

## Signos y diagnóstico de los tumores cerebrales, excepto los tumores de la hipófisis

Por el Dr. T. de MARTEL.

He escrito este artículo para los lectores del *Monde Medical*, esforzándome en poner de relieve lo que hay de notable en la historia y en el estudio de los tumores cerebrales.

Hago hincapié en el mecanismo de la hipertensión intracraneal, hecho que domina toda la fisiología de los tumores y su evolución. También indico, insistiendo en ello, hasta qué punto los signos neurológicos son falaces cuando se trata de localizar un tumor y, en cambio, describo muy sucintamente el capítulo de semiología nerviosa de los neoplasmas cerebrales que, por sí solo podría llenar un volumen, en el que figurarían expuestos hechos contradictorios. En efecto, es indiscutible que un tumor cerebral provoca muchas veces signos neurológicos que lo localizan allí donde no existe aun cuando hayan sido interpretados por un neurólogo competente, teniendo por norma las enseñanzas de la fisiología nerviosa, creada en gran parte por los neurólogos. En cambio, insisto mucho en el gran valor localizador de los signos oftalmológicos y radiológicos, incluyendo en ellos las indicaciones que nos proporcionan la ventriculografía y la encefalografía.

Es difícil comprender la sintomatología de los tumores cerebrales, si no se tiene bien presente el papel que desempeña el

líquido cefalorraquídeo, la manera cómo circula en las cavidades cerebrales y alrededor del cerebro y a qué nivel penetra en la circulación general.

A los hermosos trabajos de Rissr, en Francia, y a los de Dandy, de Blakfair y de Weed, en los Estados Unidos, debemos el conocimiento de las nociones esenciales sobre el asunto.

Estos autores, valiéndose de investigaciones experimentales muy ingeniosas, han demostrado que la mayor parte del líquido cefalorraquídeo *se* forma en los ventrículos laterales, al nivel de los plexos coroideos. Han mostrado que el bloqueo de los ventrículos, tanto si es patológico como experimental, provoca siempre la hidrocefalia, es decir, la dilatación de las cavidades ventriculares.

El bloqueo patológico es realizado de un modo esquemático en las hidrocefalias congénitas, en las que los agujeros de Magendie y de Luschka, consecutivamente a un defecto de conformación congénito, no existen.

Bandy y Blakfair han referido un caso. El profesor Rissr, de Toulcuse, ha realizado el bloqueo experimental del cuarto ventrículo en el perro, valiéndose de una masa en fusión, introducida con una jeringa en dicha cavidad, masa que al solidificarse la oblitera, habiendo podido

así producir hidrocefalias típicas.

Podemos, pues, sin temor de caer en error, decir que al nivel de los plexos coroideos existe un manantial importante de líquido cefalorraquídeo. Este líquido, después de haber llenado los ventrículos laterales, pasa al tercer ventrículo al través de los agujeros de Monro, y después al acueducto de Sylvio que une el tercer ventrículo con el cuarto ventrículo, saliendo de este último por los agujeros de Luschka y Magendie. Circula alrededor del cerebro en los espacios suharacnoideos y penetra en la circulación general al nivel de los grandes senos venosos, al través de las vellosidades aracnoides (corpúsculos de Pachio-ni) que bañan en estos senos.

Esta reabsorción del líquido cefalorraquídeo se verifica también, conforme han demostrado Cestan, Riser y Laborde, no solamente al nivel de los grandes senos, sino también al nivel de todos los pequeños vasos capilares subaracnoideos. si insisto sobre estos trabajos y, en especial, sobre las notables investigaciones de Riser y de la Es-

cuela de Toulouse, es porque deseo que estos hechos, en los que tendré necesidad de apoyarme constantemente, aparezcan a vuestros ojos sólidamente fundados.

Para evitar toda confusión, os diré ya désele ahora que, con el nombre de tumor cerebral, se designan todos los tumores intracraneales, y que esta última expresión, sobre ser más fácil de comprender, es también más exacta. Siguiendo la costumbre, emplearé una u otra de estas designaciones, considerándolas como sinónimas.

Cuando se forma un tumor en el interior de la caja craneal, inextensible, ejerce sobre el cerebro una presión continua y progresiva. Esta presión se traduce clínicamente por lo que se denomina el síndrome de hipertensión intracraneal. Está constituido por tres signos clínicos cardinales, la cefalea, los vómitos y el edema de la papila.

