

colorchecker CLASSIC



mm

calibrite

# GACETA MÉDICA DEL NOROCCIDENTE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXIII

Bilbao—Enero—1917

Núm. 265

## SUMARIO

*Papel que representa en la reorganización física e intelectual de los niños la higiene de la boca*, por don Julio Alonso y Marcos. (Continuación.)

*Tumor del lóbulo frontal derecho (asiento prefrontal).—Presentación del operado y de la pieza patológica*, por el Sr. López Albo.

*Premio del Dr. Camiruaga.*

*Revista de revistas.*

*Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.*



HEMEROTECA  
MUNICIPAL  
MADRID

PAPEL QUE REPRESENTA EN LA VIGORIZACIÓN FÍSICA É INTELECTUAL  
DE LOS NIÑOS  
LA HIGIENE DE LA BOCA

## MEMORIA

PRESENTADA POR D. JULIO ALONSO Y MARCOS, MÉDICO (VITORIA),  
PARA OPTAR AL PREMIO DEL DR. CAMIRUAGA EN EL CURSO  
DE 1916 Á 1917

## PRIMER PREMIO

(CONTINUACIÓN)

Así lo reconoció ya en 1908 el Ministro de Instrucción pública francés, que en una circular sobre la necesidad de extender la inspección escolar, no sólo á las Escuelas sino á los Liceos é Internados superiores, decía: «Los médicos combaten con justa razón el prejuicio popular de que el dolor de muelas es un mal pasajero. Estiman que la caries dental es una enfermedad que puede determinar otras más graves. Según su parecer, el niño que tiene los dientes cariados y dolorosos nunca podrá llegar á ser fuerte, robusto y sano. Sin hablar de la fetidez del aliento, los dolores de cabeza, de las debilidades locales, fluxiones, abscesos y dolores, á menudo intolerables, que provienen del malestar de los dientes, gran número de afecciones del estómago y de los intestinos son provocadas ó agravadas por la irritación de las mucosas, consecutiva á

# GACETA MÉDICA DEL NORCE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXIII

Bilbao—Enero—1917

Núm. 265

## SUMARIO

*Papel que representa en la reorganización física é intelectual de los niños la higiene de la boca, por don Julio Alonso y Marcos. (Continuación.)*

*Tumor del lóbulo frontal derecho (asiento prefrontal).—Presentación del operado y de la pieza patológica, por el Sr. López Albo.*

*Premio del Dr. Camiruaga.*

*Revista de revistas.*

*Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.*



HEMEROTECA  
MUNICIPAL  
MADRID

## PAPEL QUE REPRESENTA EN LA VIGORIZACIÓN FÍSICA É INTELECTUAL DE LOS NIÑOS LA HIGIENE DE LA BOCA

### MEMORIA

PRESENTADA POR D. JULIO ALONSO Y MARCOS, MÉDICO (VITORIA),  
PARA OPTAR AL PREMIO DEL DR. CAMIRUAGA EN EL CURSO  
DE 1916 Á 1917

### PRIMER PREMIO

(CONTINUACIÓN)

Así lo reconoció ya en 1908 el Ministro de Instrucción pública francés, que en una circular sobre la necesidad de extender la inspección escolar, no sólo á las Escuelas sino á los Liceos é Internados superiores, decía: «Los médicos combaten con justa razón el prejuicio popular de que el dolor de muelas es un mal pasajero. Estiman que la caries dental es una enfermedad que puede determinar otras más graves. Según su parecer, el niño que tiene los dientes cariados y dolorosos nunca podrá llegar á ser fuerte, robusto y sano. Sin hablar de la fetidez del aliento, los dolores de cabeza, de las debilidades locales, fluxiones, abscesos y dolores, á menudo intolerables, que provienen del malestar de los dientes, gran número de afecciones del estómago y de los intestinos son provocadas ó agravadas por la irritación de las mucosas, consecutiva á

la ingestión de alimentos insuficientemente sometidos á la acción de la masticación y de la insalivación. Hay también afecciones de suma gravedad, como la septicemia y la piohemia que, en ocasiones, son provocadas por el abandono de la boca. Si es verdad que una simple irregularidad en la disposición de los dientes puede determinar consecuencias tales como la rotura del equilibrio articular de los mismos, un desarrollo anormal de las mandíbulas y de los dientes puede producir debilidad de la fonación y respiración; con mayor motivo debe esperarse que los dientes enfermos vengán á ser un medio de cultivo eminentemente favorable á los terribles microbios que, con el aire, penetran hasta los pulmones, con la saliva hasta el estómago y por la vía linfática se introducen en el organismo como lo prueba la hinchazón de los ganglios del cuello en casi todos los niños que tienen los dientes cariados. Y la gravedad de estos hechos se nota con más particularidad en el niño que en el adolescente, porque su organismo en vía de transformación, siendo más delicado, ofrece menos resistencia á las enfermedades infecciosas.»

Esto viene á corroborar lo que acabamos de decir, á saber: que si antes se probó la repercusión del estado general del individuo sobre la dentición, aquí se demuestra la influencia de los malos dientes sobre el estado general determinando predisposiciones y enfermedades locales y generales. Pero aún hay más: las alteraciones de la boca pueden ser nuncio de futuras enfermedades que el médico está obligado á prevenir en bien del individuo y de la especie: ahí está sino lo apuntado por el doctor Roquero en el Congreso de Sevilla (Importancia del reconocimiento de la boca como elemento de diagnóstico de las enfermedades generales.—La Odont., 1909, pág. 568) cuando decía: Ciertas alteraciones anatómicas de los huesos, como el abombamiento de la bóveda palatina, su bifidez, la excesiva magnitud y altura de la mandíbula inferior, el aumento del número ó dimensiones de los dientes en ambos maxilares, más frecuente en el superior, su viciosa implantación, alteraciones son todas que, unidas á otras anomalías de las demás piezas del esqueleto, dicen algo á los médicos criminalistas de la escuela Italiana; pero no dejan de decir mucho más á todos los médicos respecto á la mala constitución que originan el alcoholismo, la sífilis ó las afecciones constitucionales de los padres... La boca, en la conformación anatómica anormal de algunos de sus componentes, suele advertirnos mucho del porvenir de un nuevo ser á quien puede estar vedada la posesión de la mayor de las riquezas, la salud, si el médico no interviene á tiempo para rectificar las

malas condiciones en las cuales vienen al mundo muchas criaturas, acusadoras inconscientes de las desgracias ó liviandades de sus ascendientes... La cavidad bucal nos dice que, aunque la prudencia nos aconseja guardar en nuestro pecho diagnósticos y pronósticos prematuros, siempre mal recibidos por nuestros clientes, que no pueden comprenderlos, la alta misión social que nos está encomendada, debe invitarnos á plantear con cierto rigor un régimen profiláctico contra la probable tuberculosis de esta clase de sujetos »

He aquí cómo se acentúa, á medida que avanzamos, la enorme transcendencia del tema á desarrollar; cómo seguirá creciendo más cuanto más escribamos. Pero ¿será posible que la falta de cuidado de un órgano tan insignificante, al parcer, como la boca produzca enfermedades y perturbaciones? ¿en virtud de cuál mecanismo se llega á ello? Por caminos muy diferentes: 1.º Por el agotamiento nervioso debido al sufrimiento. 2.º Por los trastornos gastrointestinales debidos á la falta de una buena masticación. 3.º Por la autointoxicación debida á los microorganismos patógenos desarrollados en una boca infectada. (Oscar Amoedo.) He ahí el triple mecanismo por cuya mediación se llega á la decadencia individual física y psíquica.

Y á medida que vamos entrando en el campo de la Ciencia y cuanto más vamos espigando en la literatura ó bibliografía del asunto, mayores son los ámbitos que abarca, más extensos los horizontes, más patentes las relaciones de la boca con el resto del organismo, de mayor interés y complicación su estudio, porque no podemos olvidar ni siquiera las anomalías de constitución, las cuales dicen ó pueden decir mucho respecto al porvenir del individuo, como vimos más atrás; pero además requieren ó pueden requerir corrección inmediata á fin de lograr éxitos inesperados, estupendos en órganos más ó menos apartados, en funciones importantísimas. Véase una prueba palmaria de ello en la glosa que Roberto Charlet hace en «La Odontología Argentina (La Odont., 1913), de un artículo acerca de «La corrección de la obstrucción nasal por medio de la Ortodoncia», publicado por Mc. Haskin, de New York. En dicho artículo aboga por la colaboración de la rinología y la ortodoncia, porque se convenció de esta necesidad, viendo que operaciones perfectamente ejecutadas en la nariz y en la garganta no corregían la respiración bucal que se trataba de combatir. En cambio observaba la supresión de tal anomalía respiratoria muchas veces á consecuencia de una operación ortodóncica, practicada con otro fin por un dentista. Se propuso estudiar el motivo y vió que á

las anomalías nasales acompaña siempre una malformación de los maxilares y de los arcos dentarios. En consecuencia, resolvió *completar* sus intervenciones rinológicas con un tratamiento ortodónico adaptado á los defectos que había comprobado: el resultado no se hizo esperar y de sus trabajos deduce que «en una criatura de menos de cuatro años esos defectos se pueden remediar rápida y ventajosamente, porque los maxilares pueden ensancharse á medida que evolucionan y dar así más lugar á los dientes permanentes. Una de las grandes ventajas de este método es *el mejoramiento precoz de la salud general del paciente* que asegura una actividad mayor en el desarrollo de la estructura ósea junto con el de los demás órganos, si se vigila el régimen alimenticio agregando á la alimentación los elementos componentes del sistema nervioso... Es razonable pensar que todos los huesos del cráneo deben tener entre sí una relación definida en cuanto á dimensiones y que en consecuencia el hecho de que uno ó varios de ellos no tenga el desarrollo completo debe influir sobre el desarrollo de todos los demás que se articulan con él y que tratan de adquirir el volumen que les ha asignado la naturaleza. Tan cierto es esto que un gran número de manifestaciones oculares observadas por W. F. Daly, de Boston, no parecen tener más origen que el desarrollo defectuoso del maxilar... Ahora bien; como la obstrucción nasal es casi siempre concomitante de una mal formación del maxilar y está subordinada á éste, puede decirse: al corregirse la mal formación se corregirá también la obstrucción y la tarea del rinologista se habrá facilitado considerablemente.»

