

TRABAJOS ORIGINALES

## Un caso de acrocefalosindactilia

POR ESTEBAN CLEMENTE ROMEO  
= MÉDICO DEL HOSPITAL CIVIL =

La acrocefalosindactilia es un tipo teratológico en el cual se reúnen dos órdenes de anomalías: la fusión de los dedos de las cuatro extremidades y el alargamiento del diámetro vertical del cráneo con relación al antero-posterior y lateral.

Apert fué el que dió este nombre, haciendo resaltar el hecho de ser compatible con la vida este trastorno de la evolución orgánica.

Para dar nombre á la desviación morfológica que nos ocupa fijose Apert en los dos caracteres más visibles, sin que por eso excluya la presencia de los demás que existen, trastornos morfológicos tan profundos como los primeros que hacen de un acrocefalosindactílico un ser anormal tanto en la esfera de lo somático como en la de lo espiritual. Así lo demuestra el siguiente caso observado hace pocos días procedente de mi consultorio de enfermedades de los niños del Hospital civil, del que haré una breve reseña.

Rafaela N., natural de Bilbao, de 13 años de edad.

Sin antecedentes teratológicos en sus antepasados ni colaterales. El padre murió tuberculoso. Madre sana, sin taras patológicas ni deformidades, tuvo siete hijos, siendo los partos normales, sin abortos, criando á sus hijos bien. Rafaela nació la quinta y tomó el pecho 18 meses. Durante el embarazo la madre convivió con una

mujer que padecía transtornos mentales, la cual la amenazaba á diario con lo que tenía (palos, cuchillos), llevando una vida de constante inquietud, lo que la hacía pensar en todo momento, sobre la suerte del que iba á nacer. A los nueve meses dió á luz, siendo el parto dolorosísimo aunque breve. Se presentó la dentición á su tiempo y sin transtornos generales. Anduvo al año y medio de na-



Fig. 1.—Acrocefalia. Sindactilia de las cuatro extremidades.

cer. Y sólo, en su primera infancia, ha padecido sarampión.

El aspecto general de la niña es el de una atrasada mental. Estigmas raquíuticos. Adenitis cervical. Su estatura y volumen se aproximan á lo normal, dentro de la edad. Véase la expresión del



Fig. 2. Acrocefalia.

rostro en las adjuntas fotografías (figuras 1 y 2). El cráneo es alto, estrecho por su parte posterior y lateral; la frente aplanada, vertical, elevada, marcándose ligeramente las eminencias frontales, le occipucio es plano, los parietales cortos. Los ojos grandes, procidentes; pupilas dilatadas, iris pardo sin granulaciones pigmentarias ni deformidades; pómulos anchos y hundidos, nariz corta y gruesa; boca grande, horizontal; mentón abultado.

Las clavículas no hacen relieve, así como tampoco el esternón, los cuales se encuentran hundidos. Tórax aplanado con un surco vertical medio. Los senos en naciente desarrollo. La espalda plana, sin relieves ni alteración simétrica de forma. Vientre abultado.

Cruzados los antebrazos por delante del tronco, los brazos en dirección vertical sobre los costados, obsérvase en ambos omoplatos una procidencia grande del ángulo superior y borde interno. Hace bien y con toda amplitud los movimientos del hombro, codo y muñeca, así como los de pronación y supinación. Los caracteres de la sindactilia de ambas manos están bien expresados en las adjuntas fotografías: obsérvase como un muñón en el que bajo la piel forman relieve las articulaciones metacarpo-falángicas, y en la extremidad las de las falanges con las falanginas, presentando en la región palmar un hueco, verdadera taza de Diógenes. Las uñas son planas, delgadas, con estrías longitudinales; las de los dedos índice, medio y anular están soldadas y forman una abrazadera en la extremidad correspondiente; las de los dedos extremos son libres.

En la radiografía (figura 3) obsérvase la disposición de los metacarpianos y huesos de los dedos en forma de farol veneciano, ó como los alambres de un batidor de huevos, estando soldadas entre sí las falangetas y parte de las falanginas.

Las extremidades inferiores no presentan anomalías de forma ni de movimiento hasta llegar á los pies, ambos en posición talus-valgus, más marcada en el izquierdo; presentan sindactilia completa; bóveda plantar ósea aplanada; el dorso de los pies presenta una forma irregular con eminencias en el sitio correspondiente á las articulaciones; las uñas están unidas por sus bordes laterales formando á modo de un festón sobre la extremidad libre; tienen los caracteres asignados á las de las extremidades superiores. La radiografía (figura 4) nos presenta la disposición de los huesos.

*Aparato digestivo.*—Bóveda palatina escavada en su centro; úvula bipartida formando dos prolongaciones verticales, aisladas, cilíndricas y largas; istmo de las fauces estrecho, lengua ancha y corta sin surcos ni granulaciones.

Los dientes presentan curiosas anomalías en su número y disposición.



Fig. 4.— Disposición ósea de la sindactilia de los pies.  
(Obtenida en el departamento de rayos X del Hospital civil.—Dr. Azaola\*)



**Fig. 3.- Disposición ósea de las sindactilias de las manos.**  
(Obtenida en el departamento de rayos X del Hospital Civil.—Dr. Azaola).



El arco dentario superior en su lado derecho presenta dos incisivos, raíz de premolar único, primer molar, raíz del segundo molar y tercer molar, en una línea posterior y entre el segundo incisivo y el premolar se implanta el canino; en el lado izquierdo se encuentra en la línea alveolar normal el primer incisivo, á continuación un premolar único y luego los tres molares, delante de los dos primeros se fija el canino y detrás el segundo incisivo.

