

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Tapia (syndrome de)**

**TAPIA, Antonio Garcia. - Un caso de
paralisis del lado derecho de la
laringe y de la lengua, con paralisis
del esterno-cleido-mastoide y trapecio
del mismo lado; acompañado de
hemiplejia total temporal del lado
izquierdo del cuerpo**

In : [El] siglo médico (1854), 1905, Vol. 52, pp. 211-3

por sus padres: sólo con estos datos hay suficiente motivo para que el profesor esté muy lejos de sospechar lo que en otras condiciones le hubiera sido fácil.

Lo primero que el médico hará es proceder al interrogatorio, dirigido en primer lugar al estado de la menstruación. Si se nos contesta diciendo que hace tanto ó cuanto tiempo que no se presenta, debemos averiguar desde qué edad lo hizo por primera vez y si desde entonces lo ha hecho periódicamente y dentro de toda normalidad. Si la respuesta es afirmativa, tenemos el deber de sospechar un embarazo, aunque se trate de la muchacha más recatada en apariencia. También debemos dirigir nuestro interrogatorio al estado del aparato digestivo (vómitos, perturbaciones del gusto, estreñimiento, etc.), y si de esta pregunta obtenemos alguna contestación que agregue á nuestra anterior sospecha, haciendo que ésta sea más fundada, pasaremos á enterarnos de si hay alguno de los desórdenes nerviosos propios del estado de gestación (tendencia al sueño, síncope, cambios del carácter, etc.), y si resulta algún nuevo dato, entonces es cuando empiezan las verdaderas dificultades, pues tenemos que hacer presente la imposibilidad de diagnosticar sin practicar el reconocimiento, para lo cual pediremos la autorización de rigor. Es casi seguro que la interesada se negará á ello; pero por fin accederá tal vez á los reiterados ruegos de su madre, muy interesada, como es natural, en saber qué es lo que tiene su hija. Una vez ya logrado el permiso, procederemos á la inspección, para ver si podemos aumentar los signos ya recogidos anteriormente con algún otro de los que se observan por este medio exploratorio (pigmentación exagerada de la aréola del pezón, segunda aréola ó zona atigrada, tubérculos de Morgommery, estado de la cicatriz umbilical, etc.), pasando á renglón seguido á practicar la palpación abdominal, mediante la cual se pueden conseguir signos de gran valor (apreciación del volumen y consistencia del útero, percepción de partes fetales, etc.). Si no hubiésemos adquirido todavía certeza, entonces se procede al tacto interno; pero como en una supuesta virgen no debe ser éste vaginal, lo haremos rectal, y podremos limitar el tumor uterino entre el dedo que tacta y la otra mano aplicada al abdomen, y estudiar de este modo el estado de la matriz. Para hacer este tacto necesitaremos un nuevo permiso, pues la familia cree por lo común que la palpación abdominal constituye todo el reconocimiento, y para obtener sin violencia este segundo permiso debemos decir, por ejemplo, que por la palpación hemos encontrado un pequeño tumor (el del útero); pero que sin hacer el tacto no podemos indicar de qué naturaleza sea. Si nos fuese negado este segundo permiso, nos retiraremos, pero sin decir absolutamente nada de lo que pensemos respecto al caso; pues de otro modo nosotros mismos demostráramos que era inútil el reconocimiento pedido, al poder decir de lo que se trataba sin haberle llevado á cabo.

En el caso de que después de los reconocimientos por nosotros practicados no hubiésemos adquirido una seguridad absoluta en el diagnóstico, entonces nos debemos limitar á decir, según el ejemplo antes puesto, que «el tumor apreciado no presenta por el momento ninguna gravedad; que siga haciendo su vida ordinaria la paciente y que dentro de algún tiempo la volveremos á ver». Esto con el objeto de dar lugar á que el embarazo, sospechado por nosotros, esté más avanzado y nos sea más fácil recoger signos de positivo valor (fetales) para su confirmación ó negación.

En el caso de que hayamos adquirido la certidumbre de que se trata de un embarazo, debemos seguir las siguientes reglas:

1.^a Nunca diremos nuestra opinión delante de la interesada.

2.^a Tampoco se la comunicaremos al padre ó hermanos; y

3.^a Si la diremos, con todos los respetos y precauciones, á la madre.