De igual opinión participa Mathew H. Cryer y lo demuestra cumplidamente en un extenso y documentado trabajo titulado «Influencia ejercida por la arcada dentaria en la respiración y en la salud en general (V. La Odontología, 1913, pág. 301)». Pero muchas veces esa respiración obedece á vegetaciones adenoideas. Es de necesidad, pues, que desde la primera infancia se extirpen, si es necesario, y se corrijan también las anomalías dentarias que se observen, para evitar tales trastornos. De modo que, está claro: por el examen de la boca del niño y la corrección de algunos defectos que pudiera presentar, puede evitársele para después trastornos de mucha importancia en su función respiratoria, en su oído y por ende en su vigor físico é intelectual, pues la escasez respiratoria da origen á los pechos encanijados, los cuales son más propensos á la tuberculosis, por no poderse defender tan bien como los ámplios y expansivos, predisposición aumentada en la respiración bucal, porque el aire va directamente cargado de polvos y

frío á los pulmones, sin sufrir la acción calentante de la vía nasal—de mayor longitud y más sinuosa—ni la acción del moco nasal, que á modo de filtro, detiene los polvos, gozando además de poder antiséptico. Por otra parte, la torpeza de oído dificulta el aprendizaje del niño en la escuela y la intoxicación adenoidea crónica completa la obra, dando lugar á esos niños atrasados con cara de bobos que por desgracia no escasean. Véase si tiene importancia el examen á tiempo de la boca y considérese si lo dicho corrobora ó no la influencia de dicho órgano en el desarrollo físico é intelectual.

Pero ¿es aún poco lo dicho para convencerse? ¿se quiere todavía una prueba más y de mucho peso? pues ciertamente la podemos ofrecer. Nadie ignora que en Inglaterra y en los Estados Unidos, por lo mismo que son los hombres muy prácticos, es donde más importancia se concede al capital *hombre*, según su vigor, utilidad, aptitudes y que las Compañías de seguros de vida exigen una serie de garantías antes de admitir un cliente. Pues bien, un americano, Alonso Milton Nodine, considerando poco riguroso el examen actual y queriendo demostrar lo necesario del reconocimiento de la boca para un concienzudo seguro se explica así: (La importancia del examen de los dientes en el seguro de vida—Dental Cosmos—in Odon. 1913). «Creo que se desconoce ú olvida que en el origen de muchas enfermedades intervienen los dientes y las encías directa é indirectamente, ya que las afecciones que de ellos provienen son la más constante amenaza contra la salud: no solamente constituyen una fuente de infecciones para el individuo, sino para los demás... Las afecciones de la cavidad oral dan origen á muy frecuentes enfermedades orgánicas y de todo el sistema; el artrismo deformante, el reumatismo, las infecciones del tubo digestivo, las enfermedades del hígado, riñones, corazón y sistema nervioso, se deben en muchos casos á infecciones que solamente un hábil odontólogo puede descubrir... Está demostrada en efecto la influencia que el mal estado de la boca—dientes caídos, defectuosos—ejerce en la salud general: un aparato masticatorio desorganizado, séptico es un refugio de microorganismos que en él crecen y se propagan: un centro de formación de toxinas y otros venenos que, al asociarse á la sangre y á la linfa, invaden todo el organismo, alterando el sistema nervioso y los aparatos digestivo y respiratorio, contribuyendo á la formación del cáncer y del sarcoma y haciendo posible, por último, la putrefacción en el intestino de alimentos mal digeridos; lo cual puede producir desde el simple dolor de cabeza, hasta la epilepsia y la endocarditis. Mere-

ce citarse la experiencia realizada en el Asilo de huérfanos de San Vicente, en Boston, por el doctor Key. A los seis meses de comenzar el tratamiento dentario en aquella institución, que cuenta 325 asilados, se observó una disminución de 59 por 100 en las enfermedades infecciosas con respecto al año anterior; al segundo año de tratamiento, la proporción de tales enfermedades se había reducido á menos del 2 por 100 y en la actualidad, y en un espacio de tiempo de 20 meses, no se ha vuelto á registrar ningún caso de infección. Esto constituye un éxito que no ha sido igualado nunca. El problema á que todo esto se refiere, el de la conservación de la salud y prolongación de la vida, no se resuelve individual sino colectivamente y exige un esfuerzo de todos.»

¿Se puede decir ni probar nada más categórico ni de mayor transcendencia que ligar el problema de la salud colectiva, en gran parte, al cuidado, examen y tratamiento de la boca? ¿Se necesitará poner más de manifiesto toda la magnitud de la cuestión para llevar al mundo entero el convencimiento de que muchos niños se crían misérrimos de cuerpo y de espíritu merced á su descuidada boca y que otros nacen ya en tal estado á causa del descuido de sus padres, que teniendo constantemente el foco de infección abierto en su organismo carecen del vigor físico y psíquico necesario, transmitiendo en el acto de la concepción enfermedades y predisposiciones morbosas que repercuten en la constitución del nuevo ser y por ende en las generaciones por venir? La herencia homóloga y heteróloga existe sin discusión. Calcúlese la enorme responsabilidad que contrae para con el individuo y para con la especie todo el que conociendo la gravedad que entraña el actual abandono de la mayor parte de las bocas no procure poner el remedio á su alcance, cuidando la suya, haciéndosela cuidar á todos los individuos de la familia y difundiendo en todas partes esos conocimientos para hacer resaltar eso que constituye una verdadera enfermedad social.

Porque no se crea que lo dicho son excentricidades norte-americanas. En todas partes, el problema está en pie y afortunadamente de todos los ámbitos de la tierra salen autorizadas voces que pregonan la necesidad de su solución urgente. Poco hace decía el doctor Eleazar Falconi, de la Habana: (Necesidad de hacer obligatoria la Higiene dental). «La Higiene dental abarca al individuo en sus tres aspectos: físico, intelectual y moral, viniendo las cualidades morales é intelectuales á depender en gran parte del modo como está constituido el individuo físicamente; entendiendo por tal no al atleta, sino aquel que ejercita sus funciones físicas en forma

armónica é integral. La Higiene dental interviene en la salud; es un exponente de cultura física y beneficia al individuo que la practica. El triunfo de la salud depende de la buena nutrición; pero para que esta función se realice se necesita una serie de operaciones mecánicas y químicas en las que el fenómeno de la masticación desempeña el papel primario y fundamental, sin cuyo auxilio todo esfuerzo de nutrición es inútil é improductivo. Si suponemos, lo que con tanta frecuencia acontece, una boca cuyos dientes están cariados en su mayor parte, sensibles á las impresiones térmicas y dolorosas al contacto de cuerpos extraños, ó faltando de la boca por frecuentes extracciones ó destrucciones de las caries ¿cuáles serían los resultados de la masticación y cuáles sus consecuencias? El bolo alimenticio mal elaborado y convertido en densos trozos, va á ocasionar perturbación de origen digestivo, porque los órganos encargados de esta clase de funciones sólo pueden desdoblarse y transformar los alimentos dentro de la medida racional con que los prepara una buena masticación; proceder de otra manera es obligar á los órganos digestivos á realizar forzados trabajos con pérdidas de vitalidad y es procurar en último término una nutrición incompleta. En estas condiciones la salud se resiente... las funciones intelectuales se perturban por una ley fatal de subordinación, que nos da idea de la solidaridad y dependencia de todas las actividades funcionales; por último la alegría, el buen humor, los sentimientos estéticos y hasta la predisposición al bien se altera, porque existe una causa perturbadora que, desgraciadamente, demasiado materializada, se sufre con cierta repugnancia ante el convencimiento de su existencia. Una mucosa atacada de inflamación ó unas encías destruyéndose por acúmulos de tártaro, producen el enflaquecimiento, la destrucción orgánica lenta y progresiva, siendo el organismo campo abonado para todas las infecciones, sobre todo la tuberculosis. Además, una boca descuidada pugna con la estética, haciendo feo lo que pudiera ser hermoso; con la palabra, cuya libre emisión impide ó dificulta por falta de dientes y hasta con la cultura social, porque hoy es inculto y repugnante presentarse con olores repulsivos y visiones que dan asco...

...Ningún ser debe merecernos más atenciones y cuidados higiénicos que el niño, ya porque las condiciones de su edad lo inhabilitan para ejercer su voluntad, ya porque inspirándonos en un principio de compensación y de justicia debemos atender preferentemente á estos seres en razón á las deficiencias orgánicas con que se presentan los dientes de los niños. Probado está que los dientes temporales son más perseguidos por la caries que los perma-

mentes á causa de dos grandes factores: los unos constitucionales, que proceden de la débil mineralización que poseen los dientes en esta edad y los otros que se podrían llamar predisponentes, como la alimentación que durante un largo período es casi blanda. Por estas razones es muy frecuente ver millares de niños con los dientes cariados á la edad de tres años y aún menos, llevando consigo esa dolencia durante todo el período de la dentición temporal, con su cortejo de enfermedades, odontalgias, neuralgias faciales, abscesos, gingivitis, flemones, periostitis, etc. En estas dolorosas condiciones, el niño, falto de cuidados higiénicos, termina por adquirir en la segunda dentición las mismas molestias que acompañaron en la primera y á la vez el sistema nervioso, como la salud física en general, sufren alteraciones en sus condiciones vitales. Es muy común encontrar niños enflaquecidos y tristes por las enfermedades que existen en su boca sin alcanzar ni facultades para la actividad física, ni inspiraciones para el ejercicio intelectual. Son seres enfermos que no pueden llenar ninguna función, porque han perdido la alegría y el vigor infantil de su edad y que no se pertenecen á sí mismos, porque el aguijón del dolor les trastorna á cada momento. Estos niños crecen enfermos, raquíticos y miedosos, sin carácter, sin personalidad y sin poderse llamar hijos para sus padres ni ciudadanos para la Patria, porque su endeblez física y su pobreza funcional, los incapacitan para ejercer voluntariamente sus funciones sociales, cívicas, morales é intelectuales.»