En el arco dentario inferior, lado derecho, se ven en la línea los dos incisivos, un premolar y tres molares, de los cuales el segundo sólo conserva la raíz; el canino emerge en la línea externa entre el segundo incisivo y el premolar. En el lado izquierdo todos se implantan en la misma hilera alveolar en este orden: dos incisivos, un canino, un premolar y tres molares, conservándose al segundo la raíz.

Es patente la asimetría de los dientes y la necrosis de la corona hasta el cuello de los penúltimos molares inferiores y del premolar y segundo molar del lado derecho superior.

Es curiosa también la falta total y simétrica de cuatro molares.

He aquí la fórmula dentaria de cada hemi-arco:

$$\begin{array}{l} \text{Normal} \\ \text{Anormal} \end{array} \begin{array}{l} \text{incisivos} \\ \text{incisivos} \end{array} \frac{2}{2} \begin{array}{l} \text{caninos} \\ \text{caninos} \end{array} \frac{1}{1} \begin{array}{l} \text{premolares} \\ \text{premolares} \end{array} \frac{2}{1} \begin{array}{l} \text{molares} \\ \text{molares} \end{array} \frac{3}{3} = \frac{8}{7}$$

Respecto á lo funcional obsérvase únicamente polifagia cuyo carácter entra de lleno en la bulimia.

*Aparato circulatorio.*—Bradycardia (55 á 60 pulsaciones por minuto) sin otros signos visibles de alteraciones orgánicas ni funcionales.

*Aparato respiratorio y fronador.*—Desviación del tabique nasal en forma de zig-zag. La voz es gangosa, de timbre nasal, forma de rinolalia abierta.

*Aparato genito-urinario.*—Tampoco presenta anomalías visibles. No hay período menstrual.

*Sistema nervioso.*—Después de varias entrevistas con la enferma hemos sacado la consecuencia de que padece debilidad mental en segundo grado. Actitudes pasivas; rostro inexpresivo; cuando se la habla fija su mirada dando la sensación de «ojos que

no ven», que demuestra una falsa atención, teniendo que impresionar vivamente á la enferma para que comprenda lo que se la dice, repitiendo la misma pregunta en la misma forma y con las mismas palabras, de otro modo la percepción es nula; reacción de indiferencia á la expresión y contrarios afectos; la ideación y el razonamiento casi apagados; memoria disminuída, más la auditiva ó de ideas que la visual ó de objetos; curiosidad infantil en su iniciación; cuenta *por los dedos*; respecto á sus hábitos, orden de vida, comportamiento ante la sociedad y la familia recuerda en todo al tipo hurdano que tuvo ocasión de estudiar en mis estancias por Salamanca y Cáceres, siendo su característica la bondad y la timidez.

Deletrea y escribe algunas letras; no hemos podido saber el tiempo invertido en su enseñanza.

Duerme bien; siendo el sueño rápido en iniciarse, profundo, tranquilo y largo.

Como únicos transtornos funcionales del sistema motor que se aprecian citaremos la atenuación de los reflejos tendinosos.

*Organos de los sentidos.*—Hecho el examen de fondo de ojo por mi querido comprofesor el Dr. Abadía observa en el ojo izquierdo una anomalía de la arteria central de la retina, la cual emerge hacia el lado externo en forma de pincel, papilas pálidas, más blancas que de ordinario; en el ojo derecho se presenta la división de los ramos superior é inferior de la arteria central de la retina con una desviación al lado exterior; papilas pálidas. En ambos ojos los vasos se presentan ingurgitados y tortuosos y en número mayor que lo normal.

En los demás órganos de los sentidos nada intensamente anormal se aprecia.

## COMENTARIO

Todo tiene interés en medicina, pero es innegable que al campo teratológico sólo se le ha concedido una importancia relativa, por no decir mínima, citándose casos y apuntándose historias, mas con carácter de iconográfico, por lo monstruosos, que por índole puramente científica, en toda la extensión que la medicina abarca.

Para hacer resaltar del caso apuntado la importancia médica y social que tiene sobre la que representa una escueta nota iconográfica, voy á trazar unas líneas.

El hecho de ser una anomalía orgánica compatible con la vida, nos obliga á conservar ésta, acrecentarla y á hacerla más viable; y como el ser ha de vivir en sociedad hay que no abandonarle y contrarrestar la acción de la naturaleza en lo mental con todo el trabajo de una reivindicación psíquica como corresponde á un atrasado ó deficiente mental. Esto indica un potencial de labor á repartir entre médicos y pedagogos.

Es interesante considerado en el terreno teratológico por el problema embriogénico que enuncia; ya el Dr. Arquellada en su trabajo «Estudio de la sindactilia congénita con motivo de tres casos clínicos» (1) que expuso en la Sociedad Genecológica Española en sesión celebrada el 10 de Noviembre de 1907, habla de la génesis de esta anomalía, refiriéndose á la sindactilia congénita de las manos.

El Dr. A. Marie (2) en su «Ensayo de Antropología psiquiátrica», sobrepasa el campo de la morfología y apunta, cómo los trastornos bioquímicos se reflejan en lo somático y en lo espiritual.

En los trabajos de los autores españoles, sobre sindactilia congénita, se ve que éstos se refieren á la de las manos, y su objeto se estriba en el aspecto quirúrgico.