Siguiendo estas tres reglas nos evitaremos vernos en el caso de un comprofesor, por mí muy querido, que fué llamado para ver á una señorita de su clientela y que decían se hallaba enferma. Después de un concienzudo estudio del caso adquirió la certeza de que aquella señorita estaba encinta, y así se lo comunicó á la madre, delante de la interesada, la que, al oír tal revelación, se desató en una granizada de improperios contra el pobre médico, que no había cometido más delito que no haber tenido la precaución de observar la primera regla por nosotros establecida. Dicho comprofesor se despidió de la casa, después de haber oído piropos tales como: «ignorante, calumniador, mal caballero, etc., etc.», y no volvió á saber más de tal familia hasta que, después de transcurrido bastante tiempo, se presentó en su despacho una señora de luto, que se arrojó á sus brazos llorando, y que, después de la natural sorpresa por parte del profesor en cuestión, resultó ser la madre de la muchacha por él diagnosticada del modo antes dicho, que había muerto de eclampsia á las pocas horas de haber dado á luz una hermosa niña, y le dijo que su hija había negado su embarazo hasta el último instante, y que su marido no se llegó á enterar (pues llevaron á la muchacha á un pueblo próximo donde residía su abuelo materno, en cuya casa dió á luz y sucumbió), pues se lo ocultaron por temor á que, como tenía un genio muy fuerte, cometiese cualquier atrocidad; esto confirma mi segunda regla, pues el carácter masculino, más violento casi siempre que el de la mujer, al recibir una impresión tan grande como esta de que se trata, pueda hacer que un padre ó hermano se vuelva loco por un momento y conteste al diagnóstico, por él considerado como calumnia, con una agresión airada (casos frecuentes se han dado por desgracia). Las madres protestan contra tal revelación, pero limitándose á lamentaciones, que carecen de importancia desde el punto de vista de la seguridad personal del profesor que tiene la desgracia de ser llamado para asunto tan escabroso; pero que no por eso reclaman menos la prudencia de éste, exigida también por su decoro personal y el de la ciencia.

MANUEL SÁNCHEZ Y CARRASCOSA.

Sección práctica.

UN CASO DE PARÁLISIS DEL LADO DERECHO DE LA LARINGE Y DE LA LENGUA, CON PARÁLISIS DEL ESTERNO-CLEIDO-MASTOIDEO Y TRAPECIO DEL MISMO LADO; ACOMPAÑADO DE HEMIPLEJIA TOTAL TEMPORAL DEL LADO IZQUIERDO DEL CUERPO

Trátase de un hombre de treinta años, torero, que vino á mi clínica de pobres el día 20 de Enero de 1904, para cuidarse un coriza agudo.

Pero la voz ronca, bitonal, típica de los enfermos paralíticos de laringe, y la parálisis y atrofia de la mitad derecha de la lengua que observé al intentar hacer el examen laríngeo, me hicieron comprender que tenía ante mi vista un enfermo muy interesante, en quien lo de menos era el coriza que pretendía curarse. Y en efecto, su historial, reunido en breves rasgos, es el siguiente:

El día 2 de Septiembre de 1895, al poner un par de banderillas fué alcanzado por un toro que le dió un puntazo en

la parte lateral derecha del cuello, un poco por detrás del ángulo del maxilar inferior. En el momento notó que estaba casi completamente afónico, que se le trababa la lengua al hablar y que encontraba gran dificultad al tragar la saliva. A pesar de sus deseos de seguir toreando, sus compañeros le hicieron entrar en la enfermería, puesto que veían brotar sangre en abundancia por la herida.

No nos proporciona dato alguno que pueda ponernos en conocimiento de la clase de cura que le hicieron (¿ligadura?); sólo recuerda que le suturaron la herida, que a las tres horas perdió *repentinamente el conocimiento* y que, según le dijeron, lo recuperó treinta y seis horas después, encontrándose entonces paralítico del brazo y pierna izquierdos y con la cara torcida hacia el lado derecho. Recuerda también que *podía cerrar los dos ojos*. (Integridad del facial superior.)