Verdaderamente el cuadro pintado no puede estar cargado de más negras tintas; pero es que en Cuba el problema que discutimos alcanza caracteres alarmantes. Por eso, sin duda, el alcalde de la Habana, doctor Roig, le da la última pincelada cuando dice en la moción razonada que presentó para la creación de una clínica dental escolar, objeto logrado en 1915, lo siguiente: «Considerando: que por experimentos científicos hechos en Alemania, país que ha dedicado gran atención á la cuestión higiene, se ha demostrado que el cuidado de los dientes en los niños es de tal magnitud que hace que la suficiencia física y mental se desarrolle de una manera evidente»... Parece que ya no podría decirse más; y sin embargo, no resistimos á la tentación de transcribir, para terminar este capítulo, algo de lo muchísimo bueno dicho por Juan B. Patrone, de Buenos Aires, en su comunicación al primer Congreso Nacional del Niño (Oct. 1913. Relaciones del sistema dental con la aptitud físico-neutral del niño, etc.), por ser uno de los trabajos mejores y más completos que conocemos y que puede servir de cierre á la corona de datos que nos han suministrado trabajos escritos en to-

das las partes del mundo civilizado. Dice así Patrone: «Si ambicionamos patrióticamente que las nuevas generaciones sean vigorosas en cuerpo y alma, mental y físicamente, es preciso evitar á todo trance que las dolencias de los dientes en los niños constituyan un grave obstáculo al libre desenvolvimiento de su constitución corpórea. El período de evolución dental, de incesantes cambios celulares, comprende la mayor parte de los años del niño escolar. Es, pues, entonces la época en que la necesidad de una eficaz defensa de la boca surge con mayor razón que, cuando ya hombre, los fenómenos de conocimiento y desarrollo se han verificado en forma irregular, perseguido constantemente por las lesiones y enfermedades que el abandono de las delicadas condiciones patofisiológicas determinan con caracteres irremediables... Aparte las poderosas razones demostrativas que la clínica nos proporciona y teniendo en cuenta la recíproca influencia de las funciones orgánicas, si los dientes se conservan sanos y limpios, impidiendo el desarrollo de sus características afecciones, las encías y en suma, la boca toda se hallará en condiciones normales para la realización de sus funciones naturales de una manera perfecta y por ende los beneficios derivados de esa normalidad repercutirán indudablemente en todo el organismo... Con boca limpia y dientes sanos es posible que el niño enferme; mas con boca sucia y dientes enfermos no hay salud infantil que no se resienta, aun en el mejor de los casos.» La boca, atrio del aparato digestivo y también del respiratorio, si bien la respiración puede verificarse por las fosas nasales solamente, ha sido llamada con razón el paraíso de los microbios, por cuanto que su humedad y temperatura unida á los restos de descamación epitelial, siempre presentes, hacen que ella sea un medio excelente de vida y desarrollo de los microorganismos de múltiples especies, máxime cuando es teatro de fermentación y de *reflejo* de la tan frecuente y *soportada* alteración digestiva de ciertas substancias, tales como el queso, los huevos, etc., convirtiéndose la boca entonces en un peligrosísimo foco de infección, en medio del cual los dientes, no obstante su dureza, perecen más ó menos pronto, si una higiene rigurosa y cotidiana no se interpone... Gran número de afecciones del estómago y los intestinos suelen ser provocadas y siempre agravadas por la ingestión de alimentos insuficientemente sometidos—debido casi siempre al mal estado de los dientes—al importante proceso de la masticación y de la insalivación consiguiente, indispensable ésta para la normal y fácil digestión de las substancias amiláceas, y siendo el pan una de ellas, de la que el niño come diaria y abundantemente, fácil es darse cuenta

de la magnitud del mal, sobre todo si pensamos en la facilidad con que en la infancia se adquieren los hábitos.

En lo que se refiere á la digestión gástrica puramente, los desastres que una masticación incompleta determina son igualmente considerables «no sólo en cuanto á la acción mecánica ejercida por los alimentos insuficientemente divididos sobre la mucosa» (C. Bonorino Udaondo), «sino que la poca impregnación salivar de éstos impide la actuación de la ptialina en la primera transformación de los hidratos de carbono y además, secundariamente, la acción alcalina de la saliva, neutralizando el resto de la acción gástrica en el último tiempo de la digestión en este órgano, favorece el tránsito del quimo y el pasaje pilórico.»

Pero hay aún razones de mayor peso para demostrar y comprender toda la gravedad que reviste el mal estado de la dentadura en perjuicio del desarrollo físico y mental del niño. Son terribles como todos saben los estragos que hace la tuberculosis en la juventud escolar: conviene, pues, que se difundan profusamente las relaciones sobre la afinidad asombrosa que ese terrible flagelo posee con la caries de los dientes, que el profesor Moeller, de la facultad de Berlín, en un reciente Congreso científico ha resumido con admirable claridad después de desarrollar completamente el tema. He aquí algunas de sus conclusiones:

I. La tuberculosis puede llamarse con igual derecho que enfermedad de la habitación, enfermedad de nutrición. El mal estado dental del niño ocasiona una alimentación deficiente y un mal desarrollo (anemia, clorosis, enfermedades del estómago, hiponutrición).

II. La mala higiene de la boca da lugar á la colonización del bacilo de la tuberculosis en la cavidad bucal del niño, convirtiendo la mucosa y los órganos linfáticos en amplias puertas de entrada para el virus tuberculoso.

III. La caries dental, tan extraordinariamente extendida en los niños, favorece indirectamente por intermedio de erosiones y grietas de la mucosa, la introducción del bacilo de la tuberculosis en el organismo infantil. Produce también enfermedades infecciosas de las glándulas submaxilares y de las amígdalas, disminuyendo su poder defensivo contra la colonización del referido bacilo.

IV. La falta de higiene en la boca y en los dientes es una de las fuentes más abundantes de infección por el bacilo de Koch en la infancia; lo mismo que la mucosa bucal y faríngea son las puertas de entrada más frecuentes del mismo bacilo. Una boca desaseada constituye una «incubadora» natural y un excelente medio

de cultura para el desarrollo del bacilo de la tuberculosis...

IX. Un niño con los dientes cariados no podrá jamás desarrollarse libremente sano y robusto. Su constitución se resentirá en alto grado y su carácter perderá inevitablemente la benéfica alegría que caracteriza la idiosincrasia infantil, tornándose taciturno é inquieto.»

En resumen; los resultados de esta epidemia universal no se caracterizan solamente por sus manifestaciones directas. Las primitivas molestias que provoca una dentadura insana se traducen, aparte el leve dolor que más tarde se hace insufrible, en una defectuosa masticación de los alimentos y en la adquisición de una serie de malos hábitos que conducen paulatinamente á enfermedades crónicas y predisponen á la continua irritación del sistema nervioso con su inevitable corolario de depresión mental.

De modo que las varias opiniones que hemos expuesto y las innumerables que podríamos añadir como confirmatorias de lo dicho coinciden en la importancia suma que la higiene de la boca ejerce en el desarrollo físico é intelectual del niño. En rigor no era necesario más para dar cumplimiento al tema; pero como deseamos apurar la prueba hasta donde nos sea posible á fin de no dejar el más leve resquicio á la duda, vamos á tratar en los sucesivos capítulos del complemento, digámoslo así, del primero.

## CAPÍTULO II

### *Enfermedades generales y locales que pueden tener su origen en la cavidad bucal*

Ya hemos dicho en el capítulo anterior que la boca sucia ó enferma podía dar lugar á infinidad de afecciones locales unas y generales otras cuyo foco era la mencionada cavidad. Vamos á citar una serie de casos prácticos que lo demuestran, no sin antes indicar que si las enfermedades bucales influyen grandemente en la salud, trastornando en más ó en menos el organismo, ejercen también influencia sobre el desarrollo de éste, sin enfermedad previa, sino con simples trastornos que conmueven la economía toda; así la evolución dentaria tiene una innegable influencia sobre el crecimiento fisiológico del organismo; de ello dan fe las siguientes palabras: «Camerer ha llamado la atención sobre el retardo que experimenta el crecimiento en los niños sanos, durante el tercer trimestre del primer año, atribuyéndolo, tal vez con razón, á la evolución dentaria. Un compañero de Universidad que ha alimentado

á todos sus hijos artificialmente, vigilándolos en persona, nos comunica que el aumento de la curva de peso se atenúa siempre que se aproxima la aparición de algún diente. Nosotros mismos hemos podido hacer en nuestros hijos la misma observación. Aun en las curvas de crecimiento expuestas por Kassovitz correspondientes á sus hijos como demostración en contra de aquellas hipótesis puede apreciarse la misma relación.» (C. Heubner. *Enfers. de los Niños*. T.º II, pág. 240. Trad. esp.) Y si en lo fisiológico ejercen tal influencia ¿qué de extraño tiene influyan en lo patológico pudiendo determinar distintas enfermedades por diferentes vías? Para Chau-martin (18 Congr. Fran. de Estomat. in *L'Echo Médical du Nord*) las enfermedades de origen dentario pueden dividirse en: Septicemia aguda linfática que, invadiendo el ligamento alveolo dentario, produce una violenta artritis, corriéndose á los vasos linfáticos, ganglios perimaxilares y tejido celular del cuello: Septicemia aguda flebítica cuyo estudio ha hecho magistralmente Sebastián, quien da tres caminos principales á la causa infecciosa: la vena facial, el plexo pterigoideo y las venas anastomóticas pterigo-orbitarias: Septicemia sin localización, que puede ser aguda ó crónica, y Septicopiohemia con abscesos metastásicos, enfermedad generalmente mortal. Por último, infección dentaria tuberculosa con un 4 por 100 de frecuencia, habiendo Starck encontrado bacilos fímicos en los huecos de la caries. Pero además hay lesiones locales, al parecer insignificantes, que pueden significar mucho en el estado general: así, el descarnamiento de las encías, aparte otras cosas, puede representar un principio de *ateroma*, según afirma P. Ferrier en una comunicación á la Soc. de Bio. de París (*Bulletín Medical*, 1908), en la cual dice: «El borde alveolar puede destruirse y los dientes conmovirse durante la evolución de enfermedades ó fuera de todo proceso morboso general, en los sujetos calcificados, en los que la boca es descuidada ó su higiene mal dirigida.»