Antes de que Apet, observara en 1896, en el Hospital de niños, de París, al servicio del profesor Grancher una niña de 15 meses, Troquar (3) cita una observación idéntica de un recién nacido, Béno (4) otra en una niña de 18 meses, Galippe (5) en un adulto, Wheaton (6) en dos recién nacidos. Posteriormente citan casos de ésta índole Maygrier, Camus y otros.

(1) Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. —Número 1.101—7 Diciembre, 1909.

(2) Traité international de Psychologie Pathologique. — París, 1910, cap. 3.º, pág. 196.

(3) Bulletin de la Société de Chirurgie de Bordeaux. —1886, página 69.

(4) Sindactylie congenitale Thèse de Nancy. —1886, observación 29

(5) Mémoires de la Société de biologie —1892, pág. 277.

(6) Transactions of the pathological Society of London. —1894, pág. 238.

La desviación evolutiva de éstos organismos es tan grande, que se adivinan á través de las funciones normalizadas, por una verdadera adaptación, una serie de anomalías no comprobables en vida, pero que en la autopsia, constituirían una constante sorpresa morfológica.

Otro punto de vista digno de atención es el operatorio, puesto que difieren los casos y constituyen los medios de reintegración funcional, métodos, á veces atípicos, que estimulan la habilidad técnica del cirujano. De una sindactilia membranosa á una ósea existe un campo de desviaciones orgánicas que requieren distintos procedimientos operatorios. En todos los casos la formación de la comisura interdigital, constituye un escollo difícil, por la tendencia viciosa de la cicatriz á formar nuevas adherencias, para evitar lo cual tanto Zéller, como Félizet, idearon sus procedimientos. Las dificultades que encierra operación tan sencilla al parecer, son la causa de los constantes trabajos, controversias y nuevos procedimientos que buscan el ideal operatorio, contando entre otros que han contribuido á su estudio, desde Marco Aurelio Severino, citado por Jamain, Fabricio de Hilden, Maisonneuve, Kremer, Boyer, Didot, Verneuil, Zeller, Dupuytren, Nelaton, Bazy, Rudtorffer, Petroff, Priesteau, Felizet, Savariand, Quénu, Forgue, Berger, etc.

Enviada la muchacha que nos ocupa al pabellón 2.<sup>o</sup> de cirugía, fué operada por mi distinguido amigo, el Dr. San Sebastián la sindactilia de la mano derecha, de cuya interesante intervención nos hablará en las páginas de ésta revista médica.

También en el concepto médico interesan estas anomalías por existir transtornos concomitantes bien porque subsistan las causas originarias, de orden endocrino, infeccioso (sífilis), ó de carácter orgánico hereditario, bien porque se presenten nuevos transtornos (raquitis, escrófula, etc.) á beneficio de la menor resistencia que se supone en un organismo que sigue un desarrollo anormal desde su iniciación en el claustro materno.

Por último, si se le considera en su desarrollo mental es el acrocéfalo sindactílico un enfermo que ha menester de especiales normas para su salud, instrucción y progreso. Una de las obras que enaltecerán al presente siglo es la implantación de departa-

mentos de atrasados mentales, donde el maestro y el médico elaboran con la masa de un material orgánico y psíquico deficiente un edificio humano que, no desmereciendo totalmente de los que le rodean, puede compartir entre sus semejantes la libertad á que le dan opción sus deberes cumplidos y sus derechos de ciudadano.

Apenas en sus comienzos obsérvase un avance progresivo en los estudios médico-pedagógicos, verdadero Mesías de los atrasados mentales; su labor tiene muchos entusiastas, entre los que podemos contar á distinguidos compatriotas nuestros. Como el objeto de este corto comentario no es otro que hacer resaltar el problema vital y social de los anormales, cuyas anomalías orgánicas no les hace incompatible la vida, no me extendo más en consideraciones, una vez hecho el comentario breve desde los puntos de vista teratológico, quirúrgico, médico y mental.

Bilbao-Marzo-1918.



**Un caso de Psicosis puerperal  
-:- post-eclámpfica -:-**

COMUNICACIÓN PRESENTADA Á LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO POR EL SOCIO DE LA MISMA, DR. FONTAN, EN LA SESIÓN CELEBRADA EL 1.º DE FEBRERO DE 1918.

---

SEÑORES ACADÉMICOS:

Siguiendo la norma que tengo establecida de exponer en esta Academia todos aquellos asuntos científicos que yo juzgo capaces de suscitar sobre ellos mismos una discusión provechosa susceptible por tanto de permitirnos avanzar algún peldaño más hacia lo dudoso y aun hacia lo desconocido, hoy de nuevo me tomo la libertad de ser el protagonista de la sesión para hablaros de un caso que he tenido la fortuna de registrar en mi práctica obstétrica y cuya patogenia, para mi juicio, es tan dudosa que no obstante mis humildes esfuerzos, no acierto á deslindar, y esta es la razón por la que recabo de todos los presentes su magistral ayuda por ver si de ese modo lo que para mí hoy día es un misterio puede llegar á esclarecerse y lograr de tal manera hacer algo que signifique un triunfo científico.

Comenzaré por hacer la historia clínica pasando después á exponer mi apreciación del asunto.

Hace más ó menos dos meses se me ha presentado en mi despacho una señora para preguntarme si podía contar con mi asistencia á su parto, que según su cálculo no se haría esperar. Después de haberla contestado afirmativamente, la rogué, según mi costum-

bre, me enviase una pequeña cantidad de orina para examinar si en ella existía albúmina. Así lo hizo al día siguiente, y en el análisis que practiqué no aparecía el más mínimo indicio de tal substancia.

