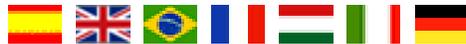


## ESCRITO 18. AFECCIÓN EN EL NÚCLEO DEL HEMISFERIO DERECHO: Absceso en el cerebro<sup>1\*</sup>.



**Sandor Ferenczi (1901e). (Traducción: Equipo Indepsi - Biopsique).**

Sandor Ferenczi: Voy a reportar tres elementos importantes de la anamnesis de una enferma de 44 años.

1.- Prostituida desde los veinticuatro años, fue objeto sucesivamente de una crisis de embrocación, numerosos abortos y contrajo la sífilis, así como también leucodermia y una poliadenitis<sup>2</sup> persistente actualmente.

2.- Otro elemento: una otitis crónica purulenta en el oído derecho acompañada de una perforación del tímpano.

3.- Según el reporte médico especializado, ella también sufre de una inflamación de los oídos desde hace bastantes años aunque los primeros síntomas neurológicos sólo han sido percibidos hace un año y medio atrás.

Los síntomas aparecieron en el orden siguiente: al principio mareos y miedos acompañados de problemas en la visión, luego una crisis comicial (epilepsia de Jackson) en el curso de la cual la enferma no perdió la conciencia, pero que se manifestó una o dos veces por mes con movimientos bruscos de izquierda a derecha de la cabeza, y en fase clónica, con movimientos del rostro y de los ojos.

En el curso de las crisis siguientes, la última remontándose alrededor dos meses, el brazo izquierdo, la mano izquierda y la parte izquierda del rostro se paralizaron. En el curso de su enfermedad, fue hospitalizada una vez en la enfermería del hospital de los pobres y permaneció prácticamente dormida durante todo el tiempo de su estadía (un mes).

### **Examen del estado actual de la enferma.**

Paresia del lado izquierdo del rostro. Parálisis importante de los miembros inferiores y superiores que afecta también los ojos. En todas las partes distales de los miembros paralizados, la sensibilidad está comprometida: Hipoestesia, anestesia estereognóstica, hipoalgesia, parestesia, la pupila derecha está a semi cerrada y no reacciona ni a la luz ni a nada en particular. La izquierda, más abierta, reacciona.

La abertura del ojo derecho es más estrecha que la del ojo izquierdo (ptosis moderada). El examen del campo de la visión muestra una hemianopsia sinistral<sup>3</sup> pronunciada, signo de una insensibilidad total de las dos retinas. No tienen ninguna reacción en la hemianopsia de Wernicke. El campo visual del ojo izquierdo ha disminuido de manera concéntrica. La mácula lutea es sensible a la luz en los dos costados. En el oftalmoscopio, se constata, en ambos costados, un retraimiento pupilar masivo, muy marcado en el costado derecho.

En el otoscopio, se constata una perforación cicatrizada del costado derecho del oído interno. La enferma puede quedarse en posición de pie, pero vacila. Se carga del lado derecho, es decir en el sentido del campo visual sano, cuando camina.

---

1\*.- "A jobboldali agyfélteke góczmegbetegedése (Valószínűleg agyhályog)" en la revista médica Orvosi Hetilap, 1901, N° 19. Intervención de S. Ferenczi en la Real Sociedad de medicina de Budapest, el 4 de mayo de 1901, presidente de la sesión: János Bókay, moderador: János Wenhardt. NDT.

2.- Poliadenitis: Ganglios múltiples. NDT.

3.- Hemianopsia sinistral: pérdida de la mitad izquierda del campo visual. NDT.

No presenta problemas de habla. En cambio, sufre dolores agudos en la sien derecha, y cuando se presiona o se golpetea, le duele mucho, sobretodo a nivel del meato auditivo externo. La respiración y los latidos cardíacos son normales. Sufre a veces de estados subfebriles, sobretodo luego de una crisis comicial, la temperatura más alta ha sido 38°. La percepción es lenta y la enferma, sin por ello estar inconciente, duerme mucho. Su humor es cambiante. Las crisis de epilepsia según el profesor que la sigue, se siguen en la misma intensidad y afectan notablemente la parte izquierda del cuerpo, con una serie de síntomas neurológicos sensitivos y motores.

La convulsión es clónica y luego tónica, la parálisis siempre se inicia en el rostro para extenderse luego a los miembros superiores, luego los inferiores los que devienen parestésicos. Antes y luego de la crisis, violentas parestesias afectan todos sus miembros hipoestésicos. El campo visual es interrumpido por fotopsias que la enferma llama “relámpagos”.