Y ya entrando de lleno en las afecciones que se ven influenciadas directamente por los trastornos de la boca y dientes, veremos los buenos efectos que la prótesis dental ejerce muchas veces sobre las *vegetaciones adenoideas*. Como prueba palmaria citaremos el caso de los doctores Bricard y Richard (*Aca. de Med. de París*, Ses. 1.º de Mayo de 1908). Se trataba de un niño atacado de vegetaciones adenoideas que un cirujano creyó necesario extirpar después que el paciente se arreglase la dentadura. Un aparato de prótesis bien construido condujo los dientes á una buena posición; las vegetaciones adenoideas desaparecieron y el mismo ciru-

jano que había propuesto la operación como necesaria, reconoció después que era inútil.» El caso es bastante demostrativo y considerando el sinnúmero de niños atacados de vegetaciones que retrasan su desarrollo; los riesgos próximos, aunque pequeños y remotos de la extirpación, pues parece que las amígdalas como glándulas de secreción interna, son útiles al organismo, y sobre todo, las muchas criaturas sometidas á la tortura de las vegetaciones por el miedo suyo y de los padres á una operación, es alentador pensar que el día que los exámenes de la boca por personas competentes hechos con frecuencia se hayan vulgarizado, infinidad de criaturas anormales cuando niñas y que llegan á mayores semi-sordas ó con inteligencia obtusa, se librarán de esas desdichas con una sencilla prótesis ortodóncica.

Hasta aquí hemos visto indudable la *influencia* de la boca y dientes sobre el organismo. Ahora vamos á ver cómo la boca descuidada es *causa directa* de enfermedades locales y generales.

La *estomatis ulcerosa*, dice B. Landete, tan frecuente en las fiebres eruptivas y otras infecciones se debe principalmente al desaseo de la boca y añade: «hasta tal punto creo en la eficacia de la profilaxis que no vacilo en asegurar *que el simple cepillado de los dientes preserva de esta enfermedad*». Si se tiene en cuenta los trastornos que ocasiona y que es frecuente origen del terrible *nomao* gangrena de la boca, enfermedad gravísima, muchos veces mortal y que produce cuando cura lesiones y deformidades, á veces irreparables, se comprenderá el interés de no echar esto en el olvido.

*Sinusitis*.—La relativa frecuencia de la sinusitis maxilar, que siempre tiene por origen una lesión bucal, las más veces dental, es cosa conocida. Enfermedad que ocasiona trastornos y molestias; que á veces da lugar á estados de suma gravedad, como el referido por Bernardo Restrepo de Colombia (La Odon. Colombina, 1910), debido á un caries del segundo bicúspide derecho; que para su tratamiento exige intervenciones quirúrgicas (operación de Capwell-Luc y otras), que muchas veces se hace de una rebeldía equivalente á la no curación, siendo siempre una amenaza de que pueda generalizarse la infección localizada y constituyendo por sí una perturbación permanente de la salud, bien merece la pena de que se la evite con el único remedio eficaz é infalible: el cuidado de la boca.

(Se continuará.)



# TUMOR DEL LÓBULO FRONTAL DERECHO

(ASIENTO PREFRONTAL)

## PRESENTACION DEL OPERADO Y DE LA PIEZA PATOLÓGICA

Caso comunicado á la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, en la sesión del día 24 de Noviembre de 1916, por el Sr. López Albo

El enfermo que hoy tengo el honor de presentar á la consideración de los señores académicos, ha sido operado con éxito por mi distinguido compañero el señor Zarza, cirujano del hospital, de un tumor de la mitad anterior del lóbulo frontal derecho. El caso le hemos estudiado en unión de mi querido compañero el doctor Díaz Emparanza, en su clínica del hospital, antes de proponerle para ser operado. Primeramente debo expresar mi agradecimiento á quienes me facilitaron, con su valiosa cooperación, todo lo necesario para un examen detallado del enfermo.

Empezaré por leer la historia clínica del paciente y la descripción del acto operatorio.

F. G., de 48 años de edad, casado, labrador. Había abusado del vino. Su mujer no contaba abortos entre sus antecedentes. Todos los hijos estaban sanos. El enfermo carecía de precedentes patológicos de valor. Negó sífilis.

Su padecimiento había empezado en el mes de Agosto de 1915 por debilidad en el miembro inferior izquierdo, que poco á poco se propagó á la extremidad superior del mismo lado. Desde el mes de Octubre del mismo año disminuyó lentamente su agudeza visual, apareciendo en Diciembre cefalea de localización frontal y vómitos de carácter encefálico, que cesaron por completo durante el mes de Febrero (entonces le exploramos un día en la clínica del doctor Díaz Emparanza, en el Hospital Civil de Bilbao, donde estaba hecho el diagnóstico de tumor cerebral, y apreciamos, además del dolor de cabeza que aquejaba, disminución de la agudeza visual y paresia pequeña de los miembros izquierdos) y reaparecieron en Marzo, en cuyo mes tuvo unos doce vómitos, que cesaron nuevamente en Abril. Uno de ellos fué negruzco. Desde hace cinco años, como consecuencia de un fuerte catarro, según opinión del enfermo, tiene á veces espectoración sanguinolenta.

*Exploración el día 15 de Mayo de 1916.* — Se presentó el enfermo en mi consulta privada. Hombre de estatura media, que representaba algunos años más de los que tenía. La cara era inexpressiva é indiacaba lentitud de las operaciones mentales, recordando bastante el rostro de máscara de los enfermos de parálisis agitante. La cabeza y el cuerpo tenían poca flexibilidad y daban la impresión del envaramiento de los parkinsonianos. Andaba con cierta rigidez, sin desenvoltura. En especial eran más dificultosos los giros del cuello y cuerpo hacia la izquierda. Todos esos especiales trastornos motores daban la impresión de que el enfermo andaba como en una pieza, y, de no haber estado en antecedentes, el aspecto exterior del paciente hubiera dirigido el primer juicio diagnóstico hacia la parálisis agitante.

Se quejaba de atontamiento, de dolor de cabeza difuso, pero más intenso en la región frontal, y de disminución de la vista y de la memoria; respondía perezosamente á las preguntas, dando contestaciones inadecuadas por falsa comprensión de lo que oía. Necesitaba hacer mucho esfuerzo mental para acordarse del comienzo y curso de su dolencia, de lo que no me hubiera enterado á no ser por la esposa, que le acompañaba. Ella me informó del cambio de carácter que había observado en su marido desde el mes de Agosto: se había vuelto apocado, retraído y no tenía deseos de hacer algo. El poder de combinación y la memoria estaban muy alterados. Toda su vida mental estaba deprimida, lo que se advertía en su mirada vaga, sin expresión. Hablaba con lentitud, pero sin disartria.

Los aparatos circulatorio y respiratorio no presentaban nada de particular. Aprecié 80 pulsaciones y 18 inspiraciones por minuto. No tenía infartos ganglionares. Ningún trastorno del desarrollo.

Las pupilas eran amplias—*algo más la derecha*—y reaccionaron con lentitud á la luz artificial y casi nada á la luz natural del mediodía, colocado á un metro de la ventana. El facial inferior izquierdo estaba paresiado, pero únicamente se advertía al abrir la boca: ésta se desviaba un poco hacia la derecha, y los dientes del lado derecho se hacían más visibles. La lengua adoptaba dentro de la boca la posición normal, pero al sacarla se desviaba un poco hacia la izquierda. La agudeza auditiva estaba muy disminuída en el lado izquierdo, para la conducción aérea. Los pares 1.º, 3.º (excepto la desigualdad pupilar y la pereza de las reacciones), 4.º, 5.º, 6.º, 9.º, 10.º y 11.º, así como el nervio acústico derecho, no presentaban alteración alguna. No se observó ningún

síntoma cerebeloso, ni trastornos sensitivos superficiales y profundos. Tampoco era apráxico.

Al andar arrastraba un poco el pie izquierdo, ó le elevaba menos que el derecho. Se apreció una hemiparesia izquierda de carácter central—sin participación visible del facial superior:—pequeña paresia facial izquierda, irreconocible en el reposo y aparente al abrir la boca; pequeña paresia del hipogloso izquierdo, pues al sacar la lengua se desviaba su punta un poco hacia la izquierda; disminución de la fuerza en las extremidades izquierdas, sobre todo en el pie y en la mano; reflejo rotuliano izquierdo algo más vivo que el derecho; reflejo del tendón de Aquiles derecho abolido, y normal el del otro lado; en las extremidades izquierdas se apreciaron algunos de los *pequeños signos de paresia*. La excitación de la planta del pie izquierdo en su borde externo daba lugar á una *extensión dorsal dudosa* del dedo grueso. En la mano derecha no había aestereognósia.

No aquejaba obnubilaciones, ni vértigos. No tenía nistagmus, ni diplopia. No se apreció hemianópsia. Reconocía bien los colores. La disminución de la agudeza visual era mayor en el ojo derecho.

*Diagnóstico:* La disminución de la agudeza visual, unida al dolor de cabeza y á los vómitos de carácter encefálico indicaban compresión intracraneana; la hemiparesia izquierda de curso lento, sin participación aparente del facial superior, el dolor más intenso en la región frontal, la pereza en las reacciones mentales y los síntomas de rigidez en la musculatura del cuello y tórax, sirvieron para localizar la causa compresora en el lóbulo frontal derecho. La ausencia de perturbaciones sensitivas excluía una localización en la parietal ascendente, y la falta de convulsiones hacía desechar que la frontal ascendente fuera irritada. Sólo la hemiparesia izquierda mostraba que las fibras motoras de proyección estaban comprimidas en el lóbulo frontal derecho. Hecho el diagnóstico de *tumor del lóbulo frontal derecho*, se aconsejó su ingreso en el Hospital, donde fué estudiado el caso antes de proponerle para la intervención.

El enfermo ingresó en la clínica del doctor Díaz Emparanza. Un examen del fondo del ojo, hecho por el especialista señor Abadía, dió el resultado siguiente: «neuritis óptica y atrofia papilar bilaterales».

