar de dicha ponencia todo lo que tiene importancia e interés directos para el médico práctico, y escribir así un trabajo nuevo, con un punto de vista distinto atendiendo sólo a las aplicaciones clínicas, pero aprove-

chando el copioso material acumulado para la redacción del mencionado informe, que podrá consultarse *in extenso* en el Libro de Actas del Congreso.

Aunque los fisiólogos estudian desde hace bastante tiempo con los métodos experimentales modernos las funciones del cerebelo, y han conseguido ya resultados muy satisfactorios, estos datos, obtenidos en los animales, no son, en su inmensa mayoría, inmediatamente aplicables a la clínica humana, sino que deben someterse a un riguroso contraste y minuciosa comparación con lo que en el hombre ocurre. Prueba de que las consecuencias de los experimentos fisiológicos, sólo de manera un tanto remota y por complicadas inferencias, pueden tener aplicación clínica, es que los fundamentos del diagnóstico de las alteraciones cerebelosas, no se hallan principalmente en aquellas investigaciones experimentales, sino en los estudios directamente llevados a cabo en el hombre por los anatómo-patólogos, los cirujanos y los neurólogos; y otra prueba de la misma afirmación es el fracaso a que hasta ahora se han visto condenadas las tentativas de localizaciones cerebelosas realizadas por diversos experimentadores: estas tentativas habrán podido conducir a conclusiones más o menos correctas, pero que siempre deben tacharse de prematuras en los animales, y no pueden aún transportarse a la especie humana.

El síndrome cerebeloso *práctico*, útilmente aprovechable para los fines del diagnóstico, se halla constituido por un conjunto de fenómenos, directamente observados en el hombre enfermo, confirmados por los exámenes necrópsicos, en cuanto a su dependencia de las lesiones del cerebelo y análogos, pero no absolutamente idénticos a los trastornos que la experimentación provoca en los animales, habiendo algunos de esos fenómenos, como las llamadas crisis cerebelosas y la catalepsia cerebelosa, que son de exclusiva atribución humana, y lo que aún es más significativo, no pueden explicarse completamente por las nociones de fisiología del cerebelo que hoy se poseen.

El síndrome cerebeloso *clínico*, el que interesa a los médicos, y el único de que me voy a ocupar aquí, consta de un conjunto de síntomas descritos en su mayor parte hace próximamente un cuarto de siglo por Babinski, y ampliados valiosamente después por Barany y algunos otros observadores.

No todos los síntomas que integran el síndrome cerebeloso, tienen el mismo valor diagnóstico, debiendo bajo este aspecto dividirse en dos grupos, el de los fundamentales y el de los accesorios; en el primero se incluyen los síntomas debidos a alteraciones del cerebelo mismo, y en el segundo los producidos

por la extensión del proceso a los órganos vecinos, nervios craneales, bulbo, protuberancia, etc.; estos síntomas accesorios, que son realmente complicaciones, obscurecen el típico cuadro morboso, pero tienen importancia para fijar la topografía de la lesión.

Entre los síntomas fundamentales, que son los genuinamente cerebelosos, merece ocupar el primer lugar por su importante práctica, y por la prontitud con que permite orientar el diagnóstico, la marcha llamada cerebelosa, en zig-zag, con desviaciones laterales de la trayectoria rectilínea, y con los pies separados, para ampliar la base de sustentación y facilitar así la estabilidad comprometida; esta marcha patológica que remeda la de las personas que andan sobre un buque en movimiento, representa un trastorno complejo de la motilidad, en el que intervienen varias perturbaciones elementales que a continuación enumero.

En las lesiones cerebelosas son las funciones motoras las principalmente alteradas, observándose en ellas las siguientes anomalías: *la ataxia*, que se distingue de la debida a procesos medulares en que así como ésta, de la que es tipo la tabética, interesa a los movimientos sencillos y elementales y se traduce por sacudidas bruscas y angulosas, aquélla se manifiesta en los movimientos complicados de conjunto en los que produce desviaciones lentas, amplias y curvilíneas; *la astenia*, que se define por sí sola y que tiene un carácter más objetivo que subjetivo; *la dismetría* o falta de medida exacta en la ejecución de los movimientos; *la asinergia* que es la carencia de correlación entre los factores que integran los movimientos complejos, lo que determina la ruptura de la normal armonía de éstos; se aprecia la asinergia la andar al doblar el tronco hacia atrás, al incorporarse, etc., *la adiadococinesis* que es la imposibilidad de ejecutar movimientos rápidamente alternados, como la pronación y supinación de la mano, la flexión y extensión de los dedos, etc.; *la atonia o hipotonia*, síntoma de la misma naturaleza que la astenia antes citada, las *actitudes forzadas* de la cabeza principalmente, y más rara vez de otros segmentos del cuerpo, que recuerdan a las posiciones en arco de círculo y a los movimientos de picadero que se provocan experimentalmente en los animales: *el nistagmus*, teniendo importancia diagnóstica no sólo el espontáneo, sino también el provocado, según las pruebas de Barany; *la catalepsia*, tendencia a persistir indefinidamente las actitudes que pasivamente se hace adoptar a los miembros.