Nosotros podemos agrupar los síntomas en tres series distintas:.

1.- los síntomas generales que afectan al cerebro, así como los síntomas de compresión cerebral: dolores de cabeza, somnolencia, vértigos, retraimiento pupilar.

2.- los síntomas de núcleo: cefaleas localizadas, dolores en la percusión, hemiparesia, hemi-hipoestesia izquierda, hemianopsia bilateral izquierda, epilepsia de Jackson izquierda.

3.- los síntomas que no son neurológicos: otitis, fiebre, etc.

Este caso nos permite plantearnos dos preguntas:

- ¿Cual es la naturaleza de la enfermedad que afecta al cerebro?.

- ¿En qué parte del cerebro está localizada esta afección?.

Los síntomas generales prueban que se trata de un tumor en el cerebro o de un absceso indicativo de una sífilis que produce una presión. La intensidad de la presión, el retraimiento pupilar, aun cuando el nervio óptico no está afectado, y el largo desarrollo de la enfermedad (a menudo se da de alta al enfermo cuando el estado de incubación terminó), conducen a pensar que se trata de tumor cerebral.

Por el contrario, la fiebre es rara en caso de tumores cerebrales. Las tres etiologías del absceso cerebral serían:

1.- traumatismos.

2.- otitis purulentas.

3.- metástasis; la otitis crónica actualmente nos habla en favor del absceso al cerebro.

En fin, la anamnesis revela que la enferma era sifilítica. Podría entonces tratarse de una infección sifilítica localizada en el cerebro. Sin embargo, el hecho de que el desarrollo del proceso mórbido sea continuo, que las remisiones y las intermisiones características de la sífilis cerebral estén ausentes, y que el tratamiento antisifilítico sea inútil, habla en contra de la hipótesis de una infección sifilítica.

Para conocer la localización exacta del núcleo, se debe poder explicar todos los síntomas por la manifestación de una lesión grave del tejido cerebral. Como las parálisis, la hemianopsia homónima es unilateral, situada en la izquierda. Sin duda, el núcleo está situado sobre el cruce de los trayectos centrales de la visión, de los sentidos y del movimiento en el hemisferio derecho.

Los trastornos de la sensibilidad y la hemianopsia pueden ser considerados como un síndrome cortical y se podría pensar que el núcleo se extiende también al hemisferio derecho, en su parte más grande. La parálisis, los cólicos de la enferma, característicos de un problema sensorio motor, son la expresión de una afección del lóbulo parietal. La hemianopsia, la hemifotopsia son características de un problema del lóbulo occipital. Pero nosotros sabemos que la cápsula interna y el núcleo localizado a nivel del rayo visual de Gratiolet pueden también provocar la epilepsia de Jackson, una hemiestesia y una hemiopsia, no solamente localizadas en el cortex, sino que también en la substancia cerebral subcortical. A menudo, la lesión del lóbulo temporal se acompaña de hemianopsia así como de trastornos sensitivos y motores.

Luego, para poder explicar todos los síntomas, hay que considerar que existe un traumatismo del lóbulo temporal derecho. Desafortunadamente, ningún síntoma es completamente característico de una lesión de la región temporal derecha. Lo que sería característico sería el trastorno del habla llamada: afasia sensorial de Wernicke. El hecho de que la sien derecha esté sensible y dolorosa y que a la derecha surja un ptosis y un hippus, así como un problema oculomotor derecho debido a la compresión del lóbulo temporal, todo esto nos habla en favor de la presencia de una lesión temporal derecha. Podemos encarar bastante bien la idea de tal localización del núcleo si consideramos el córtex como origen de los síntomas motores.

De esta forma, podemos suponer que la parálisis que acompaña los cólicos no es sino un síntoma “periférico”.<sup>4</sup> Los primeros problemas que afectaron la cabeza y el rostro, que luego se extendía en los brazos y en las piernas en el curso de la crisis epiléptica de Jackson, surgieron en el mismo orden luego de largos períodos de calma a pesar de la presión de las manos y de la potencia muscular de las piernas. El conjunto del cuadro apoyaba esta tesis.