Tampoco podemos recoger dato alguno de la manera de verificarse la respiración, circulación, temperatura, etc., durante dicho estado comatoso. La *sensibilidad* persistió siempre intacta.

Lentamente fué recuperando los movimientos, hasta el punto de que a los ocho meses del accidente no tenía señal de la hemiplejía.

Pero la ronquera, así como la disartria y las dificultades en la deglución, continuaban, si bien algo mejoradas. Nunca devolvió los alimentos por la nariz. En este estado emprendió de nuevo su vida de torero, notando entonces que tenía mucha menos fortaleza en el brazo derecho y que se fatigaba algo con los esfuerzos, sintiendo ligeras palpitations del corazón.

Al poco tiempo tuvo una pulmonía del lado derecho, de la que curó muy bien, y más tarde volvió á tener otra en el mismo lado, que le dejó como huella la disnea casi constante que padece en la actualidad y que le ha obligado á *cortarse la coleta*.

Examen. — Estando el enfermo con la cabeza mirando hacia adelante, se ve en el límite inferior de la región parotidea una cicatriz de unos dos centímetros, situada inmediatamente por detrás del maxilar inferior y que sigue una dirección oblicua hacia atrás y arriba, como si prolongara el borde de la mandíbula hasta montar un poco el músculo esterno-cleido-mastoideo.

Para proceder con método en la exploración reconstituí en mi mente la región anatómica situada bajo la cicatriz y examiné los órganos y regiones que *a priori* juzgué lesionados y los que estuviesen bajo su dependencia nerviosa.

Y en esta región ¡cuántos órganos tan interesantes caminan juntos! La vena yugular interna, que desciende casi vertical desde el agujero rasgado posterior, desde donde acompaña, ocultándose por detrás y afuera, á los nervios espinal, vago-espinal y glossofaríngeo. La carótida interna, colocada en este nivel un poco por delante y adentro de la yugular y del paquete nervioso, se separa ligeramente de ellos para penetrar en el orificio inferior del conducto carotídeo. El nervio hipogloso, interno y vertical al principio, costea después el ganglio plexiforme del vago-espinal y se hace externo, siguiendo más tarde en dirección casi horizontal para terminar donde todos sabemos. La carótida externa, que camina por delante, protegida por la rama de la mandíbula. El gran simpático, que recorre el cuello muy cerca de la columna vertebral...

Con estos datos en la memoria busqué síntomas y encontré lo siguiente:

Esfera del hipogloso. — Si hacemos sacar la lengua á este enfermo vemos que está desviada hacia la derecha; la punta mira al lado de la lesión, en tanto que dentro de la boca mira al lado sano. Esto es perfectamente explicable conociendo la acción de los genioglosos.

La mitad derecha de la lengua está atrofiada. No hemos podido apreciar en ella la presencia de fúliquisidades á que hablan los autores. Presentaba un temblor marcadísimo: la excitación eléctrica del nervio lingual exageraba de este modo el temblor, que parecía que la lengua se movía en totalidad (acción pseudo-motriz de Heidenheim).

El hiodes está muy hundido, sobre todo del lado derecho; en cambio el cartílago tiroideo está muy saliente; esto sea debido á la parálisis del músculo tiro-hiodes interno por el hipogloso.

Los músculos infrahiodeos están normales, pues si bien su inervación depende de filetes nacidos del asa del hipogloso, hay que recordar que en la constitución de dicha esfera intervienen filetes que emergen de los pares cervicales segundo y tercero.

La masticación, la deglución y la articulación de las palabras se verifican hoy bastante bien. Sólo fijándose mucho se nota algo de impureza en la pronunciación de las palabras. Es interesante la claridad con que este enfermo expresa que á raíz del accidente no podía tragar los alimentos como si los colocara sobre la mitad izquierda de la lengua; hecho que demuestra la acción de este órgano en el primer acto de la deglución.

Por todo lo expuesto se deduce que el hipogloso derecho ha sido seccionado.

Esfera del vago-espinal. — Para evitar confusiones diremos que siguiendo la decidida opinión de Broeckaert (1) cuando yo escriba *vago-espinal*, me refiero á la fusión del antiguo pneumogástrico con las raíces bulbares del vago-espinal. Ya que ambas raíces tienen el mismo núcleo de origen y que acaso, como dice Cajal (2), por economía de espacio no se han unido dentro del cráneo, bien merecen formar un nervio único. Y cuando escriba *espinal* ó *accessorio* de Willés, me refiero á las raíces medulares, á las que forman después la llamada por los clásicos rama externa del espinal.