Otros síntomas son las alteraciones de la palabra que de-

terminan una *disartría* caracterizada por la lentitud, el balbuceo y la obscuridad, la incorrección en la emisión de los sonidos articulados: el *temblor* inconstante y de caracteres poco precisos: *la desviación en tuerca o helicoidal* de los globos oculares, estando el uno desviado en sentido inverso respecto del otro, así en el plano horizontal, como en el sagital; *las alteraciones de los reflejos*, variables según los casos, estando más veces exagerados y otras disminuidos, aunque es más frecuente la exaltación: *las crisis cerebelosas* de Huglings Jackson y Dana consistentes en bruscos accesos de contracciones tónicas con rigidez y actitudes violentas; por último, *los signos de indicación de Barany*, cuya descripción puede verse en mi mencionada Ponencia y que fundamentalmente consisten en la existencia de desviaciones espontáneas cuando se hace tocar al sujeto repetidamente con los ojos cerrados un objeto inmóvil, y en la falta de la desviación fisiológica, cuando antes de la repetición del contacto se hace girar al paciente.

No todos estos síntomas poseen igual importancia diagnóstica, pues existen entre ellos considerables diferencias en cuanto a frecuencia de presentación y exclusiva pertenencia al síndrome cerebeloso. En la relación anterior he procurado colocarlos según el orden de su interés y de su valor prácticos para la dilucidación del problema diagnóstico; pero esta seriación no puede entenderse en un sentido inmutable y absoluto, pues representa nada más que la resultante de lo observado en la mayoría de los casos, mas algunos de éstos encontraremos en que ejerza una influencia tan decisiva como acertada en nuestro juicio alguno de los síntomas más inseguros o más raros. Así en un caso por mí estudiado hace algunos años, el estado comatoso en que se hallaba el enfermo no me permitió apreciar más elemento constitutivo del síndrome cerebeloso que la catalepsia y este dato de investigación, unido al antecedente de una otitis supurada del lado derecho, y a algunos síntomas generales, me hizo opinar que se trataba de un absceso del hemisferio cerebeloso del mismo lado, diagnóstico confirmado por la intervención quirúrgica.

Este ejemplo y otros análogos que pudieran aducirse, nos enseñan que al inquirir el diagnóstico debemos tener siempre presente todo el conjunto de los síntomas que integran el síndrome cerebeloso, sin menospreciar ninguno, aunque reconociendo entre ellos las diferencias en cuanto a su importancia a que antes he aludido.

Aun procediendo con toda asiduidad y escrupulosa exactitud en la exploración de los síntomas no nos será siempre posible

formular un diagnóstico exacto, pues la realidad nos presenta al lado de casos sencillos y claros, otros tan oscuros que burlan la sagacidad y la paciencia del más diestro investigador. Como ejemplo de estos contrastes que nos ofrece la clínica, citaré dos observaciones personales; en la una me fué posible diagnosticar con rapidez la localización de un quiste del hemisferio cerebeloso derecho, sin sacar a la enferma de la camilla en que fué llevada al Hospital clínico sumida en profundo coma y en estado de gravedad extrema; fué operada inmediatamente por el doctor Cardenal y salvó la vida. La segunda observación se refiere a un hombre que estuvo varios meses en el Hospital clínico con síntomas generales de tumor cerebral, pero sin ningún signo de lesión focal en absoluto, por lo que el diagnóstico típico fué imposible; la trepanación descomprensiva sólo permitió prolongar algo la vida del enfermo y la autopsia demostró la existencia de un tuberculoma en la región anterior del vermis. Estas observaciones prueban palmariamente la variabilidad de condiciones en que se nos plantea el problema diagnóstico de las lesiones del cerebelo, de fácil solución unas veces, imposible otras.

La comprobación de la existencia del síndrome cerebeloso revelador de una alteración de este centro nervioso no basta para un diagnóstico completo; precisa además localizar la lesión o intentar por lo menos, y averiguar la naturaleza del proceso; aquel requisito, el de la determinación topográfica, interesa sobre todo desde el punto de vista de la terapéutica quirúrgica; el segundo, el del carácter de los trastornos tiene extraordinaria importancia para el tratamiento médico.

El diagnóstico típico de las lesiones del cerebelo, carece por desgracia de las firmes y seguras nociones en que se apoya el de las del cerebro: los intentos de división de aquel órgano en regiones o centros encargados de funciones distintas y su correlación con los diversos segmentos del cuerpo, no poseen aún, según he dicho ya, la solidez y el grado de certeza necesarios para que puedan presidir a las determinaciones operatorias. Lo único de cierto que a este respecto puede decirse, es que los síntomas cerebelosos, la ataxia, la asinergia, la hipotonía, etc., son homolaterales, es decir, se manifiestan en el mismo lado donde radica la lesión, al revés de lo que ocurre con los cerebrales que se presentan en el lado opuesto; también parece probado que las alteraciones del vermis se traducen por intensas perturbaciones del equilibrio estático y dinámico.

En cuanto a la naturaleza del proceso no es la apreciación de los síntomas aislados la que nos permite definirla, sino el es-

tudio de la evolución, de la sucesión y enlace de unos fenómenos morbosos con otros, de los antecedentes y de los trastornos asociados en otros órganos y las reacciones serológicas.

Este es el más seguro procedimiento para llegar al diagnóstico genérico, tópico y específico de las alteraciones morbosas del cerebelo, fundándose no más que en los datos de valor comprobado en la práctica.