Anclaríamos equivocados si creyéramos que este síndrome de hipertensión es tanto más acentuado cuanto más voluminoso es el tumor.

---

Tumores muy voluminosos pueden provocar tan sólo una hipertensión moderada; un tumor muy pequeño puede, por el contrario, provocar una hipertensión considerable, rápidamente grave. En efecto, la aparición del síndrome de hipertensión guarda relación con el trastorno que la lesión produce en la circulación del líquido cefalorraquídeo en las cavidades ventriculares. Es por esta razón que los tumores, por cierto frecuentes, sobre todo en el niño, que radican al nivel del techo del cuarto ventrículo, en el vermis medio del cerebelo, al obliterar la cavidad ventricular, provocan más fácilmente que los demás el bloqueo del líquido cefalorraquídeo, la dilatación ventricular y el síndrome de hipertensión.

Pero todo tumor cerebral, sea cual fuere su asiento, produce al cabo de un cierto tiempo el mismo resultado por el mecanismo siguiente. 'La presión que ejerce sobre un cerebro blando y que tiende a huir, produce lo que Cushing ha llamado "pressure cone," cono de presión.

El neuro eje-sólo puede sus- traerse a la presión al nivel del agujero occipital, en un punto del cráneo que está ampliamente abierto para dejar paso a la médula espinal y a la porción inferior del bulbo.

Es al través de este extenso orificio que el cerebelo, o precisamente más, las amígdalas cerebrosas, formarán hernia, amoldándose alrededor del bulbo. El cono así formado, encajado en el estuche de la dura

madre medular, en el que penetra casi siempre en una longitud de varios centímetros, ejerce una presión muy intensa sobre el contenido de dicho estuche, es decir, sobre la porción inferior del bulbo que forma el suelo del cuarto ventrículo, en el que existen los orígenes del neumogástrico y los centros respiratorios. A este nivel pueden también quedar comprimidas las arterias vertebrales y el tronco basilar, pero los más obliterados son los orificios por los que pasa el líquido cefalorraquídeo al salir del cuarto ventrículo para alcanzar los espacios subaracnoides.

Queda así constituido un círculo vicioso: la presión intracraneal debida al tumor, provoca un cono de presión, pero éste, bloqueando el cuarto ventrículo y las vías de salida del líquido cefalorraquídeo, produce la hipertensión ventricular, sobre la cual he insistido al principio de este artículo, contribuyendo por mucho a aumentar la presión intracraneal que, sin duda alguna, es igual a la presión ventricular.

*De lo que acabamos de exponer se deduce que todos los tumores intracraneales acaban produciendo, con mayor o menor rapidez, un cono de presión, y que al mismo tiempo van acompañados de hipertensión ventricular, pero así como los tumores de los hemisferios sólo lo producen tardíamente y cuando su volumen es considerable, los tumores de la fosa posterior y, sobre todo, los de el cuarto ventrículo, no tardan en producir*

un cono de presión y una hipertensión ventricular elevada con dilatación de los ventrículos. *La dilatación de los ventrículos*

*Es constante, y muchas veces considerable, en los tumores de la fosa posterior y más especialmente en los del cuarto ventrículo y del acueducto, que desde el principio bloquean la circulación del líquido cefalorraquídeo.*

*Falta, por el contrario, casi siempre en los tumores de la. Hemisferios, que tan sólo mucho tiempo después de su aparición producen un cono de presión.* En ellos, el líquido cefalorraquídeo comprime los paredes ventriculares, que sólo ceden a duras penas por estar sostenidos por el cerebro y por el tumor que desde larga fecha viene llenando por completo la caja craneal.

*Si insisto tanto en estas primeras páginas sobre los fenómenos hidráulicos que acompañan a los tumores cerebrales y sobre la hipertensión intraventricular de que son la consecuencia, ¿s porque esta hipertensión es la que mata a los enfermos.* Las paredes del tercero y del cuarto ventrículo constituyen la parte

esencial del encéfalo, la que preside todos los fenómenos de la vida vegetativa, la que no falta en ningún vertebrado, por muy baja que sea su categoría en la escala zoológica.

Modificaciones bruscas de presión en más o en menos, obrando sobre estas paredes y los núcleos indispensables que contienen, pueden provocar la muerte muy rápidamente. *El enfermo que teniendo un tumor cerebral ha llegado a un grado de hipertensión ventricular elevado, es enfermo frágil.* A pesar de un aspecto tranquilizador aún para un lego en la materia, *puede muy bien morir inopinadamente algunas horas antes de la intervención quirúrgica que iba a serle practicada.* Quiere ello decir, que el médico perspicaz debe procurar diagnosticar los tumores intracraneales antes de que se manifieste el síndrome de hipertensión, del que voy a hablaros ahora.