A los ocho días próximamente he sido llamado á su domicilio para asistirle, pues decía sentir dolores de parto. Al practicar la inspección vial de la parturienta desnuda y echada sobre la cama noté gran edema de las extremidades y—supra púbico—este último me hizo inmediatamente pensar en un embarazo gemelar. Continuando la exploración pude notar al hacer la palpación la existencia de gran fluctuación, paredes uterinas muy adelgazadas, y procediendo á la auscultación no me ha sido posible percibir los latidos cardiaco-fetales.

Como es fácil suponer, los datos que hasta aquí había obtenido unidos á las molestias tan grandes que la mujer me decía había soportado durante el embarazo, á más del extraordinario volumen del vientre, confirmaban mis sospechas de la existencia de un embarazo múltiple con hidranmios. Previa desinfección de las manos procedí á practicar el tacto, con lo cual diagnosticué una presentación de vértice completamente normal y hallando el cuello en muy escaso grado de dilatación.

Ante esto abandoné á la parturienta á las ocho de la mañana, volviendo á explorarla dos horas más tarde, sin encontrar que el parto hubiese avanzado gran cosa. Repetí mis exploraciones varias veces durante el día, viéndome siempre en la necesidad de despedirme diciendo que el parto seguía un curso muy lento y que de nuevo volvería á explorarla pasado algún tiempo.

Estas repetidas manifestaciones producían en la parturienta una gran depresión de ánimo, depresión que se acentuaba á cada nueva visita del médico.

La paciente era una primípara de 33 años, de constitución robusta y por tanto sin indicios de estrechez pélvica. La lentitud del período de dilatación, propio (porque así tiene su razón de ser) del embarazo gemelar, me movía á arraigarme más en tal diagnóstico á la par que la tardanza del parto aplanaba cada momento más á la parturienta no obstante mis exortaciones á que se resignara á esperar pues nada mayormente anormal existía.

Así transcurrió el día; antes de retirarme á descansar la hice una nueva exploración notando que algo había avanzado el parto, pero no aún lo suficiente para sin peligro hacer una aplicación de forceps que pusiese fin á la intranquilidad que afligía á la mujer y á los que de su familia la rodeaban.

Tampoco hice ninguna inyección de pituitrina, pues en una primípara y con dilatación escasa del cuello se corría el riesgo de no conseguir resultado alguno positivo y sólo sí algún contratiempo que agravase la escena.

A la una de la madrugada he sido avisado por teléfono para que inmediatamente acudiese á casa de la paciente pues según expresión textual del que me avisaba se le habían presentado convulsiones.

Inmediatamente me trasladé allí hallando á la parturienta presa de un aparatoso ataque de eclampsia, que según me informó la familia era ya el tercero que se le presentaba. Repitiéronse pronto otros dos más casi seguidos, mientras tanto me disponía á preparar todo lo necesario para intervenir, pues la situación lo requería urgentemente. Era necesario hacer sin dilación el vaciamiento uterino para librar á la mujer de la fuente de elementos tóxicos que invadían el torrente circulatorio y ponían en peligro su vida. Por fortuna el cuello, llegados estos momentos, tenía ya avanzada su dilatación, lo suficiente para permitir introducir la mano y practicar la operación de Braxton-Hicks, por la que me decidí mejor que por la aplicación de forceps, dado lo alta que todavía se hallaba la presentación.

Previa cloroformización total llevada á cabo á perfección por nuestro compañero de esta localidad señor López-Chico, practiqué la versión podálca extrayendo rápidamente el primer feto de sexo masculino y seguidamente el segundo de sexo femenino; este último en regular estado de asfixia, que desapareció practicándole durante unos minutos la maniobra de Schultze. Alumbramiento normal, hemorragia insignificante y sólo la naturalmente producida por una rasgadura perineal de segundo grado inevitable, dada la maniobra practicada, y la que no he tratado de suturar, pues dado el edema de que eran asiento los órganos genitales externos

no creí pudiesen ser positivos los resultados y por ello me limité á curarla antisépticamente, dejando la sutura para cuando el edema hubiese llegado á desaparecer.

Suspendida la cloroformización, la operada pasó el resto de la noche en el estado de sopor que es consiguiente, pero no reaccionaba mayormente, no contestaba á las preguntas que se la dirigían y según expresión vulgar y textual estaba «pasmada».

Efectivamente, á las diez y media ú once la he visitado encontrándola apirética, pulsaciones 80, sin hemorragia ni otra novedad, pero al igual que la familia, observé que á las preguntas que se le dirigían apenas contestaba y si lo hacía era de una manera muy poco expresiva. La hice una exploración detenida, encontrando los reflejos en estado normal y sin la menor alteración cardiaca ni respiratoria; espontáneamente había pedido alimento y bebida, sin que sobreviniesen vómitos después de ingerir leche y agua; previo sondaje expulsó unos 600 gramos de orina y más tarde orinó de nuevo espontáneamente; la mirada era fija, las pupilas reaccionaban perfectamente á la acción de la luz y á la acomodación.

Por la tarde la visité de nuevo hallándola en el mismo estado; aunque de una manera incompleta contestaba á las preguntas que se la dirigían, quejándose *de mucho dolor de cabeza*.

