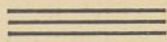
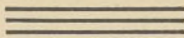


PUBLICACIONES  
DE  
CRONICA   
 MEDICA

*SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LAS  
HEMIPLEJIAS*

*POR*

*JUAN J. LOPEZ IBOR*



*Valencia, 15 junio 1935*



## *SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LAS HEMIPLEJIAS*

*POR*

*J. LOPEZ IBOR*

*Catedrático de Medicina Legal*

*Médico del Manicomio Provincial de Valencia*

El diagnóstico de una hemiplejía consecutiva a una hemorragia, embolia o trombosis cerebral, apenas ofrece dificultades. Sin embargo, Schoenborn ha insistido recientemente sobre muchos errores diagnósticos. Una vez constituida no las hay tampoco, por lo que respecta a su localización en la mitad derecha o izquierda del cuerpo.

Pero éstas pueden a veces surgir, cuando se llega a la cabecera del enfermo en las primeras horas de instaurado un coma. Los autores se han preocupado casi desde los tiempos de Boerhave, a quien debemos una tan excelente descripción del coma apopléctico, en hallar aquellos signos que podríamos llamar premonitorios y que permitirían predecir en qué lado se iba a establecer la hemiplejía.

Así habían observado que cuando se elevan los miembros por encima del plano de la cama, caen con mayor inercia en un lado que en otro. Foix ha sido el primero en llamar la atención sobre el hecho de que ejerciendo una presión enérgica sobre el borde posterior de la rama ascendente del maxilar, se provoca la contracción de la cara en el lado sano y no en el enfermo. La cara asimétrica parece mayor en el lado paralizado debido a su flacidez, así como la respiración eleva la mejilla de este mismo lado un poco más que la del lado enfermo.

Vulpian, Prévot y el mismo Charcot formularon la regla según la cual la cabeza y los ojos se desvían mirando a la lesión si hay parálisis, pero si aparecen convulsiones miran hacia el lado opuesto. Landouzy y Grasset, señalaron que la desviación ocurre en sentido opuesto al que acabamos de citar si la lesión es mesocéflica. Los reflejos cutáneos abdominales y cremasterianos están disminuídos en el lado paralizado, en el cual bien pronto se establece un signo de Babinski.

A esta serie de signos quisiéramos añadir uno, que nos parece extraordinariamente interesante, desde un punto de vista práctico por su facilidad de exploración y desde un punto de vista teórico por los mecanismos patogénicos que sugiere. Su valor práctico no se limita a facilitar la localización hemilateral de la lesión, sino que, como todo signo orgánico, permite establecer un diagnóstico entre una hemiplejía orgánica y una histérica en los primeros momentos; tal distinción, que después de las exactas descripciones de Babinski, nunca puede ofrecer dificultades una vez establecida la hemiplejía, resulta de un gran valor en los primeros momentos de un coma y en ciertas formas de hemiplejías flácidas, casi sin coma, que simulan una parálisis histérica.

El signo es el siguiente: *si con un dedo se comprimen los puntos de salida de las ramas del trigémino, se observa una contracción de la musculatura facial en el lado donde está la lesión, opuesto por consiguiente al lado en que aparecerá la parálisis.* La contracción de la musculatura suele acompañarse de un giro de la cabeza hacia el lado donde se verifica la presión que se sigue inmediatamente de un movimiento de huída. El signo es mucho más evidente cuando se comprime la primera rama del trigémino, en la parte interna del borde supraorbitario correspondiente (figura adjunta). Lo hemos comprobado en 32 casos entre los de nuestra práctica privada y los del Manicomio provincial, mereciendo por su regularidad que se llame la atención sobre él.

Kehrer describió hace pocos años una serie de síntomas gene-

rales de los tumores craneanos, provocados por presión y distensión de los nervios. El que acabamos de describir pertenece a esta serie de Kehrer, en la cual figuran otros obtenidos por presión y extensión de los nervios de las extremidades, parecidos a la maniobra de Lasègue, de los cuales no nos ocupamos en este momento.

En casi todos los casos de tumores intracraneanos diagnosticados por nosotros en estos últimos tiempos hemos podido comprobar la presencia de tales signos. Bien es verdad que no pode-



mos sentar afirmaciones acerca de su precocidad, porque desgraciadamente los tumores todavía suelen llegar a manos del neurólogo o del neurocirujano en fase demasiado avanzada, ya que, como dice Horsley y repite Foerster, la operación debía practicarse antes de que hubiese síntomas. También son frecuentes en casos de meningitis, pseudoureemia y eclampsia como ha demostrado Klimke discípulo de Kehrer. Este autor dice que en los tumores, aunque estos síntomas son bilaterales, suelen predominar en el lado donde está la lesión y en cambio en las otras enfermedades citadas son bilaterales ; pero esto depende de la forma de la lesión, ya que en un caso nuestro de meningitis tuberculosa pseudotumoral, aparecían con mucha mayor intensidad en un lado que en otro. *Estos reflejos delatan simplemente un aumento en la presión intracerebral, ya*

sea debida al proceso anatomopatológico (tumor, hemorragia, etcétera) en sí o a la tumefacción cerebral en el sentido de Reichardt.