En el mes de Junio fué trasladado á la clínica quirúrgica del señor Zarza.

*Exploración el 16 de Junio* (vispera de la operación): La hemi-

paresia izquierda se había acentuado, pues los movimientos del pie izquierdo—articulación tibio-tarsiana—estaban abolidos, y la contracción de los músculos flexores de la mano izquierda era muy débil. Se apreció también paresia del músculo-cutáneo izquierdo. El signo de Babinski era típico en el pie izquierdo. El enfermo estaba más atontado. Las pupilas eran casi iguales—aún se notaba algo de midriasis en la derecha—y reaccionaban con lentitud á la luz y á la acomodación. No había reflejo consensual y sí doloroso. A tres metros de distancia no distinguía los dedos que se le colocaban delante.

*La operación* fué ejecutada el día 17 de Junio por el señor Zarza. Bajo anestesia clorofórmica hizo una craneotomía sobre el surco de Rolando por el procedimiento corriente. Al levantar el colgajo ósteo-perióstico no se apreció latido meníngeo. Puncionó con una aguja fina sobre el tercio superior de la circunvolución frontal ascendente, obteniéndose líquido céfalo-raquídeo. Entonces se observó en el borde anterior de la ventana ósea una coloración gris-parduzca, fácilmente diferenciable del resto de la superficie de la dura-madre, que alcanzaba el tamaño de una pieza de peseta, ocultándose en parte por el hueso, situada próximamente en la parte posterior de la 2.<sup>a</sup> circunvolución frontal. Una nueva punción á ese nivel dió por resultado que la aguja chocase á escasa profundidad con un cuerpo duro, sensación claramente apreciable al tacto. Fué preciso ampliar hacia adelante la abertura ósea. Incindida después la dura-madre sobre la coloración anormal, apareció á la vista una masa consistente que se adhería por arriba á la meninge dura y que hundía con su cara inferior las circunvoluciones frontales horizontales, extendiéndose hacia adelante y abajo por la superficie del lóbulo frontal.

La enucleación manual fué algo dificultosa á causa del tamaño de la neoplasia, que casi alcanzaba el tamaño de un puño. La cara inferior no tenía adherencias con la corteza cerebral. En cambio, la cara superior era muy irregular, pues se había desgarrado de la dura-madre, de la que procedía el tumor. Este pesó 90 gr., y su consistencia era bastante dura. Por su procedencia meníngea se sospechó que fuera un sarcoma, tumor frecuente del lóbulo frontal.

El paciente soportó bien la operación hasta el acto de enuclear la neoplasia, en que decayó mucho el pulso. A las tres horas de operado todavía continuaba débil la energía cardíaca; estaba libre del influjo anestésico y conversamos brevemente con él.

Día 18.—La paresia del miembro superior se había convertido en parálisis acentuada, y aquejaba sensación de *extremidad ador-*

*mecida*. No se observaron trastornos objetivos de la sensibilidad.

Día 20.—Mejoría grande de la parálisis del pie; le movía con relativa facilidad. El miembro superior izquierdo continuaba más parésico que antes de la intervención, pero no tanto como en la exploración anterior. Aún se sentía atontado.

Día 29.—Andaba sin arrastrar el pie izquierdo. El miembro superior se encontraba próximamente como antes de la intervención. El reflejo rotuliano izquierdo era casi igual al derecho, y el signo de Babinski no se obtenía con constancia. La desviación de la lengua y la de la boca eran menores. La vista seguía igual. La inteligencia era un poco menos perezosa. La herida operatoria había cicatrizado por primera intención.

Día 2 de Julio.—Se le dió de alta condicional.

Día 31 de Julio.—La expresión de la cara y el aspecto del cuello y del tronco eran muy diferentes que antes de la intervención. Las facciones estaban más animadas, la reacción psíquica era más pronta, la inteligencia había mejorado y la memoria para los hechos recientes era más segura. Movía la cabeza con soltura y daba vueltas con rapidez. No andaba con la rigidez anterior á la operación. Los reflejos rotulianos y de los tendones de Aquiles estaban bien y eran iguales en ambos lados. La fuerza era casi la misma en los dos miembros inferiores, pero aún se conservaba algo disminuída en la mano izquierda. La paresia facial ya no se apreciaba, y la lengua se desviaba muy poco hacia la izquierda. Había mejorado muy poco de la visión. Los vómitos y la cefalea habían desaparecido. La excitación de la planta del pie izquierdo daba lugar á la flexión normal de los dedos.

Un examen cuidadoso de la sensibilidad dió el siguiente resultado: En la mitad externa del dorso de la mano izquierda se apreció una zona de hipoestesia —en la región del metacarpo,—lo mismo que en la cara dorsal del dedo pulgar. Se quejaba de ardore s en esta región hipoestésica, y de parestesias en la mitad externa del brazo y antebrazo.

El examen histológico, hecho en unión de mi querido amigo el doctor López-Pérez, en el Laboratorio del Hospital Civil de Bilbao, nos ha probado que se trataba de un sarcoma de procedencia meníngea, lo cual era de esperar en vista de la localización intrameníngea de la neoplasia.

Aquí les presento á ustedes la pieza patológica, ya bastante disminuída de volumen por su larga permanencia en el formol. —  
(Fig. 1.<sup>a</sup>)



FIGURA 1.ª

**TUMOR SUPRACORTICAL – INTRAMENINGEO – DE LA CONVEXIDAD DEL  
LÓBULO PREFRONTAL DERECHO**

OPERADO POR EL SR. ZARZA. EXTIRPACIÓN. CURACIÓN.

(Pieza conservada en el Museo Patológico del Hospital Civil de Bilbao).



Por la lectura que acabo de hacer nos hemos enterado de que el tumor ocupaba en el lóbulo frontal derecho la mitad anterior de su cara externa, es decir, su asiento era prefrontal, por delante del surco prerolándico. Esta localización aclara la falta de convulsiones, pues la circunvolución frontal ascendente no era irritada por la neoplasia. De otra parte, los síntomas motores cruzados de naturaleza parésica encuentran su explicación en el hecho de que el tumor comprimía indirectamente las fibras motoras de proyección á través de las partes posteriores de las circunvoluciones frontales horizontales. Se trataba, por consiguiente, de un tumor de la convexidad del lóbulo prefrontal derecho.

Sabido es que los tumores de la convexidad del lóbulo frontal son los más frecuentes y los de diagnóstico más fácil, pues las convulsiones representan uno de los síntomas característicos de localización. Pero cuando el tumor se desarrolla delante del surco precentral faltan en general esas manifestaciones. Sin embargo, excepcionalmente, un tumor del lóbulo prefrontal puede contar entre sus síntomas accesos convulsivos, como en el caso de Ménétrier y Mallet (25).

En una incompleta revista que he hecho en la literatura referente á los tumores de esta localización, he encontrado descritos casi todos los síntomas que presentaba este enfermo. En efecto, la rigidez especial de la musculatura de la cara, cuello y tórax, que se ha mencionado en la historia clínica, la cara inexpresiva, la dificultad para girar la cabeza y el cuerpo (Ziehen) (42) y los trastornos mentales han sido observados en casos análogos. La cara sin expresión y la dificultad en los movimientos de la cabeza y del cuerpo, los halló Ziehen en casos de tumor que, como el actual, ocupaban la base de la segunda circunvolución frontal. Es de notar que la mayor dificultad estaba en los giros del cuello y tórax hacia la izquierda.

El enfermo no tenía ningún trastorno en la motilidad de los globos oculares á pesar de interesar el tumor la parte posterior de la segunda circunvolución frontal, sitio donde la clínica y la experimentación han demostrado la existencia de un centro cortical para la desviación de la cabeza y de los ojos. Poggio (43) ha publicado un caso muy instructivo, en donde fueron encontrados dos cisticercos, uno sobre el pie de la segunda frontal y otro un cm. más atrás y un poco más arriba, en un joven que presentó accesos de epilepsia jaksoniana debutando por los tres últimos dedos de la mano izquierda ó por la desviación de los ojos y de la cabeza. Recordemos que Nohete (30) ha visto aparecer nigstamus en casos

de lesiones traumáticas que alcanzaban en el lado izquierdo el centro de los movimientos conjugados de la cabeza y de los ojos, que se halla en el lugar de unión del pie de la segunda circunvolución frontal con la frontal ascendente. Mills ha obtenido la desviación de la cabeza hacia el lado opuesto electrizando la parte posterior de la segunda circunvolución frontal.

En la historia clínica se ha hecho constar que la pupila derecha estaba algo midriásica, sobre todo en la primera exploración, lo cual parece confirmar las experiencias de Hitzig. Este autor admite la existencia en el lóbulo frontal de un centro para la midriasis, pues la obtuvo, en unión de los movimientos cefálicos, excitando en el perro la parte más posterior del girus fornicatus. Este síntoma puede hacer pensar en otra localización (peduncular, en los tubérculos cuadrigéminos anteriores, en la base del cerebro), y conducir á un diagnóstico erróneo. Se debe tener presente para casos ulteriores. De ser cierta la existencia de tal centro, la midriasis del enfermo puede explicarse por la irritación que sobre él ejercía el tumor.

La palabra lenta, que también tenía el enfermo, ha sido señalada en casos de esta localización. (Ziehen) (42). Acaso sea un trastorno análogo á los otros citados y dependa de la rigidez de los músculos que intervienen en la pronunciación; pero no debe desecharse la interpretación de que la pereza en las reacciones mentales sea la causa de la bradifasia.

Dichas las manifestaciones motoras que en unión de la hemiparesia se han observado en el enfermo, pasaré á ocuparme de las alteraciones mentales.

Desde antiguo se viene debatiendo la localización de las funciones mentales más elevadas. En realidad, lo natural es suponer que las diversas manifestaciones de la actividad mental del hombre son producto del cerebro entero, es decir, que pensamos con toda la corteza cerebral; pues aunque la clínica y la experimentación hayan fijado localizaciones en la capa gris, ellas son solamente el lugar recolector de impresiones y de conservación de imágenes, más no sitios elaboradores de procesos psíquicos y conscientes, que requieren para surgir el funcionamiento simultáneo de varias regiones corticales. Sin embargo, algunos conceden gran importancia á la parte anterior de los lóbulos frontales en la formación de los procesos mentales más elevados.