*La cefalea es un síntoma muy frecuente, por decirlo así, constante, y que señala el comienzo de la hipertensión.* Su intensidad es muy variable. Ligera, transitoria, con remisiones al

---

Principio, va haciéndose cada vez más tenaz, intolerable, sin que los analgésicos logren calmarla. Ocurre a veces que, durante la evolución de la enfermedad, la cefalea, que al principio será muy intensa, disminuye y hasta desaparece por completo. Obsérvase ello sobre todo en el niño, pudiendo explicarse este hecho porque en él las, cisuras craneales no están aún solidadas y pueden dejarse la cefalea aislada de hacernos pensar en muchas cosas entre las que las cefaleas continúan en si deben inducirnos a practicar en si automáticamente un examen *fondo del ojo*, que pondrá a veces de manifiesto la estasis venosa o también un *edema de la papila*. Durante este examen oftalmológico, mediremos la tensión sanguínea en la arteria central de la retina, siguiendo el *método de Baillart*: El aumento de esta tensión en un individuo con una tensión arterial normal, indica un comienzo de hipertensión intracraneal!. *El signo de Baillart es muchas veces anterior al edema de la papila y tiene un gran valor.*

Estos diferentes exámenes serán completados con una punción lumbar que, bien practicada, es inocua. Esta punción permitirá medir con el manómetro de Stooyek *la tensión del líquido céfalo raquídeo* antes de la salida del líquido y comprobar por la presión de las yugulares si *el líquido está bloqueado en su parte posterior.*

Si no hay tal bloqueo, recogeremos algunos centímetros cúbicos de líquido cefalorraquídeo, que serán examinados, examen que cuando se trata de un tumor nos pondrá de manifiesto una mayor cantidad de albúmina sin aumento del número de leucocitos, constituyendo lo que se llama la *disociación albúminocitológica*.

Los vomitos acompañan muchas veces a la cefalea, pero no constituyen propiamente hablando un signo de hipertensión aparecen, conforme diré — más lejos, de un modo muy precoz, constituyendo entonces una *verdadera señal de alarma que siempre pasa desapercibida*. Es tior esta razón que muchos individuos que *tienen tumores cerebrales son tratados por afecciones abdominales* que no tienen, y son *operados de apendicitis o de colecistitis* antes que les haya visto un neurocirujano.

*El edema de la papula es uno de los signos más constantes del síndrome de hipertensión.* Pero raras veces se piensa en buscarlo si no existe algún otro síntoma que llame la atención hacia el cráneo. Conforme he dicho antes, una cefalea anormalmente tenaz es la que induce casi siempre a practicar *examen del fondo del GJO*, pero son a veces también los *trastornos de la visión* que aqueja el enfermo.

Tratase casi siempre de *obnubilaciones visuales*, pasajeras al principio, que siguiendo una marcha progresiva, Kegan a producir la *ceguera completa*. Cuando estos fenómenos aparecen, la agudez visual 'ha dismi-

nuido mucho casi siempre, sobre todo en los niños pequeños, que por no saber leer se vuelven casi ciegos antes de acusar trastornos visuales. En este período, *el edema de la papila y las estasis venosas han producido lesiones retinianas definitivas*, que ningún tratamiento conseguirá hacer retroceder. *No ocurre lo propio con los trastornos visuales debido a la compresión directa del nervio óptico por un tumor.* Ya insistiré más; lejos sobre ellos a propósito de los tumores próximos a la silla turca y al quiasma. Pero ya desde ahora, insistiré en la siguiente diferencia. *hay dos maneras de perder la vista en el transcurso de un tumor cerebral: por atrofia óptica secundaria* producida por un edema de la papila, que a su vez es consecuencia de la hipertensión intracraneal, o *por atrofia óptica primitiva*, debida a una compresión directa del nervio óptico por el tumor; *esta última puede ser curada por completo con la operación*, incluso cuando es ya muy acentuada.

El edema de la papila dista mucho de ser un síntoma constante, y en *algunos individuos con hipertensión intracraneal indiscutible, medida con el manómetro, el edema de la papila, e incluso la estasis venosa que la precede, pueden faltar.* En estos casos, sobre todo, es cuando la medición de la tensión arterial retiniana tiene un gran interés.