La dispuse una poción antiespasmódica y al día siguiente la visité de nuevo hallándola en el mismo estado; había pasado la noche durmiendo largos ratos, de cuando en cuando pedía alimento pues daba á entender tenía apetito y lo mismo pedía el vacín para orinar, pero seguía en tal estado de embargo sensorial que dadas estas observaciones diagnosticué de *Psícosis puerperal*, abrigando la esperanza de que espontáneamente desapareciese, como así ocurrió á las 84 horas, en que empezó á recobrar su estado psíquico normal sin recordar nada de lo sucedido y continuando en su marcha puerperal apirética y sin el menor contratiempo, lo mismo que los dos fetos.

Pensando sobre el caso, consulté obras para mejor esclarecer la patogenia.

No hay duda, á mi entender, que se trataba de una Psícosis, pero según Regis hay dos variedades de psícosis: la puerperal propia-

mente tal y la puerperal post-eclámpsica. Desde luego se trata de esta última, desde el momento en que se ha presentado en una puérpera que había tenido eclampsia, pero si tal Psicosis ha sido producida por la eclampsia ó no, es punto aparte, y para tratar detenidamente.

De tratarse de una Psicosis puerperal propiamente dicha, su patogenia hay que explicarla mediante una infección, es decir, mediante la penetración de gérmenes por las heridas producidas por el parto, gérmenes cuyas toxinas han atacado al sistema nervioso dando lugar á los síntomas que la enferma presentaba. De este modo puede explicarse el dolor de cabeza que la paciente acusaba y que cesó al recobrar su estado de lucidez.

Pero por otra parte yo objeto con lo siguiente. A más de no haber habido fiebre ¿cuándo se inició tal infección? Porque desde que los gérmenes hayan penetrado al través de las heridas hasta que hayan hecho presa sus toxinas en el sistema nervioso tiene que transcurrir algún tiempo y el cuadro sintomático se inició una vez terminada la intervención.

Si queremos considerar tal Psicosis como puramente post-clámptica, en verdad puede ser así, pero se me resiste el creerlo, pues terminada la intervención, no se han vuelto á presentar ataques y en cambio el estupor se prolongó hasta 84 horas, cuyo período, para no haberse presentado ni el más mínimo conato de ataque eclámptico, hay que admitir que es demasiado largo.

Todos los autores modernos tienden á unificar las dos variedades de Psicosis que he mencionado, admitiendo en ellas como causa una intoxicación ya microbiana, ya tóxico-química (veneno sospechado de la eclampsia), á mi juicio ya sea una cosa ó sea otra, repito, el presentarse tal estado inmediatamente después de terminada la intervención, me hace dudar sobre la patogenia y para terminar la exposición de este caso me permitiré hacer á la Academia la siguiente pregunta: ¿No podría haber sido lo ocurrido una manifestación de orden histérico, ajena al proceso puerperal, y que haya reconocido por causa la mencionada impresión que la lentitud del parto y más tarde la intervención, producían en la enferma?

Yo creo que el Histerismo que hoy se considera como una Psicosis puede reconocer como causa una impresión más ó menos violenta ó terrorífica, y una mujer que intranquila espera su parto y ve que éste se hace esperar más de lo que pudiera creer, es susceptible de que en ella se engendre un estado de ánimo que dé lugar al proceso descrito.

Esta es mi humilde opinión, y espero la de los presentes, pues el caso creo no deja de prestarse á discusión. Sea una ú otra su manera de producirse en atención á sus síntomas y al momento de presentarse he calificado el caso con lo que encabezo este trabajo, pero sin que por ello deje de ratificarme en mis dudas respecto á su patogenia.

He dicho.

DR. FONTAN

[Especialista en enfermedades de la mujer y partos.

## Diagnóstico precoz de un tumor del cerebelo

CASO COMUNICADO Á LA ACADEMIA DE  
CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO EN LA  
SESIÓN DEL DÍA 30 NOVIEMBRE DE 1917,  
POR W. LOPEZ ALBO. —————

En estas líneas me propongo unicamente relatar la historia clínica, sin comprobación operatoria, de un enfermo diagnosticado de tumor en la fosa posterior, que interesaba las vías cerebelosas, y hacer algunas consideraciones respecto á la averiguación precoz de un tumor del cerebelo.

*Historia clínica.*—L. Ch., niño de 14 años, que ingresó en la clínica del doctor Díaz Emparanza en el mes de Julio de 1916. Carecía de antecedentes sifilíticos; su madre no había tenido abortos y sus tres hermanos estaban sanos. Sólo había padecido sarampión.

Su enfermedad había empeñado en Marzo de 1915 por vómitos y cefalalgia, que le continuaron casi todos los días durante un mes. Algunos días vomitó hasta seis veces. Desde entonces estaba estreñido. Al mes cesaron los síntomas citados para reaparecer á los ocho días. Las pupilas estuvieron habitualmente algo midriásicas. (Todos estos datos nos los proporcionó por escrito su médico de cabecera.) El niño no jugaba con perros ni los tenía en casa.

Exploración el día 9 de Julio de 1916: Este día tuvo un vómito y dolor de cabeza de localización occipital. Pulmones y corazón

bien; sin infartos ganglionares. Crecimiento, coloración de la piel y órganos genitales normales. Sin hemianopsia. Marcha normal. Sin signo de Romberg. Motilidad y sensibilidad normales. Ni apraxia ni astereognosia. Reflejo rotuliano izquierdo debilitado; el derecho normal; reflejos de los tendones de Aquiles desaparecidos; reflejos cutáneos normales. Pequeña rigidez de nuca á la flexión de la cabeza y signo de Koernig iniciado. Afebril. Pequeño nistagmus horizontal hacia la izquierda en el límite extremo de la mirada. Dolor al comprimir la apófisis espinosa de la cuarta vértebra cervical. La compresión y el tacto faríngeo no acusaron dolor. Papilas ópticas (Sr. Somonte): edema papilar; agudeza visual normal.