Resumamos: *La hipótesis más plausible, en un caso similar, es que se trata de un absceso del lóbulo temporal, resultante de una infección crónica del lóbulo del oído medio.*

Podemos no obstante encarar la eventualidad de muchos núcleos ver celdas de un piógeno sobre el centro motor del cerebro, distinto del absceso, causante, en el lóbulo temporal derecho, de una excitación que conduce al síntoma. El diagnóstico local de los núcleos múltiples, salvo raros casos, es imposible. Este diagnóstico es más inverosímil que el que se trate de una complicación del absceso y de la sífilis del cerebro.

Lewin propone poner compresas calientes para determinar donde está el lóbulo articular purulento. En efecto, luego de su aplicación, los síntomas objetivos y subjetivos se exacerbaban. Este profesor extendió esta experiencia al diagnóstico de purulencia intracraneana, provocando una crisis típica de la epilepsia de Jackson. Esto surgió seis u ocho horas luego de la aplicación de las compresas calientes que el enfermo debe conservar durante una o dos horas. Los dolores de cabeza se redujeron en lugar de intensificarse. Pero esto no prueba completamente la existencia de un absceso purulento. La compresa caliente, normalmente, provoca una congestión en el caso de gliomas y gliosarcomas<sup>5</sup> muy vascularizados y esta técnica debe ser utilizada con mucha precaución.

El pronóstico es muy desfavorable. Sin intervención, los tumores y los abscesos progresan hasta provocar la muerte del paciente. También, habría que encarar la eventualidad que una operación quirúrgica, y más precisamente una trepanación sobre el lóbulo temporal derecho. En efecto, casi todos los tumores o abscesos conducen a la muerte, salvo los sifilomas. A pesar de la localización bastante imprecisa, la operación se justifica como último refugio si la lucha contra el proceso sifilítico se revela ineficaz.

Intervención de Sandor Korónyi: Mi impresión es que el núcleo está muy extendido. Cuando la enferma tiene crisis de epilepsia, los fenómenos de excitación surgen en un campo visual impreciso. Esto es raro. Gowers y Henschen observaron casos parecidos. En ellos también, la lesión es en la parte del cortex donde se encuentra el centro de la visión. En casos similares, la afección del cerebro se acompaña de un fenómeno de excitación y generalmente el cortex está también afectado, como lo demuestra la histología patológica.

Ahora bien, cuando las neuronas y la sustancia blanca están afectadas, esto no se produce. Yo supongo que el cortex, del lado del lóbulo occipital, no está indemne tampoco. Otro argumento que habla a favor de esta tesis: el síndrome pupilar que se manifiesta en ambos costados.

Necesariamente la compresión cerebral debe ser de gran superficie para provocar un tal fenómeno. Puede tratarse de un absceso, de un tumor o de las manifestaciones de un núcleo tuberculoso o sifilítico. Quizás la terapia se justifique, pero parece que es absolutamente necesario practicar una intervención quirúrgica.<sup>6</sup> La

---

4.- Por cercanía: Nachbach - Nachbarschafts: síntomas. NDT.

5.- Gliosarcoma: tumor de la sustancia glial (sustancia nutritiva) del cerebro. NDT.

6.- Quirúrgica: el tratamiento general de la sífilis no aparecerá más que con los tratamientos con antibióticos, mucho más tarde. NDT.

epilepsia no excluye la lesión (lóbulo) occipital hasta la fisura calcarina.

Sandor Ferenczi: Si el núcleo se encuentra en el cortex, debería ocupar una superficie enorme, es decir recubrir todos los centros motores por una parte, y los de la visión, por otra. La ausencia de problemas sensoriales se explica de esta forma si son de origen cortical y no se puede excluir la eventualidad de un lóbulo (lesión?) parietal. Es poco probable sin embargo que el lóbulo presione el cortex en tres lugares diferentes. Me parece más simple considerar la lesión como situada en un lugar donde convergen todos los centros y este lugar se encuentra en la región subcortical. El retraimiento pupilar habla en favor de esta hipótesis también. Aun un núcleo de pequeña dimensión puede provocar un retraimiento pupilar. Es más, la epilepsia de Jackson puede acompañarse de fotopsias ligadas a una lesión cortical pero también a una lesión subcortical. Por consiguiente, si no se excluye que el cortex esté igualmente afectado, se podría pensar que el núcleo se encuentra situado en el lóbulo temporal derecho.

Dado que el tratamiento antisifilítico hasta ahora no ha dado éxito, y sobretodo si continúa siendo ineficaz, yo creo, en efecto, aconsejable la intervención quirúrgica.

*Volver a Selecciones Ferenczianas*

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).