Se ha querido reducir la importancia de los signos de Kehrer refiriéndolos a la provocación de dolor ya conocida en diversas enfermedades del sistema nervioso (neuralgias y neuritis sobre todo) por presión en los llamados puntos de Vailleix. Kehrer no cree que se trate de reflejos algógenos, sino de complicados reflejos y reacciones de defensa de naturaleza no algógena. Feuereisen dice que en algunos casos de tumores cerebrales los reflejos se obtenían en posición yacente y no en posición sentada o de pie. En los casos de hemiplejía observados por nosotros *aparecen ya durante el coma*, lo cual habla en contra de la tesis de que se trata de reflejos de naturaleza algógena, argumento que se refuerza con el hecho de que en los casos de tumor los enfermos no acusan claramente dolor al ser inquiridos sobre ello. El hecho de que aparezcan de una manera evidente en el lado de la hemorragia y falten en el otro lado, sirve por otra parte de punto de apoyo a la concepción de Westphal, Neubürger y otros muchos, acerca de la patogenia de la hemorragia cerebral. Debe haber, como lo demuestra la anatomía patológica, un edema o mejor una hinchazón alrededor del foco hemorrágico, responsable más que la misma hemorragia, de la masividad del síntoma. A medida que aquélla se va reabsorbiendo, desaparece la intensidad de los reflejos, coincidiendo con la instauración y el incremento de la fase espástica. Sin embargo, en algunos casos de nuestra observación, los citados reflejos duran hasta meses después y resultaría interesante poder establecer una relación entre el curso clínico y la evolución de la lesión, para lo cual nuestro material es todavía insuficiente. Hemos de señalar también el hecho de que el reflejo desaparece con mayor rapidez cuando se realiza el tratamiento desde los primeros momentos dirigiéndolo contra la hinchazón cerebral, siguiendo el método de Westphal.

Claro que la unilateralidad del síntoma está determinada pro-

bablemente por otro factor además del citado, constituido por la parálisis o paresia existente en el lado opuesto a la lesión. Pero sería erróneo pretender que fuera ésta la única causa, porque en el período en que ya existe una cierta motilidad del lado parésico (movimientos de expresión, sincinésicos, etc.) la diferencia entre ambos cuando se provoca el reflejo es evidente.

Creemos que la gran facilidad de exploración de este signo y su extraordinaria seguridad le concede un innegable valor práctico, puesto que permite establecer el diagnóstico de donde se halla la lesión desde el primer instante en que en pleno coma nos acercamos a la cama del enfermo.

#### RESUMEN

En las hemorragias cerebrales, *ya durante el coma*, puede realizarse un diagnóstico acerca del lado en que aparecerá la hemiplejía, mediante la compresión de las ramas de salida del trigémino, sobre todo de la primera, obteniéndose así una contracción evidente de la musculatura facial con reflejo consecutivo de huída (signo de Kehrer). Probablemente se trata de un reflejo no algógeno, en relación con la hinchazón central del lado de la hemorragia.

#### BIBLIOGRAFIA

- Babinski.—*Gaz. des Hôp.*, 5 y 8 mayo, 1900.  
 Déjérine.—*Sémiologie des affections du Système Nerveux*. Masson Ed., París, 1926 (cap. hemiplejías).  
 Foerster.—*Klin. Wchnr.*, 8 diciembre 1934.  
 Kehrer.—*Die Allgemeinerscheinungen der Hirngeschwülste*. Thieme. Leipzig, 1934.  
 Kehrer.—*Nervenarzt*, 1933, cuaderno 3.  
 Feuereisen.—*Dtsch. med. Wschr.*, núm. 34, 1933.  
 Neubürger.—*Dtsch. med. Wschr.* núm. 18, 1932.  
 Roger, Widal et Teissier.—*Nouveau Traité de Medecine. Fascicule XVIII*. Masson Ed., París, 1928 (cap. coma y hemiplejías).  
 Westphal.—*Dtsch. med. Wschr.*, núm. 18, 1932.  
 Schoenborn.—*Dtsch. med. Wschr.*, 1934, pág. 1.547.





**Imprenta La Semana Gráfica**  
: ARTES GRAFICAS EN GENERAL :  
Conde Salvatierra de Alava, 20 VALENCIA