Hecha esta aclaración previa, examinemos el territorio de este importante nervio.

La motilidad del velo está intacta; no se puede apreciar en él ni el menor asomo de paresia; jamás el enfermo devolvió los alimentos por la nariz.

Mediante el examen laringoscópico observamos la parálisis completa del lado derecho; la cuerda derecha está rígida e inmóvil, en posición intermedia á la de inspiración profunda y la de fonación.

La medida de la separación de la cuerda y de la lengüeta de la glotis, datos necesarios para conocer el ángulo glótico es la siguiente (3):

Separación.	3.2 mm.	} Ángulo glótico 8°
Longitud de la glotis.	23 mm.	

La obtención del ángulo glótico evita los errores en la apreciación de la posición de las cuerdas.

No me parece pertinente suscitar en este artículo discusiones sobre patología recurrential, sólo diré que la teoría de Grabower que afirma que la sección recurrential produce al principio posición media transitoria y después posición definitiva, no parece comprobada en este caso, puesto que al principio la ronquera fué mayor, amenguando á medida que se fue curando.

(1) Broeckaert. *Etude sur le nerf récurrent laryngé*. Bruxelles, 1891.

(2) Cajal. *El sistema nervioso del hombre y de los vertebrados*. Madrid, 1904.

(3) Para medir la separación glótica he utilizado un espejo cuadrado, según las indicaciones que ha tenido la bondad de hacerme el Dr. Broeckaert. Y para medir la longitud me he servido del ringómetro que presenté á la Academia Médico-Quirúrgica Española, el año pasado.

En ambos casos he anestesiado fuertemente la laringe. Con ácidos y repetidos tanteos la medida expuesta es bastante aproximada.

dida que se ha establecido la suplencia con mayores excursiones de la cuerda sana; lo cual significa que al principio las cuerdas distaban más una de otra.

La teoría de Wagner que pretende hacer de la posición media el resultado de la sección recurrente, gracias á la persistencia de la contracción del crico tiroideo, encuentra en nuestro enfermo una negación rotunda, puesto que persistiendo intacto el laríngeo superior se observa la posición intermedia.

Nuestro caso confirma plenamente la conocida ley de Seeman, ateniéndonos desde luego á lo sustentado actualmente, á sea, denominar posición intermedia á lo que antes se decía posición cadavérica y dar el nombre, como quiere muy lógicamente Broeckert, de posición de relajamiento á lo que ocupa la cuerda cuando además del recurrente está suprimido el efecto del laríngeo superior.

La sensibilidad laríngea está intacta.

La sección del neumo-espinal, ¿produjo otros trastornos en este enfermo? Yo no creo que sea aventurado referir á este hecho las palpitations que sentía cuando curado de la hemiplejía volvió á torear. Y las dos neumonías del lado derecho, bien pueden atribuirse, porque es cosa que otros autores han observado, á la sección de dicho importante nervio.

En la actualidad, al hacer el examen del pecho llama la atención en este enfermo la exagerada taquicardia y el violento palpitar de su corazón hipertrofiado. El Dr. Fernández Ruiz, con su reconocida competencia, hizo una detenida exploración en este sentido y apreció la existencia de estenosis mitral. Lesión cardíaca consecutiva, sin duda alguna, á las neumonías que padeció, por el mecanismo sobrado conocido para que no haya razón de insistir en él.

La sintomatología anteriormente expuesta nos conduce á afirmar evidentemente la sección del neumo-espinal. La persistencia de la motilidad del velo no destruye la veracidad de los hechos demostrados por Lermoyez sobre la no ingerencia del facial en sus parálisis; lo que ocurre es que la sección del vago-espinal radica en este caso por debajo de la emergencia del nervio faríngeo que es el portador de la conducción motriz del velo; como radica también por debajo del laríngeo superior, explicándonos el hecho de encontrarse íntegra la sensibilidad laríngea y la cuerda vocal derecha en actividad.

