

REVISTA DE REVISTAS

"HEMORRAGIA CEREBRAL"

Por el doctor Luis Barraquer Ferre. (Síntesis de la primera parte del trabajo del Profesor Barraquer publicado bajo el título "Clínica de los procesos vasculares cerebrales", en "EL DIA MEDICO" de Buenos Aires).

La hemorragia cerebral se observa en ambos sexos, pero es más frecuente en los varones. La edad de mayor ocurrencia es de los 50 a los 65 años. La causa más común es la *arterioesclerosis* junto a la *hipertensión arterial* llamada esencial o la secundaria a patología renal. Aun cuando lo regular es que la hemorragia se presente en hipertensos, la rotura arterial puede ocurrir en individuos de presión arterial normal y sub-normal, lo que se debe a una patología vascular degenerativa iniciada en la túnica media arterial.

Las enfermedades discrásicas crean condiciones patológicas que favorecen la producción de la hemorragia cerebral.

Desde 1938 Schol demostró que la *hialinosis* es la degeneración inicial constante propia de la *hipertensión arterial genuina, esencial o idiopática*. Este proceso explicaría la producción de hemorragias cerebrales en enfermos no arterioesclerosos. Efectivamente, se presenta en los vasos más periféricos en lugar de en los grandes vasos comúnmente atacados de arterioesclerosis. Castex, Anders y Eicke concluyeron que la hialinosis es la alteración más importante de la *hipertensión*. Esta degeneración consiste en la transformación hialínica de toda la pared arterial, iniciada en la región sub-endotelial.

La hemorragia cerebral suele ser única; solamente en casos especiales de enfermos muy esclerosados y que sufren complicaciones discrásicas, acetonemias, nefropatías, etc., se observan múltiples.

A veces hay una causa determinante inmediata como ocurre por el aumento agudo de presión vascular en el acto de la defecación o del coito y por ingestión exagerada de comidas y bebidas. A menudo la hemorragia se fragua durante el sueño.

Clásicamente se describe un síndrome prodrómico de la hemorragia cerebral, consistente en cefalalgias, hormigueos, somnolencias o parestesias de una extremidad. Este síndrome, sin embargo, no es constante ni tiene valor patognomónico de nuestra entidad ya que es común a numerosos procesos patológicos. La presencia de la hemorragia cerebral se manifiesta por el *ictus apopléjico* que es el comienzo brusco de la enfermedad. El enfermo es atacado de manera fulminante, sufre sensación de mareo y angustia, se le oscurece la vista, hay pérdida del

conocimiento y parálisis. Cuando el ataque ocurre por la noche el enfermo ama-
nece hemipléjico y con dificultad de expresarse.

La apoplejía, pues, se instala bruscamente; el enfermo en el curso de cual-
quier ocupación es presa de ictus, pronuncia casi siempre unas palabras mal
articuladas, siente vértigo y cae inerte. Desde entonces queda inmóvil, sin vida
de relación, sólo conserva funciones vegetativas. El pulso es lleno, duro, amplio y
lento; la respiración es ruidosa a veces con ritmo de Cheyne-Stokes. Si el coma
es profundo, las pupilas acusan reacción perezosa, estarán rígidas si el coma es
más grave. En ocasiones hay anisocoria. La tensión arterial está aumentada. Boca
y lengua estarán secas. Las extremidades se hallarán en resolución completa,
pero en algunos casos puede haber al principio, movimientos convulsivos de una
extremidad. Se observará a menudo la abolición de los reflejos durante el coma
profundo, más tarde, "cuando el temporal apopléjico se desvanece", habrá asi-
metría refleja.

Un elemento diagnóstico de importancia, durante la fase profunda, es el
fenómeno mímico de Mondonesi: contracción facial de defensa en el lado no
hemipléjico al comprimir el respectivo globo ocular: su ausencia indicaría la
existencia de la hemorragia en el lado opuesto.

Un fenómeno casi constante es la desviación conjugada de la cara y la
mirada hacia el lado del hemisferio hemorrágico. Con frecuencia hay emisión
involuntaria de orina y materias fecales.

La temperatura casi siempre es normal, a veces sub-normal. La hipertemia
sería signo de gravedad fatal.

La recuperación sobreviene gradualmente. La disartría persistirá por horas
o por días y será tanto más marcada según el grado en que la lesión conse-
cuente al derrame interese los centros del lenguaje.

La movilidad facial se recobra lentamente, persistiendo la asimetría facial.
Durante el sueño se observa el signo de posición de la boca llamado "fumar
con pipa".

La confusión mental, el delirio serán mayores si la lesión interesa directa-
mente o por encefalopatía edematosa secundaria el polo frontal.

La hemiplejía, al principio flácida, se reconocerá por la desviación de la
cara e inmovilidad de brazo y pierna del mismo lado.

Los reflejos tendinosos se hallarán abolidos en el momento apopléjico pero
después aparecerán los signos clásicos de orden piramidial.

La ausencia persistente de reflejos tendinosos y cutáneos es *signo de muy
mal pronóstico*.