En apoyo de ello pueden citarse los hechos siguientes: la ablación de ambos lóbulos frontales vuelve á los perros disputadores, ariscos y de mal humor; los perros á quienes se ha extirpado los

lóbulos frontales dan la impresión de no ser muy inteligentes (Rotmann). Por otra parte, algunos tumores de estos lóbulos se acompañan de trastornos intelectuales y del carácter, á veces tanto ó más acentuados que aquéllos de las lesiones difusas de la corteza (10). Entre ellos se citan la euforia, jovialidad exuberante ó moria (*Witzelsucht*, de los alemanes)—Jastrowitz, Oppenheim,—(*tendenza a far dello spirito* de los italianos), los cambios de carácter, consistentes unas veces en tendencia á la ironía, locuidad y alegría infantiles, y otras en depresión psíquica, estados melancólicos é hipocondriacos.

La inhibición de las facultades mentales, la pereza mental ó lentitud en el curso asociativo de las ideas, el retardo de las reacciones psíquicas, la pérdida de memoria, el atontamiento, la abulia, etc., se han encontrado con bastante constancia en los tumores de la región prefrontal.

En los paralíticos generales tienen predominio y son más destructivas las lesiones en los lóbulos frontales, donde Hitzig colocó la reflexión, las ideas abstractas y los actos volitivos. Los tumores de los lóbulos prefrontales pueden destruir el cerebro de asociación anterior, que Flechsig (16) localiza en el lóbulo frontal, el cual es asiento de lesiones muy intensas en los paralíticos, enfermos que asimismo tienen con frecuencia un período de euforia y locuidad en los primeros tiempos de su afección, para continuar con síntomas de amnesia y terminar en la demencia (3). En un caso de Whitney se diagnosticó parálisis general, y la autopsia descubrió un gran endotelioma de la región frontal, que no había dado ningún sintoma físico (40).

Agostini ha referido dos casos de tumor con destrucción del lóbulo frontal de ambos lados, cuyos síntomas eran casi exclusivamente psíquicos.

También se han observado alteraciones mentales en casos de tumor de la órbita, que comprimía estos lóbulos (18), y en lesiones traumáticas de los lóbulos frontales (5).

Edes (13) ha recogido 44 casos de tumores en los lóbulos frontales, y los trastornos psíquicos (pérdida de la atención, del juicio, de la memoria y los cambios de carácter) sólo faltaron 3 veces en 17 casos de localización en el lóbulo derecho, 4 veces en 21 casos de localización en el lóbulo izquierdo, y nunca en 6 casos de localización bilateral.

Estos hechos de observación hay que tenerlos en cuenta para el diagnóstico, y no debemos olvidar, bajo el punto de vista médico-legal, la posibilidad de actos anormales exclusivamente conse-

cutivos á la destrucción del polo anterior del hemisferio y de las fi-bras de asociación intercallosas.

En uno de los casos de Agostine había tendencia marcada á la criminalidad.

Quando el tumor reside en el lóbulo frontal izquierdo, á los síntomas enumerados pueden agregarse otros peculiares de él. En primer lugar está la disartria y la afemia, que aparecen si la neoplasia comprime ó destruye el pie de la tercera circunvolución frontal, síntoma del lado derecho si el sujeto es zurdo. Aunque es muy dudosa la existencia de un centro para la escritura en el lóbulo frontal izquierdo, Ziehen ha observado disgrafia en un caso de tumor de la tercera circunvolución frontal izquierda (42), y Campbell (7) ha publicado un caso de tumor del pie de la segunda circunvolución frontal izquierda, con agrafia. Por fin, Pellacani (31), ha publicado un caso de glioma prefrontal izquierdo con afasia.

La ataxia y la disdiadococinesia no existían en el enfermo. La primera puede ser un síntoma del lóbulo frontal, donde Ziehen (42) la ha observado en casos de tumor. Para explicarnos estos trastornos hay que tomar en consideración los estudios histológicos de Monakow (29), quien distingue en el núcleo rojo dos grupos celulares independientes, de los que uno, situado hacia adelante y formado de elementos pequeños, entran en conexión con el lóbulo frontal (M. y Mme. Dejerine), donde pueden ser destruidas sus fibras de empalme. También se invoca la destrucción de las fibras de asociación intermotoras como causa condicionadora de la ataxia frontal.

La disdiadococinesia se ha observado también en casos de tumor de los lóbulos frontales, como en los de Jumentié y de Martel, pero tanto ésta y la ataxia se presentan en los tumores de la fosa posterior. Ambos síntomas estaban manifiestos unilateralmente en el enfermo de tumor de la región cerebelo-pedúnculo-pontina que presenté á esta Academia en la sesión del día 4 de Febrero del año actual. (*Fig. 2.<sup>a</sup>*)

Sin embargo, se encuentran en la literatura casos excepcionales en que un tumor del lóbulo frontal ha evolucionado con síntomas cerebelosos tan ostensibles, que el diagnóstico se hizo de localización posterior. En esos es muy probable que al comprimir el tumor hacia atrás el hemisferio contra la tienda del cerebelo sea el causante del síndrome cerebeloso. Fragnito (15) ha publicado un caso de esta naturaleza.

Finalmente, citaré un caso de tumor del lóbulo frontal, comuni-



FIGURA 2.<sup>a</sup>

**TUMOR DE LA REGIÓN CEREBELO-PEDÚNCULO-PONTINA  
OPERADO POR EL SEÑOR ZARZA. EXTIRPACIÓN. MUERTE.**

(Pieza conservada en el Museo Patológico del Hospital Civil de Bilbao).



cado por Roussy (36), que clínicamente evolucionó como una meningitis tuberculosa.

El edema papilar puede ser de algún valor para diagnosticar el lóbulo en que reside el tumor. La neuritis óptica suele empezar, especialmente en los tumores de la cara inferior, en el lado de la neoplasia y ser allí más intensa durante algún tiempo. En el enfermo estaba más disminuída á la derecha la agudeza visual; pero ignoramos dónde era más intensa la neuritis óptica. No obstante, la mayor atrofia debía corresponder á la papila del lado del tumor, donde el déficit visual era más acentuado. Pero ese dato puede servir para un error diagnóstico si se descuidan otros de valor más positivo. Así, por ejemplo, recordamos un caso reciente de Herter (20), que fué diagnosticado de tumor probable del lóbulo frontal izquierdo en vista de los síntomas siguientes: trastornos mentales, ataxia estática, *neuritis óptica izquierda y fenómenos de excitación motora en el lado izquierdo del cuerpo*. Habiendo sido positiva en la sangre la R. W., y en el líquido, se pensó en un goma. La craniectomía en el lado izquierdo fué seguida de muerte. En la autopsia se descubrió un *sarcoma del lóbulo frontal derecho* é hidrocéfalo interno en el lado izquierdo. En este caso el error diagnóstico se debió á haber concedido mayor importancia al edema unilateral que á los fenómenos irritativos de los miembros izquierdos. Sólo concederemos importancia á la neuritis óptica unilateral cuando no haya otro síntoma focal; las manifestaciones motoras, por pequeñas que sean, tienen más valor; así, pues, será prudente hacer la craniectomía en el lado de la neuritis óptica cuando no haya otro síntoma para fundamentar el diagnóstico local.

El caso presentado es doblemente instructivo, pues, además del brillante éxito operatorio, pone de manifiesto la posibilidad de diagnosticar un tumor que se desarrolle por delante del surco precentral, cuyas características son: *hemiparesia cruzada sin convulsiones, palabra lenta, inexpressión de la cara, rigidez especial del cuello y del tronco, principalmente en los movimientos hacia el lado opuesto, pequeña midriasis homolateral y trastornos mentales de tipo depresivo: abulia, lentitud de las reacciones psíquicas y amnesia*. En el lóbulo izquierdo pueden unirse á los citados síntomas: disartria, afemia, disgrafia y agrafia.

Actualmente, como podemos apreciar en el enfermo, su mirada es expresiva, la palabra es menos lenta, no se siente atontado, ni tiene aquella rigidez que le hacía andar como en una pieza. Los síntomas motores del miembro inferior izquierdo han ido retrogradando después de la extirpación del tumor, siendo digna de llamar

la atención la manera de comportarse el signo de Babinski, que, dudoso al principio, se hizo neto á medida de la compresión tumoral sobre las fibras de proyección, y que ha ido desapareciendo conforme se restablecía la conducción motora, libres ya las fibras de la presión neoplásica.

Únicamente, lo que era de esperar á causa de la atrofia, continúa siendo casi el mismo el déficit visual, pues sólo ha notado una mejoría insignificante, que permanece estacionaria.

Todavía en la última exploración que le he hecho hace una hora, se ha apreciado una pequeña hipoestesia en el borde externo de la mano izquierda. Dejerine y Thomas han observado varios casos de distribución radicular de los trastornos sensitivos en lesiones corticales. Lortat (-J.) y Sezary (24) han comunicado también casos análogos. Se caracterizan por bandas de anestesia que interesan todas ó casi todas las sensibilidades. Suelen acompañar á las parálisis, pues dependen de alteraciones en la circunvolución parietal ascendente. Después de la operación se manifestaron por una banda de hipoestesia en la parte inferior de la distribución de las raíces 7.<sup>a</sup> y 8.<sup>a</sup> Tanto la hipoestasia como la parálisis postoperatorias fueron debidas á la compresión ejercida sobre las circunvoluciones centrales durante las maniobras necesarias para extraer la neoplasia.

La observación de alteraciones de la sensibilidad táctil que adoptan una distribución radicular á pesar de su indudable asiento cortical, induce á pensar que del mismo modo que hay centros motores para una función muscular determinada y no para un músculo, existen también centros sensitivos correspondientes á una raíz y no á un nervio.