Día 10: Nuevo vómito y cefalalgia, que se calmó con una dosis de aspirina.

Día 12: Repitió el vómito y la cefalalgia, Una nueva exploración del fondo de ojo dió igual resultado que la anterior.

Día 13: Punción lumbar. El líquido salió á presión (gotas muy rápidas) y era transparente. No se examinó. Orina alcalina con pequeño aumento de ácido fosfórico (2,75) y de ácido úrico (0,58).

Día 14: Vómito, cefalalgia occipital intensísima que le hacia gritar. El enfermo estaba en decúbito lateral izquierdo, y cuando intentábamos variarle de postura se exacerbaba en tal forma la cefalalgia que no consentía que se le moviera. Apreciamos el punto doloroso de la cuarta espinosa cervical, al comprimirla. En cambio no sentía dolor cuando se le comprimía la cara posterior de la faringe y el arco cigomático. Reflejos rotulianos abolidos; el derecho se obtenía á veces muy debilitado. Reflejos cutáneos normales. Pupila izquierda un poco más amplia; pero las dos reacciones perfectamente á la luz y la acomodación. Nistagmus pequeño hacia la izquierda, en el límite extremo de la mirada.

Nervios craneales: Excepto el óptico todos estaban normales.

Reacción del quiste hidatídico negativa.

Se propuso á la madre la intervención quirúrgica, que no fué aceptada. Marchó del hospital.

Los accesos de cefalalgia localizados en la fosa posterior y el pequeño nistagmus fueron por entonces los únicos síntomas que

nos hicieron diagnosticar un tumor de la fosa cerebelosa. Un examen de los miembros no reveló signos motores que indicaran alteración de las vías cerebelosas.

Exploración el 15 de Junio de 1917: Se presentó el enfermo en mi consulta del Hospital Civil á los once meses de haber abandonado la clínica del doctor Díaz Emparanza. Durante los seis primeros meses no había sufrido ningún trastorno. Pero después reaparecieron las cefalalgias y los vómitos por accesos, con análoga periodicidad que durante la primera fase de la enfermedad.

Entonces me llamó la atención la ausencia de nistagmus espontáneo, lo que me hizo pensar que tal vez apareciera solamente con los accesos paroxísticos de vómitos y cefalalgia, condiciones en que fué observado el año anterior. También es de notar que el «edema papilar bilateral» se había convertido en «neuritis óptica de ambos ojos» (Sr. Somonte).

Pero el hecho capital que me ha inducido á adelantar la historia clínica de este caso, es la aparición de dos síntomas nuevos que en vano buscamos hace once meses con el fin de fundamentar mejor nuestro diagnóstico de «tumor probable de la fosa posterior». Ellos son: incoordinación y desviación espontánea del índice en el miembro izquierdo. Estos dos síntomas no sólo confirman nuestro primer diagnóstico sino que le precisan en el lóbulo cerebeloso izquierdo.

He aquí los detalles de la exploración. El enfermo tocaba perfectamente la punta de la nariz con el dedo índice derecho, es decir, el dedo era conducido sin titubeo hasta el término; pero cuando ejecutaba esta prueba con el índice izquierdo, el dedo se desviaba lateralmente dos ó tres centímetros antes de llegar á la punta de la nariz, y golpeaba en una de sus alas, y hasta en la mejilla y borde superciliar izquierdos si el movimiento era hecho con rapidez. Sin embargo, el enfermo conservaba la orientación hacia el fin, es decir, corregía el movimiento anormal llevando el dedo á la misma punta de la nariz después de haber golpeado con brusquedad en la mejilla ó globo ocular izquierdos. En la conservación de la orientación hacia el fin y en no aumentar con la oclusión de los ojos se diferencia esta incoordinación de la ataxia por lesión de la neurona sensitiva periférica. (Tabes juvenil.)

El otro síntoma observado en el enfermo era la desviación espontánea del índice ó error de localización intencional. Colocado de pie frente á un muro y separado de manera que sus dedos le alcanzaran, se le invitó á tocar un círculo dibujado en él: al intentar tocarle de nuevo con los ojos cerrados se observó con rigurosa constancia que se desviaba siempre hacia la izquierda, golpeando 5 á 10 cm. por fuera del círculo, pocas veces en su proximidad. En cambio con el índice derecho no cometió nunca un error tan marcado.

Por último se observó otro síntoma cerebeloso: asinergia. Tendido en el suelo en decúbito supino con los brazos cruzados no conseguía incorporarse, elevándose con brusquedad los talones á cada intento.

Todos estos trastornos no iban acompañados de ninguna alteración de las vías sensitivas ni motoras; eran de origen cerebeloso. La palabra era normal y la exploración de las demás pruebas para descubrir alteración de las vías cerebelosas, sólo dió por resultado una pequeña disdiadococinesia (dudosa) en la mano izquierda.

No había síntoma de Bruns, lo que unido á la ausencia de reacción pasitiva al antígeno del quiste hidatídico, sirvió para desechar quistes libres en el cuarto ventrículo.