El simpático y el glosio-faríngeo permanecen indemnes.

Respecto de la yugular y de la carótida internas yo no creo que hayan sido seccionadas, atendiendo á que tardó en hacerse la cura un tiempo sobrado para producirse una hemorragia mortal. Sin embargo, nos sorprende cómo el cuerno para cortar el neumo-gástrico ha podido penetrar entre estos vasos sin seccionarlos, aunque á esta altura la carótida y la yugular se encuentran ligeramente separadas.

Desde el punto de vista de la hemiplejía total del lado izquierdo del cuerpo, no he de hacer sino muy breves consideraciones con el exclusivo objeto de completar esta historia clínica. Ha sido un episodio que pasó, que no hemos visto y que por tanto no tenemos datos de exploración que nos permitan emitir una opinión decisiva.

Sin embargo, no cabe duda que tuvo relación más ó menos directa con el traumatismo.

Dada la índole del sujeto, el hecho de acompañarse de parálisis facial y la carencia de estigmas permanentes, debemos desechar el diagnóstico de hemiplejía histérica, no obstante no contar, por no haberle visto hemipléjico, con los signos de Babinski.

¿Se trataba de trastornos de circulación ocasionados por la sección de la yugular ó de la carótida interna? En otro lugar hemos dicho las razones en que nos apoyamos para descartar tal acontecimiento.

Los síntomas de foco me hacen pensar en una embolia, producida en este caso porque la carótida sufrió una contusión y en su túnica interna se produjo un pequeño trombus que desprendido llegó á la cápsula interna determinando los trastornos consiguientes. Porque á mi juicio hay que desechar la idea de que este enfermo fuese cardíaco primitivamente y de que la embolia tuviese este origen. La vida activísima del toreo hace incompatible con su oficio cualquier enfermedad del corazón por muy compensada que esté; la estrechez mitral que hoy padece es posterior, y su génesis hay que buscarla en otro orden de hechos que hemos expuesto anteriormente.

No quiero terminar este insignificante estudio sin hacer notar que la asociación sintomática de *parálisis de la laringe, de la lengua y del esterno-cleido-mastoideo y trapecio*, sin parálisis de velo, es bastante frecuente.

En un trabajo que tengo en preparación sobre parálisis asociadas de la laringe, refiero unos cuantos casos en los que he observado el síndrome mencionado. En dicho estudio intercalo algunos esquemas donde en rápida ojeada puede comprenderse cómo existiendo una lesión en un determinado punto, se produce el síndrome que presentaba nuestro enfermo, y cómo la lesión situada en otros puntos determina, según el sitio, la formación de los síndromes de Avellis, de Schmidt y de Jackson. Síndromes todos ellos de actualidad, que atraen la atención de los clínicos y son motivo de preferente estudio para los laringólogos.

ANTONIO G. TAPIA.

Sección profesional.

ASOCIACION ANTITUBERCULOSA ESPAÑOLA

El mejor encabezamiento á la suscripción nacional en pro de la lucha contra la tuberculosis en España.

D. Alfonso XIII ha recibido en audiencia á los doctores Espina y Malo de Poveda, presidente y secretario, respectivamente, de la Asociación Antituberculosa de España, los cuales ofrecieron y entregaron al Monarca la insignia de la Asociación y la presidencia honoraria.

D. Alfonso rogó después á los doctores que se avistaran con el Intendente de Palacio y le facilitarán los datos oportunos para encabezarse él (D. Alfonso) la suscripción nacional en pro de la lucha contra la tuberculosis en España.

Ni la cortesía y gratitud debidas á las sentidas frases del Dr. Malo de Poveda en el artículo que me dedica en el número de EL SIGLO MEDICO de 17 de Septiembre anterior, ni el temor á los resultados de la denuncia que, tal vez por ligereza, contra mí se utilizó por mis muy ilustrados compañeros médicos del Hospital militar de Carabanchel, han tenido en suspenso mi frágil pluma y en luctuoso silencio la voz de las verdades que intenté exponer á la meditación del Ministro de la Guerra para que, previo el estudio necesario, pudieran ser corregidas las deficiencias reglamentarias que en los hospitales militares dificultan la ejecución de la profilaxis antituberculosa, en cuanto se refiere á los soldados