En resumen, *cuando el síndrome es completo, deberá hacerse siempre el diagnóstico de tumor cerebral.* Pero no siempre ocurre así, y todos los años vemos algunas docenas de enfermos mandados al servicio en el último período de su enfermedad, a pesar de haber sido examinados repetidas veces por varios médicos.

Y, no obstante, en *muchos casos un médico influido*, y que ha tenido ocasión de ver con frecuencia enfermos de esta clase, *puede hacer un diagnóstico mucho más precoz*, mucho antes que aparezca el síndrome de hipertensión.

---

Es así que, en el niño sobre todo, es necesario que el médico preste atención a las *actitudes anormales de la cabeza*. De modo que cuando un niño o también un adulto mantiene su cabeza siempre inclinada hacia un lado o hacia atrás, o también hacia adelante, cuando es difícil conseguir la levante, pues este movimiento le hace sufrir, no debemos admitir la existencia de un tortícolis, de un dolor reumático u otra cosa cualquiera que nada explica, sino que preciará examinar por completo al enfermo. Es, en efecto, un signo frecuente de los tumores de la fosa posterior y, a veces también de otras porciones, esta *posición anormal y dolorosa, de la cabeza*.

En estos casos, el dolor radica casi siempre en la nuca. Puede presentarse en forma de accesos con irradiaciones dolorosas en el cuello y en los hombros. accesos seguidos de remisiones. A veces estas crisis dolorosas van acompañadas de crisis convulsivas (descritas hace ya mucho tiempo por Jackson), con inclinación de la cabeza hacia atrás, pérdida de conocimiento, trastornos respiratorios, estando los miembros superiores en extensión o en flexión forzadas, y los miembros inferiores en extensión. La pérdida del conocimiento no es constante.

Veréis a veces un niño que vomita, *sin causa*, siempre por la mañana, cuya cabeza mantiene inclinada en una *actitud fija*, y si a este niño le examináis el fondo del ojo, veréis que la papila está edematosa; pero lo que

llama más la atención en este caso, lo que a nada se parece le que excluye toda otra enfermedad, es la actitud anormal de la cabeza, punto sobre el cual deseo llamar muy especialmente vuestra atención.

Deberéis pensar también en un tumor cerebral cada vez que un niño, sin quejarse de los ojos, a veces sin vomitar, *cae siempre, sin motivo aparente, del mismo lado*. Con tanto mayor motivo aún pensaréis en un tumor cerebral si el niño tiene una cabeza voluminosa y dirigida siempre en una posición fija.

*En el adulto* existen también *signos precoces que deben llamar la atención del médico*, signos anteriores al comienzo de la hipertensión o contemporáneos con ella.

Es así que la *estrechez del carneo visual*, tan frecuente en los casos de los tumores temporales y en los que radican en las proximidades del quiasma, pasa muchas veces desapercibida por el enfermo y por sus deudos, durante mucho tiempo. No obstante, un observador atento puede comprobar, por la manera cómo se conduce y anda el enfermo, que su campo visual está estrechado y ello más especialmente en las estrecheces homónimas controlaterales.

*Si estas estrecheces visuales, cuyo valor localizador es muy grande, son pocas veces comprobadas, es ello debido a que casi nunca se nos ocurre buscarlas en tiempo oportuno, en la época en que podrían ser comprobadas*. Más tarde, casi ciego el enfermo, muchas veces

afásico o atontado, no puede ya colaborar en un examen, pues contesta de un modo tan imperfecto que no es ya posible tener en cuenta lo que nos dice.

*Los trastornos de la visión deben siempre llamar la atención del médico e inducirle a practicar un examen completo del enfermo, examen orientado hacia la investigación de los signos de una hipertensión intracraneal incipiente. A diario vemos enfermos con un tumor cerebral ignorado, Que desde hace varios meses se quejan de trastornos visuales, a veces transitorios (diplopia, nubes pasajeras), a los que nadie ha prestado atención.*

Un hecho muy importante, y sobre el cual deseamos llamar la atención de los médicos, es que *toda crisis de epilepsia esencial generalizada, que aparece en un adulto, hasta entonces en plena salud, es muchas veces el primer signo de un tumor cerebral, aun cuando no tenga cefalea, ni vómitos, ni edema de la papila.* En este caso, una encefalografía o una ventriculografía está per-

fectamente indicada, siendo el único medio de que no nos pase desapercibida una lesión perfectamente curable aún, y que dentro de pocos meses no lo será ya.