El período de hemi-parálisis flácida tiene una duración aproximada de
tres meses, conservándose durante él la asimetría facial paralítica, cuya desvia-
ción se aumenta con los movimientos faciales habituales. La desviación de la
lengua hacia el lado paralítico se hace evidente.

*La restauración de los movimientos del brazo y de la mano es siempre más
tardía que la de los de las piernas.* Hay dolores en el brazo que parten de la
región escápulo-humeral.

Los reflejos de postura suelen estar disminuidos o abolidos en el lado hemi-
pléjico. Pronto aparecen los trastornos de *sincinesia*. Los reflejos de automa-
tismo son positivos.

Viene luego el período de contractura, durante el cual puede desaparecer

la parálisis facial, cuya desviación tiende a invertirse por la contractura de los músculos paréticos de la hemi-cara. El brazo obsérvese entonces en semi-flexión, con acusada contractura, el antebrazo en pronación y la mano flexionada y con los dedos sobre la palma y el pulgar aprisionado bajo los demás dedos.

En el miembro inferior, la contractura es más intensa en los músculos extensores que en los flexores, lo que explica, en parte, la ventaja que lleva la pierna en cuanto al restablecimiento funcional, ya que la contractura de los extensores en aquella posición favorece la deambulación, la cual resulta por la imposibilidad de la flexión de la rodilla, describiendo el pie un movimiento de excursión externa, que recuerda el movimiento de la guadaña, por lo que se llama "marcha segando" o "signo de la guadaña".

Es manifiesto el déficit de fuerzas del lado enfermo. Aparece el signo *del músculo cutáneo de Babinski* (contracción enérgica del músculo cutáneo en el lado sano únicamente), mediante la maniobra de oposición que consiste en hacer que el enfermo abra la boca mientras el observador se opone a este movimiento.

Mediante la excitación del borde tibial interno (signo de Oppenheim) y la presión de la masa carnosa de la porción más baja de la pantorrilla (signo de Gordon) puede producirse el fenómeno de la *extensión del dedo gordo*. Las lesiones piramidales del adulto determinan como es sabido el signo clásico de Babinski. En ocasiones se observa este reflejo cutáneo plantar en forma de una hiperflexión plantar lenta, intensa y sostenida, de todos los dedos del pié, fenómeno de *Barraquer-Roviralta*, llamado *presión forzada del pie* por lesión electiva del área sexta beta. El reflejo cutáneo plantar puede expresarse en forma de extensión del dedo gordo con aducción de todos los demás dedos; signo del abanico, al cual le atribuimos un valor cronológico. En efecto, su aparición se observa en hemiplejías con lesión causal en la vida uterina o primeras horas de vida extra-uterina, por malformaciones disembrionológicas, traumas fetales, distocias, hemorragias fetales por hipotrombinemia, con síndromes de hemiplejías infantiles, hidrocefalias, enfermedad de Little.

Transtornos sincinésicos:

a) Fenómeno de Strumpell: triple flexión, del pie sobre la pierna, de ésta sobre el muslo y del muslo sobre la pelvis al intentar efectuar uno cualquiera de estos movimientos.

b) Sincinesia global: contracción global del lado hemipléjico por cualquier esfuerzo;

c) Aducción asociada de Raimiste: se produce en la pierna enferma al ordenar al paciente que aproxime la pierna sana a la enferma con oposición nuestra al movimiento;

d) *El signo de la extensión de la mano por el bostezo.*

Es característico del hemipléjico la emotividad exagerada.

De ordinario hay descenso en la temperatura de los miembros paréticos. El color de la piel se torna violáceo con aspecto edematoso: es el *Edema Trófico paralítico*.

Furtado y Chicarro afirman que la bilihrrubinemia se halla precozmente aumentada en las hemorragias meníngeas, cerebrales y hematomas subdurales. elemento éste de diagnóstico diferencial con las trombosis en las que no aparece jamás.

LA ACTUALIDAD REUMATOLOGICA

Celulalgia. Por A. Rubens Duval. (Extracto del artículo publicado bajo el mismo título en "La Semaine des Hospitiaux de Paris").

Método de examen. En presencia de un enfermo que se queja de "dolores" de naturaleza reumatoide y en cuyo caso el examen clásico no reporta ninguna modificación objetiva evidente que señale una afección orgánica, conviene considerar la intervención posible de fenómenos de naturaleza celulálgica, superficiales o profundos, pero conservando una actitud crítica ante las descripciones e interpretaciones formuladas por el paciente.

Para una investigación precisa, se debe tratar de localizar el dolor exactamente, intentar enseguida revelarlo por presión suave o por ciertos movimientos, buscar entonces por la palpación, si existe una infiltración del tejido celular sub-cutáneo, o granos, o nudosidades indicadoras de un estado celulítico.

Si estos caracteres faltan, y ello es habitual en la celulitis profunda y los estados artro-miálgicos, es preciso esforzarse por establecer en el enfermo si los fenómenos dolorosos tienen un horario particular, si presentan un recrudecimiento en presencia de ciertos factores, digestivos, circulatorios o por perturbaciones meteorológicas.