En el enfermo pudo desecharse con seguridad una localización parietal por la ausencia de trastornos sensitivos y apráxicos. La integridad del olfato eliminaba una localización en la cara inferior del lóbulo frontal. Sin embargo, también un tumor prefrontal puede indirectamente, por compresión, interesar las vías olfatorias periféricas. Los tumores de la cara interna del lóbulo frontal suelen dar síntomas motores bilaterales por compresión de ambos lóbulos paracentrales. La ausencia de un síndrome alterno excluía toda localización peduncular, protuberancial y bulbar. La hemiparesia izquierda era el signo más positivo, pues indicaba que el haz motor era comprimido en el lóbulo frontal derecho. Se excluyó tumor del cuerpo calloso por faltar apraxia y parálisis bilaterales.

El diagnóstico de tumor prefrontal hubiera evitado una craniectomía algo posterior, que tuvo que ampliarse hacia adelante, lo

cual no es nunca de despreciar en un caso de craneotomía, donde el tiempo es un factor de mucha importancia para el feliz éxito operatorio.

Por último citaré los aneurismas de las arterias cerebral anterior y cerebral media como causas de síndrome de compresión intracraneana y de trastornos en el departamento anterior del cráneo. Además del soplo intracraneano que pudiera apreciarse, se exteriorizan por síntomas especiales. El aneurisma de la cerebral anterior da lugar á alteraciones homolaterales del óptico y del olfatorio. El aneurisma de la silviana origina Beniplejia cruzada y trastornos homolaterales del olfatorio y del motor ocular común, lo cual fácilmente se explica por la anatomía topográfica. Pero los aneurismas intracraneanos son poco frecuentes.

W. L. ALBO.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 *Agostini*: Acerca de dos casos de tumor que interesaba los lóbulos frontales. Observaciones clínicas, anatomo-patológicas y médico-legales. Annali del Manicomio provinciale di Perugia, fs. 1-3, ps. 3-52, 1913.
- 2 *Anglin*: Tumor del lóbulo frontal derecho. New-York Neurol. Soc. The Journ. of N. a. M. D., p. 559, 1913.
- 3 *Albo (W. L.)*: El síndrome paralítico ante los tribunales. Tesis Doctoral, 1914.
- 4 *Bechterew (W.)*: Bewusstsein und Hirnlokalisation. Itsch. v. Weinberg, 1898.
- 5 *Borsary*: Lesiones psíquicas en un caso de traumatismo de los lóbulos frontales. Il Policlinico, sez. prat. p. 1281, 1914.
- 6 *Civaliere (A.) y Roasenda (G.)*: Acerca de dos casos de tumores cerebrales. Soc. piemont. deg. amici della neurol. en Torino, 1913.
- 7 *Campbell (C.-M.)*: Agrafia en un caso de tumor frontal. R. of N. a. P., n. 6, p. 287, 1911.
- 8 *Campbell (D.)*: Störungen der Markfähigkeit und fehlendes krankheitsgefühl bei einem Fall von Stirnhirntumor. M. f. P. u. N., v. 26 (fc. suplementario), 1909.
- 9 *Ciuffini (P.)*: Contribución al estudio de los tumores del lóbulo frontal izquierdo. Riv. sper. di Freniatria, v. 39, f. 4. ps. 776-791, 1913.
- 10 *Cornu*: Tumeur cérébrale à forme psychoparalitique; destruction du noyau caudé; atrophies croisées du cervelet par rapport au noyau caudé, du bulbe et de la moelle par rapport au cervelet. Nouv. Cong. d. l. Salp., n. 2, 1904.
- 11 *Costantine*: Tumor de la cara interna de los lóbulos frontales y

de la parte inferior del cuerpo calloso. R. d. P. N. e. M., ps. 748-762, 1913

12 *Donath*: Gliom des linken Stirnlappens. Operation. Besserung. Gleichzeitigigen Beitrag z. Bedeut. d. Stirnhirn. Z. f. d. ges. N. u. P., n. 2, 1912.

13 *Edes (R.-T.)*: Tres casos de tumor de los lóbulos frontales con consideraciones sobre la función de estos lóbulos, especialmente bajo el punto de vista clínico. The Journ of N. a. M. D., n. 6, ps. 389-396, 1912.

14 *Ferrari (M.)*: Contributo clinico ed anatomo-pathologico allo studio della regione medicale dei lobi prefrontali. Ati del Cuarto Congreso della Soc. ital. d. N. 1913.

15 *Fragrino (O.)*: Tumor del lóbulo frontal derecho. Evolución bajo la forma de síndrome cerebeloso. Il Polialti, sez med., n. 6, ps. 245-263, 1914.

16 *Flehsig*: Gehirn und Seele, 1894.

17 *Froment, Pillon et Dupasquier*: Aphasie et gliomes cérébraux. Soc. méd. d. Hop. d. Lyon. Lyon médical, p. 848, 1913.

18 *uGrieri (R.)*: Sobre el estado mental de una mujer afecta de un tumor de la órbita que comprimía los lóbulos frontales. Boll. delle Sc. Med. f. I, ps. 35-58, 1911.

19 *Heifer*: Troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales. Archiv. f. P., f. 2, p. 558, 1910.

20 *Herter*: Symptomatologie der Stirnhirntumoren. Archv. f. P., n. 56 c. I. 1916.

21 *Kemedy (F.)*: Retrobulbar neuritis as a exact diagnostic sign of certain tumors and abscesses in the frontal lobes Amer. Journ. of the med. Sci., p. 355, 1911.

22 *Lavaissière de Verduzan*: Contribution á l' étude des tumeurs cérébrales chez les aliénés. These de Bordeaux, n. 97, 1904-1905.

23 *Lavastine*: Tumeur sous-corticale des lobes préfrontaux et du lobule pariétale inferieur droit. R. N., p. 573, 1913.

24 *Lortat (J.) et Sézary*: Topographie radriculaire des troubles sensitifs dans les lésions limitées de l' écorce cérébrale. Soc. d. N. d. P., n. 2, ps. 318-319, 1916.

25 *Ménétrier (P.) et Mallet (R.)*: Epilepsie jacksonienne. Gliome de la 1<sup>a</sup> circonvolution frontale droit Bull. et Mém. d. I Soc. d. Hop. d. P., n. 24. p. 17, 1909.

26 *Meyer (E.)*: Tumor cerebri. (De las frontales 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup>). D. m. W., n. 27, 1913.

27 *Newmark (L.)*: Cuatro casos de extirpación de tumor prefrontal del cerebro. Calif. State Journ. of Med., nov. 1913.

28 *Noyes (W.-B.)*: Tumor del lóbulo frontal derecho. New-York Neurol. Soc. The Journ. of N. a. M. D., p. 559, 1912

29 *Monakow*: Der rote Kern der Säugetiere und des Menschen Versammlung der Schweizerischen neurol. Gessllschaft, abr. 1910.

30 *Nohete*: Ueber Nystagmus bei Verletzungen des Fusses der zwei Stirnhirnwundung. D. m. W., n. 41, 1915.

31 *Pellacani (G.)*: Glioma prefrontal izquierdo con afasia, Riv. d. P. N. e. M. v. 18, f. 8. ps. 512-524, 1913.

32 *Poggio (E.)*: Sobre el centro cortical de la desviación de la cabeza y de los ojos. Riv. di P. N. e. M., v. 14, f. 5, ps. 216-224, 1909

33 *Poggio (E.)*: Hemiplegia izquierda de origen central con parálisis periférica homolateral de la lengua por tumor cerebral á doble localización. Riv. d. P. N. e. M.

34 *Pusset (L.-M.)*: Eucleación fisiológica de los tumores cerebrales. Expulsión espontánea de los tumores cerebrales por el mismo cerebro. Riv. di. P. N. e. M., ps. 96-105, 1914.

35 *Raggi (U.)*: Afemia da tumore dell' emisfero destro in destri-man. Riv. Ital. d. N. P. ed E., n. 8, p. 172, 1915.

36 *Roussy*: Un cas de tumeur du lobe frontal pris cliniquement pour une méningite tuberculose. Réun. méd.-chir. d. l. 10 Armée, 1915. R. N., ns. 4-5, 1916.

37 *Schuster (P.)*: Ueber psychische Störungen bei Hirntumoren, 1902.

38 *Simonelli (G.)*: Trastornos psíquicos en los tumores cerebrales. Riv. di P. N. e. M., p. 672, 1912.

39 *Sorrentino*: Contribución á la cirugía de los lóbulos frontales. Riv. med., 6 oct. 1916.

40 *Whithey (R. J.)*: Relación de un caso de gran epiteloma de le región frontal del cerebro. Vorc. Stat. Hosp. Paper, ps. 133-134, 1914.

41 *Zanelli (C. F.)*: Tumeur sous-corticale des lobes préfrontaux et du lobe pariétal inférieur droit. R. N., n. 21, p. 573, 1913.

42 *Ziehen (Th.)*: Tratado de medicina y terapéutica de Ebstein y Schwalbe. t. 3, p. 300. (Edición española).

---

---

## El Caso del Doctor Mulero Grijalbo

---

Reunida la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, en Junta General extraordinaria el día 30 del pasado mes de Diciembre último, para examinar el caso del doctor Mulero que, como es sabido, se halla padeciendo una Poliomiélitis anterior, adquirida por contagio en el ejercicio de su profesión y de la que le queda como secuela una paraplegia flácida completa que le impide en absoluto el desempeño de su cargo y por consiguiente, el poder ganar el sustento suyo y el de su familia, acordó dirigirse por oficio al señor Presidente del Colegio Médico de Madrid, para que éste á su

vez, solicitara del Estado, una subvención ó un auxilio ó algo, en fin, que permitiera al señor Mulero poder vivir, y al mismo tiempo también se acordó solicitar de la «Fundación Santa Cándida» un auxilio en el mismo sentido.

Hecho así, por el Secretario General que suscribe, enviando un oficio al señor Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, y escribiendo al señor Director de «Los Progresos de la Clínica» para que por su mediación pudiera obtenerse algo de la referida «Fundación», he aquí la contestación que esta entidad benéfica nos ha enviado, y que fué leída por el Secretario General en la Junta General que se celebró el día 18 de este mes de Enero:

«Madrid 11 de Enero de 1917 —Señores don Joaquín Echave-Sustaeta y don Carlos Mendaza, Presidente y Secretario respectivamente de la Academia de ciencias Médicas de Bilbao... Muy distinguidos señores nuestros: Hemos recibido su muy grata en la que nos hablan del caso del doctor Mulero y recomiendan á dicho señor á la «Fundación Santa Cándida».