*La epilepsia jaksoniana, limitado, primeramente a un pie o a una mano y que va prodigándose a toda una mitad del cuerpo, tiene el mismo valor desde el punto de vista del diagnóstico, y permite localizar al mismo tiempo la lesión de un modo exacto.*

*Otro signo de comienzo, muy importante y al que nunca se da el valor que merece, es el cambio de carácter del enfermo.* Este fenómeno, que como es natural, es primeramente observado por los deudos del enfermo, poquísimas veces es interpretado del modo debido.

Veréis a veces un individuo que hasta entonces podía ser considerado como un ejemplo de orden, de prudencia, que llevaba perfectamente un negocio industrial o comercial, desinteresarse del negocio, no ocuparse de nada, mostrarse indiferente a los sufrimientos o a los pesares de

---

sus familiares, olvidarse de acudir a citas, perderse en la calle. Este individuo debe ya desde ahora ser sospechado de tener tumor cerebral. Podría citaros un caso en el que sospeche la existencia de un tumor cerebral, que fue comprobado con la ventriculografía, sin haber visto el enfermo, fundándome tan sólo en su historia, que vino a contarme su mujer.

Uno de los aspectos que más llama la atención en estos trastornos mentales debidos a la evolución de un tumor frontal, es la actitud del enfermo durante el interrogatorio. Contesta muchas veces a las preguntas que se le dirigen en un tono alegre y satisfecho a la vez, que no guarda relación con su estado. Esta actitud es tan especial, que las mismas enfermeras de un servicio de neurocirugía no tardan en hacer el diagnóstico de tumor frontal tan sólo por la manera como se conduce el enfermo. Si bien a veces se equivocan, muchas aciertan.

*Muchos enfermos asilados y ciegos tienen tumores cerebrales ignorados.*

Todos estos signos de comienzo que acabo de exponeros, tienen suma importancia y deben ser recordados. Por sí solos no nos autorizan para hacer un diagnóstico exacto, pero son suficientes para aconsejar un examen completo del enfermo, que deberá ser casi siempre completado con una encefalografía o una ventriculografía.

*En efecto, cuando se trata de precisar la existencia de un tumor cerebral, único en muchos*

*casos» el examen radiográfico de las cavidades ventriculares, visibles ahora con la inyección de aire, puede darnos una contestación negativa o positiva, de la cual dependerá la elección del tratamiento.*

No quiere ello decir que debemos prescindir de los otros modos de examen, pero no debemos tener una gran confianza en su valor, y sobre todo en el del examen neurológico. No debemos olvidar que puede inducirnos a error, y que muchas veces las conclusiones que de él se desprenden son falsas. Si, en especial, en Francia, se ha tardado tanto en localizar y operar los tumores cerebrales, es porque nos obstinábamos en considerarlos tan sólo desde el punto de vista neurológico, por tener olvidado el examen radiológico del cráneo y ser deficientes o mal interpretados los datos que nos proporciona, ocurriendo lo propio con los signos oftalmológicos de las neoplasias intracraneales.

Cuando se forma un tumor cerebral, obra sobre los centros nerviosos de varias maneras. Puede destruirlos, hecho excepcional, limitándose casi siempre a comprimirlos, cuando es extracerebral; a comprimir y disociar los elementos cuando es intracerebral. *Estos tumores se desarrollan casi siempre de un modo bastante lento, para que los elementos nerviosos tengan tiempo de escapar y adaptarse a su nueva condición. Algunos tumores pueden llegar a adquirir un volumen extraordinario, sin provocar ningún trastorno.* Tal ocurre, en especial, con los

Meningiomas, cuyo crecimiento es muy lento. En estas condiciones, fácil es comprender que el diagnóstico y la Idealización de un tumor cerebral es a veces muy difícil y que el número de los tumores que pasan desapercibidos es muy grande. Comprenderéis también lo muy difícil que puede -llegar a ser el precisar el asiento de un tumor por el solo examen neurológico.

Pero hay, además, otras razones que contribuyen a que esta dificultad sea mayor. A medida que un tumor cerebral va creciendo, dificulta la circulación sanguínea del cerebro, ya porque disminuye el calibre de una arteria importante, produciendo una isquemia relativa en un territorio nervioso extenso, ya porque dificultando la circulación de retorno produce edema en este mismo territorio.