Diagnóstico diferencial. Este método de examen, permite ya reconocer los enfermos en los cuales las reacciones psíquicas adquieren una amplitud y "lujuria" desordenadas, al influjo de un estado de ansiedad patológica: ellos sufren de todo, continua e insoportablemente. El interrogatorio revela a menudo contradicciones manifiestas; el menor contacto es doloroso: se trata aquí de un verdadero estado psicopático que requiere la psicoterapia. El tratamiento psiquiátrico de ese "reumatismo psicogénico" produce en muchos casos resultados rápidos, brillantes, espectaculares.

Otro grupo de pacientes lo constituyen aquellos en quienes las algias se acompañan de un estado asténico más o menos evidente; en algunos parece existir una suerte de alteración del mecanismo del dolor. Una contracción muscular un poco enérgica, una presión un poco intensa sobre las masas musculares o sobre las superficie peri-articulares, producen verdaderos sufrimientos. Estos enfermos son hipersensibles y cenestópatas y requieren esencialmente una terapia sedativa: barbitúricos en pequeñas dosis, sedantes vegetales, curas termales de Divonne o de Nérís.

A veces existe una impresión de fatiga permanente y de un estado de hipotonía muscular que condicionan los trastornos estáticos del raquis o de la cintura escapular, realizando un factor suplementario de manifestaciones álgicas. En este caso la terapéutica sedativa debe ser combinada con mucho tacto con un tratamiento estimulante o tónico; aquí, aún, la psicoterapia es indispensable.

Diagnóstico etiológico. Queda un grupo importante de enfermos cuyo equilibrio psíquico es normal y en quienes las algias, si no comportan un substratum orgánico perfectamente definido, acusan sin embargo, perturbaciones

funcionales que conviene poner en evidencia. En este caso, acostumbramos orientar nuestras investigaciones por el empleo combinado de la sedimentación globular y de la reacción de Wunderly al sulfato de cadmio. En los casos de artro-mialgias que acabamos de ver, hay a menudo coexistencia de una sedimentación globular normal con una reacción de Wunderly negativa.

Cuando hay una concordancia de una sedimentación globular acelerada con una reacción de Wunderly positiva buscamos con tenacidad la intervención de un factor infeccioso: en este cuadro entran las artro-mialgias que se reproducen, en episodios frecuentes, en aquellos que han tenido crisis típicas de reumatismo articular agudo, y las que son determinadas por la persistencia de un estado inflamatorio siguiente a una infección general o por una infección focal que será preciso desechar con cuidado.

Es probable, que ciertos episodios miálgicos, artrálgicos o simplemente celulálgicos estén bajo la dependencia de virus particulares hasta ahora desconocidos, ante los cuales los individuos serían sensibilizados en ciertas condiciones, como en el caso de una coriza o de un herpes.

Con más frecuencia existe una disociación entre las dos reacciones: la sedimentación globular se efectúa dentro de los niveles normales, pero la reacción del sulfato de cadmio es positiva. Esto permite eliminar el factor infeccioso, pero sugiere la probable existencia de perturbaciones hepáticas o renales que el estudio de los antecedentes, el examen completo del enfermo y las exploraciones funcionales, van a poder precisar.

Un primer grupo de enfermos —sobre todo mujeres— comprende aquellos casos en los cuales el interrogatorio revela la existencia de perturbaciones funcionales en relación con trastornos hepato-biliares. En tales enfermos, se observa habitualmente una coemia elevada, un aumento discreto de la tasa del colesterol con baja del índice de esterificación y las reacciones al timol o a la cefalina-colesterol son ordinariamente positivas.

En otros enfermos —generalmente hombres hacia la cincuentena, las perturbaciones renales afectan, más bien al emuntorio renal: hipertensión arterial frecuente, elevación discreta de la azotemia, a veces acompañadas de ligeros trastornos de la eliminación azoada, revelados por las pruebas funcionales; en tales enfermos existe frecuentemente una hiperuricemia y una hipercolesterolemia bastante notables y a menudo las manifestaciones dolorosas evocan los accidentes articulares de la gota por su topografía y las circunstancias de su aparición.

Conclusiones terapéuticas. La terapéutica de los accidentes celulálgicos es bastante compleja. Debe comprender un tratamiento local bajo la forma de masajes sobre los infiltrados celulíticos o sobre las masas musculares adoloridas; tratamiento que debe ser muy suave y progresivo, comenzando por las maniobras de tanteo o de masaje vibratorio con intención esencialmente sedante. Las reacciones dolorosas así aplacadas, se manifestarán luego, por maniobras más enérgicas, capaces de obtener la resolución de las masas celulíticas ya organizadas, pero eso sí con la mayor prudencia y con la salvaguardia de una terapia sedativa por las corrientes de alta frecuencia.

Deberá asociarse a esta terapéutica sintomática una terapéutica etiológica, con miras a modificar las perturbaciones funcionales hepato-renales o neuro-ve-

getativas que hubieran podido ser reveladas y a suprimir eventualmente los factores locales que condicionaron en ciertos territorios el proceso celulítico.

Para terminar, hacemos hincapié en el interés de la crenoterapia en el tratamiento de las entidades estudiadas.