## COMENTARIOS

El síndrome meningo-bulbo-vestibular aparecido en forma de accesos, fué el que en un principio nos hizo admitir como probable una localización en la fosa posterior, interesando el cerebelo ó las vías cerebelosas. Consistió en cefalalgia intensísima, pequeña rigidez de nuca, esbozo del signo de Koernig, dolor al comprimir la cuarta apófisis espinosa dorsal (síndrome meníngeo), vómitos (síndrome bulbar) y pequeño nistagmus hacia la izquierda en el límite extremo de la mirada (síndrome vestibulo-cerebeloso), á los que se agregaron pequeña hiperpresión del líquido céfalo-raquídeo y un poco midriasis en la pupila izquierda. En una ocasión el enfermo se hallaba en decúbito lateral izquierdo con la cabeza en contractura refleja, ni extendida ni flexionada, y de ningún modo consentía que intentáramos cambiarle de postura, pues inmediatamente

exteriorizaba con gritos la intensa cefalalgia provocada al menor movimiento pasivo. Todos estos síntomas eran favorables á admitir una localización cerebelosa. El nistagmus hacia la izquierda en el límite extremo de la mirada y la midriasis, aunque pequeños, pudieron en el primer examen servir de apoyo para localizar el tumor en el hemisferio izquierdo, pues «The nistagmus is horizontal in type, its coarser phase occurring on looking towards the ipsilateral side» (Purves Stewart) (8). Estos paroxismos que sufría el enfermo tienen cierta semejanza con el síntoma de Bruns, pero eran espontáneos y no aparecían al practicar la maniobra apropiada.

El síntoma de Bruns (3) consiste en la presencia rápida del paroxismo de vértigo violento con cefalalgia occipita ú occipito-frontal y vómitos, acompañados de inestabilidad en posición vertical y vacilación durante la marcha, y hasta caída, [cuando el enfermo mueve la cabeza, y sobre todo si se le hace girar alrededor de su eje vertical. Se le encuentra en casos de cisticercos libres en el cuarto ventrículo, y parece que es debido á un cambio en la posición de los cisticercos libres, que chocan contra las paredes ventriculares. Después de Bruns éste síndrome ha sido comprobado por varios observadores (6).

En la segunda exploración se observaron síntomas de abolengo cerebeloso en el miembro superior izquierdo: desviación espontánea del índice (Vorbeweisen de los alemanes) é incoordinación cerebelosa; también se observó asinergia al intentar incorporarse. Estos nuevos datos confirmaron el primer diagnóstico y le precisaron en el hemisferio izquierdo. El nistagmus hacia la izquierda que observamos en las primeras exploraciones, si bien pequeño y transitorio, tiene un valor nada despreciable para apoyar el diagnóstico precoz en determinado hemisferio cuando aún no han aparecido los trastornos de la incoordinación cerebelosa.

Es de advertir que en este caso no hubo desviación conjugada de los ojos ni aptitud especial de la cabeza, ni vértigo subjetivo, que más bien son debidos á lesiones de los núcleos vestibulares ó de sus conexiones con el cerebelo.

La midriasis izquierda durante el paroxismo (midriasis bilateral

habitual al principio) puede interpretarse como síntoma de excitación de la pirámide ó del tuber del vermis en el lado izquierdo, pues Prüss (3) la ha observado, si se irritan eléctricamente, en el lado homólogo.

La midriasis forma también parte de los síntomas producidos por un tumor del acueducto de Silvio y del cuarto ventrículo. En efecto; un tumor de esta localización, que á veces evoluciona sin síntomas, puede también originar trastornos, en la musculatura ocular intrínseca y en la extrínseca: dilatación pupilar con disminución de sus reacciones, por interesarse los núcleos del motor ocular común, escalonados á lo largo del acueducto; dificultad de los movimientos asociados, por lesión de la cintilla longitudinal posterior ó de las fibras intermediarias entre los núcleos del tercer par; y ataxia cerebelosa, por lesión del núcleo rojo y del pedúnculo cerebeloso superior. Pero para que un tumor de esta localización produzca midriasis, la lesión precisa ser destructiva y no irritativa.

También un tumor del cuarto ventrículo puede originar síntomas cerebelosos y vestibulares: ataxia, vértigos y nistagmus, por extenderse hacia el cerebelo; y asimismo puede propagarse hacia el interior de la protuberancia y del bulbo por su cara dorsal.

El dolor al comprimir la cuarta vértebra cervical durante los paroxismos, pudo hacer sospechar un absceso retrofaríngeo, pero no lo hubiera corroborado ningún otro signo, pues, aparte de su desaparición en los intervalos, que le asimilaba á los demás síntomas transitorios (rigidez de nuca, vómitos, cefalalgia), no se observó nada anormal en la faringe, ni era dolorosa á la presión su cara posterior. Este síntoma puede interpretarse como una hiperexcitabilidad de la rama posterior del cuarto nervio cervical durante el paroxismo.

Bechterew ha señalado la hipersensibilidad de la apófisis cigomática á la presión en los tumores de la base del cráneo. En un tumor de la fosa cerebelosa media puede haber hiperexcitabilidad al comprimir la bóveda faríngea. Conocida es la hipersensibilidad dolorosa de la mastoides á la percusión y compresión en casos de absceso cerebral ó cerebeloso de origen auricular y la

hipersensibilidad dolorosa de la cara posterior de la faringe en las afecciones de las dos primeras vértebras cervicales.