Lo que debemos tañer bien presente es que *extensas zonas cerebrales pueden ver alteradas sus funciones por tumores situados a distancia, lo cual es unas nuevas causas de error.* Fácil es entonces comprender que un tumor que se desarrolla en una zona muda no provocará

Trastornos por el solo hecho de la supresión de esta zona sin funciones conocidas, pero sí podrá comprimir vasos que por allí pasan y dirigiéndose a una zona no muda producir por este mecanismo síntomas que forzosamente nos conducirán a una falsa localización.

Otra razón hace que casi siempre, por no decir siempre, sea imprudente hacer coincidir el centro supuesto de un tumor con un centro cerebral, cuya función está perturbada. Y es porque ' un tumor voluminoso puede muy bien, aun desarrollándose en una zona muda, rozar tan sólo por su borde el centro en cuestión y a poco que el portillo craneal no sea muy grande, la mayor parte del tumor quedará oculta.

Finalmente, *afecciones cerebrales hay que nada tienen que ver con un tumor y que, no obstante presentan una sintematología muy análoga.* Algunas encefalitis,, 'Ciertas aracnoiditis, determinados estados arteriales cerebrales pueden simular un tumor, en cuyo caso el más avezado neurólogo permanecerá indeciso

---

y resolverá la cuestión practicando simplemente una encefalografía. Pero, no es menos cierto que un médico avezado debe conocer los trastornos neurológicos y radiológicos provocados por los tumores cerebrales, y que en muchos casos antes de practicar una ventriculografía habrá hecho un diagnóstico que aquélla forzosamente confirmará.

*Algunos tumores de naturaleza y de asiento constante, se traducen por un síntoma siempre idéntico que los denuncia casi con seguridad al que sabe observar.* El tipo de estos tumores es el *neurinoma del acústico*, que se desarrolla lentamente en el nervio auditivo, provocando fenómenos cocleares, que son los primeros en presentarse (sordera, ruidos subjetivos, silbidos y zumbidos de oídos), fenómenos vestibulares (vértigos, nistagmus), parálisis facial ligera, anestesia más o menos acentuada en el territorio del trigémino, comunes a todos los tumores del piso posterior. *Los demás tumores del piso posterior, si bien menos fáciles de localizar que el neurinoma del acústico, van acompañados, no obstante, de fenómenos cerebello-vestibulares, que cuando son acentuados, casi no dejan lugar a duda sobre la localización, que muchas veces puede hacerse sin necesidad de la ventriculografía.*

*Los tumores del istmo cerebral (protuberancia y pedúnculo) van acompañados de -parálisis nucleares y parálisis de los movimientos asociados de los ojos, que permite muchas veces loca-*

*lizarlos de un modo exacto y rechazar toda intervención quirúrgica, por ser estas lesiones inoperables.*

*Los tumores del lóbulo temporal izquierdo, cuando se traducen por una hemianopsia homónima y una afasia sensorial, pueden ser localizados con toda exactitud por la clínica.* Otro tanto diré de los tumores de la zona motriz cuando van acompañados de *epilepsia Jacksoniana* bien localizada, con tal que este síntoma haya sido el primero en manifestarse.

*Para la localización de los tumores de la punta del lóbulo temporal cuando son observados con la suficiente antelación, nos servirá para su localización la hemianopsia homónima contralateral en cuadrante superior, que es característica. Van a veces acompañados de alucinaciones visuales y olfatorias.*

*Los tumores del lóbulo occipital van acompañados de una hemianopsia homónima controlateral y casi siempre son confundidos con los tumores temporales al hacer un diagnóstico de tumor téviporo occipital.*

*Finalmente, los tumores del piso anterior, que comprimen el quiasma y se manifiestan por una atrofia óptica primitiva y una hemianopsia bitemporal, el solo examen clínico bastará para diagnosticarlos.*

En estos casos, la radiografía constituye un suplemento exacto de información, poniendo de manifiesto una silla turca cuya forma está muy modificada, permitiéndonos a veces, no solamente precisar el asiento, sino

También la naturaleza del tumor. Es así que una silla turca de mayor volumen denota la existencia de un adenoma de la hipófisis, que concreciones calcáreas por encima de la silla permitirán diagnosticar un quiste congénito o bolsa de Rathke. y que la imagen de un voluminoso tubérculo de la silla hace sospechar la existencia de un meningioma suprasillar.