»La Fundación Santa Cándida» está una vez más de enhorabuena. A la vez que cumplirá con mucho gusto uno de los fines que se ha propuesto acudiendo en auxilio del señor Melero, como procede en justicia, se le presenta ocasión de complacer á ustedes y á la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, á las que tantas atenciones debemos y debe la Fundación.

»No duden ustedes que ésta acudirá en auxilio del señor Mulero y aliviará la penosa situación por que atraviesan él y su familia, sin que esto sea obstáculo para que sigan ustedes gestionando el debido auxilio del Estado, pues así tendrá dos ingresos y estará mejor.

»Para formalidad del expediente de la Fundación hace falta que dicho señor envíe una solicitud al señor Delegado de la misma pidiendo que le auxilie y un certificado de un compañero en que se haga constar la enfermedad que padece.

»Conviene que en la solicitud diga el numero de hijos que tiene, porque la pensión aumentará con arreglo al número de hijos.

»Ya ven ustedes que no sólo no nos molestan ni molestan á la Fundación con su carta, sino que constituye para ella y para nosotros un verdadero placer poder ayudar á ustedes en esta verdadera obra de caridad cristiana, única misión de la «Fundación Santa Cándida».

»Mucho les agradeceremos que así lo hagan constar ante todos

los socios de esa Academia, á los que tan agradecidos estamos y está la Fundación.

•Aprovecha esta ocasión para repetirse de Vds. afmo.

*Joaquín Núñez.»*

Leída como ya se ha dicho esta carta, y escuchada por la Academia con mucha atención su lectura, tomó ésta el acuerdo de oficiar á la Fundación dándola las gracias más expresivas por sus atenciones y por el beneficio que su apoyo aporta al compañero desvalido sin el cual, difícil le sería hacer frente á sus necesidades, y á cuya situación le ha conducido su amor al prójimo y su innegable celo profesional, que le hizo adquirir por contagio una enfermedad tan terrible como la que padece, y que le inhabilita por completo.

Cumplidas estas decisiones de nuestra Academia, recibimos una carta del propio señor Mulero, en la que nos comunica que el señor Tapia, Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, había presentado el expediente que incoó la Academia de Bilbao, en averiguación de la enfermedad del doctor Mulero, en el Ministerio de la Gobernación y que el asunto lo había recomendado con toda urgencia al señor Ministro y al Director General de Sanidad de dicho Ministerio.

De manera que, como ya puede verse por todo lo que antecede, la Academia ha procurado poner cuanto ha podido en este asunto, y gracias á ella y á su verdadera gestión oficial (digámoslo así), el señor Melero puede conseguir algo, no todo lo que merece en justicia, pero algo en fin, que le haga hacer más llevadera su aflictiva situación.

La Academia agradece á todos sus gestiones y su apoyo, y se complace en felicitar á nuestro compañero, y desearle toda suerte de prosperidades que sean compatibles con su estado, al mismo tiempo que le asegura que siempre le tendrá á su entera disposición.

*Carlos Mendaza.*

## REVISTA DE REVISTAS

**A propósito de las trepanaciones.**—(A propos des trépanations.) M. de Martel. Société des Chirugiens de Paris, 3 de julio de 1914. R. N., ns. 8-9, 1916.

El autor ha practicado un gran número de trepanaciones con anestesia local. Las ventajas son principalmente evidentes en las

operaciones sobre el cerebelo, donde se obtienen brillantes resultados empleando la novocaina-adrenalina. Para abrir la fosa cerebelosa, el autor coloca al paciente á caballo sobre una silla, con los brazos cruzados sobre el respaldo y la cabeza apoyada sobre los brazos. De este modo ha extirpado un tumor de la región cerebelo-pedúnculo-pontina. Durante la extracción del tumor, el enfermo no cesó de hablar, lo cual nos informa mejor del estado del paciente que la tensión arterial cuando se emplea la anestesia general.

El procedimiento tiene además las ventajas siguientes: la posición vertical disminuye mucho la hemorragia y la hernia del cerebelo; la anestesia local no es seguida de vómitos. El vómito, por el éxtasis venoso y la turgescencia que provoca en el cerebro, es muy peligroso para los casos de hipertensión descomprimidos.

---

**Reflejo óculo-cardíaco y enfermedades de Parkinson.**—(Réflexe óculo-cardiaque et maladie de Parkinson) Lesieur, Vernet, y Petzetakis. *Bulletins et Mémoires de la Société méd. des Hop. de Paris*, 27 marzo 1914, p. 599.

Los autores han comprobado quince veces la abolición completa y notablemente constante del reflejo O. C. en 16 enfermos de parálisis agitante.

Por esta razón se creen autorizados á admitir como probable una alteración del centro de dicho reflejo, y, en efecto, el ritmo cardíaco de estos enfermos no permite pensar en una modificación de la excitabilidad de los nervios vago ó simpático, y tampoco la ausencia de trastornos de la sensibilidad profunda podría hacer pensar en una alteración del nervio trigémino.

El único caso que hace excepción parece confirmar esta hipótesis. Se trata de un parkinsoniano de 40 años con temblor unilateral á la derecha. El reflejo O. C. era muy débil, casi abolido. A la izquierda, el reflejo O. C. era un poco exajerado en la época en que el temblor, al principio unilateral, comenzó á hacerse bilateral. Esta particularidad puede hacer suponer que el reflejo O. C., por su exageración, significa que al principio hay una fase de irritación que procede á la fase de lesión confirmada, traduciéndose ésta por la abolición del reflejo.

Al apoyo de una lesión posible del centro O. C., los autores invocan los datos anatomo-patológicos conocidos, sobre todo las alteraciones localizadas que permiten una localización electiva bulbo-protuberancial, en especial en el puente. Este diagnóstico ana-

tómico sería confirmado por la abolición del reflejo O. C. Por lo demás, los síntomas de la enfermedad de Parkinson, que realizan un síndrome cerebeloso, parecen ser debidos á una lesión ponto-cerebelosa en la región del núcleo del trigémino.

DR. W. L. ALBO.

---

---

## Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Curso de 1916 á 1917

### PREMIO DEL DR. CAMIRUAGA

Encargada esta Academia de conceder un premio, del legado que con el mismo objeto otorgó el académico difunto, don Angel de Camiruaga, á la mejor Memoria, sobre un punto científico designado de antemano, queda abierto desde esta fecha un Concurso acerca del tema:

#### «LA LECHE DE VACA»

**Instrucciones prácticas sobre el producto, así como de las manipulaciones y cuidados de que debe ser objeto desde el ordeño hasta su entrega al consumidor.**

SOBRE LAS SIGUIENTES BASES

1.<sup>a</sup> Se concederán dos premios: 1.<sup>o</sup> consistente en la cantidad de 250 pesetas y título de socio corresponsal (si el autor no reside en Bilbao) al autor de la mejor Memoria que, á juicio de un jurado nombrado al efecto, lo merezca, y que versará sobre el tema ya anunciado, y el 2.<sup>o</sup> otro que consistirá en un accésit y diploma de carácter honorífico á la Memoria que siga en mérito á la anterior. La Academia se reserva el derecho de conceder el premio, si la Memoria carece de suficiente mérito á su juicio.

2.<sup>a</sup> Los trabajos no deberán exceder de diez y seis cuartillas escritas á máquina por una cara. Será preferido el trabajo que tenga mayor aplicación á la Villa de Bilbao.

3.<sup>a</sup> Las Memorias ó trabajos recompensados con el premio, pasarán á ser propiedad de la Academia, que los podrá imprimir en tirada aparte sin otra obligación que la de poner á la disposición de sus autores, 15 ejemplares para el primero y 5 para el accésit. Pero si por la situación económica de la Academia, no pudieran hacer edición especial de los trabajos premiados, se limitará á pu-

blicarlos sucesivamente en el periódico *Gaceta Médica del Norte* en lugar preferente, entregando á cada uno de los autores, el número de ejemplares antes indicado.

4.<sup>a</sup> Los trabajos no premiados serán sellados hoja por hoja, quedarán de propiedad de sus autores y si no se recogen en un plazo de treinta días serán quemados con el sobre que contenga el nombre del autor.

5.<sup>a</sup> Una vez publicados los trabajos premiados quedarán propiedad de sus autores.

6.<sup>a</sup> Podrán optar al premio todos los Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios y Profesores dentistas de España, que se hallen en posesión del Título correspondiente. Quedan exceptuados los individuos que formen parte del Jurado calificador.

7.<sup>a</sup> El dictamen del Jurado calificador es inapelable.

8.<sup>a</sup> La cantidad consignada como premio se pagará á los 30 días de haberse dictaminado el fallo, sin que se requiera otro justificante que un certificado del Título, acompañado de un sobre con el lema, conteniendo en su interior el nombre y apellido de su autor.

9.<sup>a</sup> El plazo de admisión de trabajos termina el 1.º de Agosto de 1917.

10.<sup>a</sup> El premio y el accésit se adjudicarán en la primera sesión académica ordinaria del próximo curso.

11.<sup>a</sup> Los trabajos deben presentarse en papel blanco, tamaño 8.º forma apaisada, escrito en castellano, á máquina ó si son manuscritos, con letra clara, y sin que contenga más signos ó notas que las relacionadas con el tema. Los que traigan alguna indicación por la que pueda descubrirse el nombre de su autor, serán rechazados.

12.<sup>a</sup> Los trabajos deberán ser encabezados con un lema elegido por el autor, incluídos sin firma en sobre blanco, de tamaño corriente, en que se consigne el mismo lema y acompañados de otro sobre opaco y cerrado, conteniendo en su interior el nombre y apellido del autor, su residencia y el lema.

13.<sup>a</sup> Dichos trabajos serán dirigidos al Secretario general de la Academia, D. Carlos Mendaza, á su domicilio, Correo, 0, 3.º, Bilbao, ó á la Academia, en sobre, con franqueo, certificado los de provincias, por correo interior y certificado, los de la localidad.

Bilbao 1.º de Enero de 1917.

El Secretario General,

*Carlos Mendaza.*