Hay un tumor del piso anterior, cuyo diagnóstico y localización pueden hacerse con gran exactitud cuando existen todos los síntomas que provoca. Me refiero al *meningioma del surco olfatorio, que está caracterizado por una anosmia unilateral, una atrofia óptica primitiva del mismo lado, un edema de la papila del lado opuesto, y muchas veces trastornos del carácter.* Por desgracia, es excepcional encontrar en toda su integridad este *síndrome, descrito por Forster Kennedy*, el gran neurólogo de Nueva York.

Es con toda intención que en este artículo, que escribo para los médicos prácticos, procuro

colocar cada cosa en su sitio verdadero. *Los signos útiles a los enfermos y a los médicos, son los que nos permiten reconocer la existencia de un tumor cerebral y no los que permiten localizarlo*, puesto que hemos renunciado hoy a localizar los tumores mediante la clínica, y que antes de operar apelamos siempre a la ventriculografía para apreciar la situación y la importancia de la lesión. Será, pues, *con la encefalografía y la ventrículo grafía, únicos medios de localización, que terminaré este Artículo.*

La idea de inyectar aire en los ventrículos, para hacerlos y sibles con la radiografía, data de unos veinte años, pero este aire primeramente inyectado por vía lumbar. Tal es la encefalografía.

Poco después., en 1820, Dandy introdujo directamente el aire en los ventrículos al través de una pequeña trepanación posterior, por la que hace penetrar la aguja en el cuerno occipital o en la encrucijada ventricular. A

---

esto se denomina ventriculografía.

Vemos, pues, que la encefalografía nos conduce aproximadamente al mismo resultado. No obstante, cada una de ellas tiene sus indicaciones especiales. La encefalografía *es* muy fácil de ejecutar. No reclama ningún material especial, pero una vez inyectado el aire, no hay manera de extraerlo de los ventrículos cuando su presencia provoca algunos accidentes. Por otra parte, inyectando aire por vía lumbar, no es posible obtener una imagen de los ventrículos y, en especial, del tercer ventrículo y del acueducto, tan hermosa y tan clara como la ventriculografía, que permite obtener un ligero exceso de presión en el inferior del ventrículo y separar por completo las paredes.

Finalmente, si el cuarto ventrículo está bloqueado, no se obtiene con la encefalografía ninguna imagen. Creo que cuando estamos seguros de que existe un tumor y que sólo deseamos localizarlo, lo mejor es practicar una ventriculografía inmediatamente después de la operación. Por el contrario, cuando sospechemos un tumor cerebral, aun teniendo muchas dudas acerca de su existencia, es más cómodo y sencillo comenzar por practicar una encefalografía. Si esta última nos muestra que los ventrículos son perfectamente simétricos, que no están deformados ni desviados, deduciremos que no existe tumor y no iremos mas lejos.

Si, por el contrario, observamos alguna anomalía ventricu-

lar, será preferible practicar una ventriculografía, que nos suministrará todos los datos deseados, confirmando casi siempre los datos de la encefalografía, mostrándonos a veces que la disimetría ventricular es debida a una defectuosa repleción de los ventrículos por determinadas causas fortuitas (epéndimos con adherencias ligeras de las paredes ventricular es, por ejemplo). Creo deber mencionar aquí que *estas inyecciones de aire, practicadas con una finalidad diagnóstica, cuando dan un resultado negativo y por consiguiente, nos permiten afirmar que no hay tumor, pueden tener a veces un efecto curativo, convirtiéndose en un método terapéutico digno de ser tenido en cuenta.* Inútil decir que este hecho es susceptible de numerosas explicaciones, si bien éstas valen lo que todas las que no pueden ser demostradas. Es preferible hacer constar el hecho en sí, sin llevar las cosas más adelante.

No puedo entrar aquí en detalles prolijos sobre la interpretación de las imágenes ventriculares deformadas. Mencionaré tan sólo las deformaciones más importantes, las que nos ministran las indicaciones más seguras. La desaparición de un cuerno ventricular en la imagen de perfil, significa tumor de la región. La imagen de frente de los cuernos frontales revela a veces la ausencia de un cuerno frontal, que equivale a tumor frontal.

A veces, la sombra de los cuernos frontales y la del tercer ventrículo, son rechazadas ha-

cia el lado opuesto del tumor lo cual nos permite afirmar tan sólo en qué lado está el tumor, pero casi siempre la imagen de perfil y los signos clínicos, cuando existen, permiten precisar el asiento de la lesión.

Sombras ventriculares muy anchas y simétricas, significan tumor posterior, si el tercer ventrículo es bien visible; las mismas sombras, sin tercer ventrículo visible con un tercer ventrículo evidentemente encogido y estrechado, significan que existe un tumor, casi siempre anterior, que comprime el tercer ventrículo, o un tumor intraventricular que lo aplasta por com-

pleto. Si la parte anterior del tercer ventrículo es visible, hay grandes probabilidades de que se trate de un tumor de este ventrículo.

Tales son, expuestas de un modo sucinto, las enseñanzas que nos proporciona esta exploración radiográfica de los ventrículos: gracias a ella, podemos ahora diagnosticar y localizar el 98 por ciento de los tumores cerebrales, y operarlos de un modo precoz. No creo esté muy lejano el día en que la cirugía cerebral será, finalmente, una cirugía como las demás.

T. de MARTELL,  
(Del Monde ¡Medical)

## REVISTA QUIRÚRGICA

*La Gonoreacción, elemento de Diagnóstico-test de la curación de la gonococcia*

L. Jame, A. Jude y E. Ajalau en Paris Medical refieren que han aplicado al estudio de la infección gonocócica la reacción de fijación del complemento con la técnica del suero calentado usando como antígeno emulsión microbiana polivalente en medio acuoso constituido por la vacuna antigonocócica del Instituto Pasteur.

El interés de tal reacción es

nulo en la blenorragia aguda. La sensibilizatriz antigonocócica no aparece inmediatamente en la sangre. El máximo de reacción positiva se alcanza al décimo día. El porcentaje de positividad en los blenorragicos agudos es de 10 % del 1 al 5º día; de 50 % del 6 al 10 y de 80 % del 11 al 30 día. Después de un mes tuvieron 8 positivos en 8 casos. En la blenorragia crónica el valor de la reacción es relativo; una positiva permite afirmar la gonococcia; una negativa no significa nada. Sobre 24 ure-

tritis crónicas con gonococos resultaron 18 positivas y 6 negativas; en 47 casos datando de 4 meses a 9 años en que el germen había desaparecido desde muchos meses antes la reacción fue negativa en 37 veces y positiva 10.

El máximo de positividad lo alcanza la reacción en las complicaciones gonocócicas extra-ureterales: 3 en 4 epididimitos; 6 en 6 artritis blenorragias en plena evolución uretral.

El cambio de reacción de positiva en negativa testifica la curación bacteriológica después de la curación clínica. Reacción que permanece dos veces positiva después de la curación clínica debe hacer sospechar la persistencia de un foco microbiano. La vacunoterapia modifica estas conclusiones: la positividad es más larga y sólo al cabo de cuatro meses podrá dar una enseñanza útil sobre la evolución de la enfermedad.

#### *La Reacción blenorragica en el Líquido Cefalo-raquídeo*

Cadrat en Annales de dermatologie y de sifilografie publica los resultados de 115 observaciones: 51 blenorragias agudas; 9 antiguas y 54 testigos tenidos como indemnes de blenorragia. Estima que la seroreacción es positiva en 60 % de blenorragias habitualmente complicadas; que persiste por mucho más largo tiempo que en la sangre persistiendo después de las curaciones clínica y bacteriológica; que existe sin otra alteración química o citológica del líquido;

que es independiente de la reacción de Wassermann pudiendo encontrarse ambas con su significado propio. Permite despreciar ciertas blenorragias latentes; en los testigos da 16 % de positivos. Cree el autor en la posibilidad de prestar servicios interesantes en el diagnóstico de las meningitis meningocócicas; en 3 contra uno da la probabilidad de tratarse de una blenorragia.

#### *Úlcera crónica del pene en la enfermedad de Nicolás Faure*

Cadercreutz en el mismo órgano de publicidad expone dos casos *que* chancro en nueve considerado por algunos autores como la lesión inicial de la linfogranulomatosis inguinal pero que él considera más bien como la supuración crónica de una vía linfática.

El virus de esta enfermedad se propaga por las vías linfáticas y su marcha no puede seguirse sino cuando ataca los ganglios inguinales; pero cuando se inicia precozmente se observa atrás del glande o en la cara interna del prepucio, se ulcera y sigue la marcha crónica.

Igual lesión puede verse, aunque excepcionalmente en la porradenitis; esa linfangitis pasa del dorso del pene al rafe, forma una infiltración y luego ulceración crónica análoga al estiomene vulvar con estrecheces del ano y del recto.

#### *Teoría y práctica de la terapéutica en la litiasis reno-ureteral.*

F. Lickiat en Munchener Medizinische Wochenschrift recuer-