La abolición de los reflejos tendinosos en las extremidades inferiores debía estar en relación con la compresión intracraneana, que repercute en los cordones posteriores. En efecto, es posible que la hiperpresión del líquido céfalo-raquídeo actúe sobre las raíces posteriores, que pueden degenerar; en un periodo avanzado la caquexia abole el poder reflejo de los centros medulares (4). Crouzon ha encontrado abolidos los reflejos tendinosos en el 15 por 100, y disminuído en otro 15 por 100 de casos de tumor del cerebello.

En las meningitis serosas ventriculares y en los tumores del cerebello y del cuarto ventrículo que comprimen las venas de Galeno y producen hidropesía ventricular, puédesse obtener un sonido sonoro cuando se percute la región parieto-occipital mientras el enfermo está sentado con la cabeza derecha (signo de Mac Ewen).

#### *¿Qué naturaleza tiene la lesión?*

Las cefalalgias, los vómitos y especialmente la neuritis óptica van á favor de una causa compresora. Su naturaleza no es fácil de precisar, pero recordemos la frecuencia de los tubérculos en el cerebello, especialmente en los niños.

En los niños sobre todo es á veces difícil diferenciar un tumor del cerebello de una meningitis serosa. Pero los antecedentes infecciosos, el aumento de volumen del cráneo y el hallazgo de gérmenes en el líquido pueden utilizarse á menudo para un diagnóstico verdadero.

He aquí, en breves líneas, la historia de uno de estos casos que he tenido ocasión de observar en mi consulta del Hospital Civil (2).

R. I., niño de seis años, nacido á término con cabeza normal. La madre negó abortos. De ella recogí estos datos.

A los dos años empezó á notar en su hijo aumento gradual en el volumen de la cabeza, quien á continuación sufrió vómitos, fiebre y rigidez de nuca, cuadro clínico que fué calificado de meningitis por el compañero que le prestó asistencia; y del cual sanó sin punciones lumbares ni sueroterapia (á juzgar por las declaraciones que obtuve de la madre). Después de la fase aguda continuó con

vómitos y dolores de cabeza. Gradualmente apareció ataxia dinámica. Desde los tres años vomitaba casi todos los días.

En el momento de la exploración el niño tenía aumento moderado del volumen del cráneo, cefalalgia, más intensa en la fosa posterior, donde llevaba invariablemente la mano el enfermito siempre que se le hacía la pregunta ¿en dónde te duele?, y ataxia cerebelosa en las extremidades, sobre todo en las derechas, y que se hacía manifiesta al llevar el dedo índice derecho hacia la nariz y al andar. La marcha era típicamente cerebelosa, con desviaciones, á veces, hacia la derecha. Los nervios craneales estaban bien, reaccionando normalmente á la luz y acomodación las pupilas. La inteligencia estaba bastante despierta.

En vista de los antecedentes y del resultado de la exploración se diagnosticó *meningitis serosa crónica* con gran acúmulo de líquido en los lagos cerebelosos, especialmente en el derecho. El examen ulterior del fondo de los ojos (Sr. Somonte) dió el resultado siguiente: neuritis óptica bilateral en período de atrofia. El doctor López-Pérez hizo un examen del líquido céfalo-raquídeo, y en una de las preparaciones que me presentó, tuve la oportunidad de comprobar la existencia de cocos dispuestos en parejas, que no habían tomado el Gram.

Con todos los datos expuestos supusimos que el niño había padecido una meningitis cerebro-espinal por el germen de Weichselbaum, la que acaso evolucionó desde un principio con lentitud—aumento del volumen de la cabeza antes de la fase aguda—por tratarse de un portador de gérmenes que se infectó de un modo atenuado á través de la cavidad naso-faríngea, produciendo el meningococo una ependimitis crónica, que en un momento dado se exacerbó y sobrevino una meningitis aguda. Pero asimismo pudo tratarse de una meningitis serosa de causa distinta, en la que el proceso irritativo latente del epéndimo fué activado accidentalmente por la infección meningocócica. Sin embargo parece más probable la primera interpretación.

Esta historia clínica tiene varias lagunas por llenar. Tal es un examen delallado del líquido céfalo-raquídeo, pues en caso de cisticercos equinococos puede encontrarse en él, si la vexícula se

ha roto, ácido succínico y los ganchos característicos, además de la eosinofilia, esta última también en la sangre. Sin embargo, la reacción de fijación del complemento fué negativa. La reacción negativa no excluye en absoluto la existencia de equinococos; la positiva indica presencia de tenia equinococo ó tenia saginata, pues en ambas existe reacción biológica de grupo (5). El hejecho macho y el análisis de las heces con fin diagnóstico, excluyendo tenia saginata, y los antecedentes, servirán en caso de reacción positiva para sospechar tenia equinococo.

El cisticerco desarrollado en el cuarto ventrículo—algo frecuente—produce su dilatación hidrocefálica y simula un tumor del cerebelo, y al originar hidrocéfalo secundario pueden aparecer todos los síntomas de presión intracraneana. A veces evolucionan lentamente y conducen de repente á la muerte, por comprimir centros vitales (parálisis respiratoria). Si obstruyen el acueducto aparece también hidrocefalia. El cisticerco *cellulosae*, lo mismo que las meningitis serosas, suele seguir un curso remitente y hasta presentar curaciones definitivas por calcificación. La presencia de cisticercos *cellulosae* en la piel, fondo de ojo ó líquido céfalo-raquídeo, servirán para el diagnóstico de tenia saginata. En algunos de estos casos se ha observado excepcionalmente diabetes insípida (Michel y Brecke); también puede aparecer glucosa en la orina. Sabrazés y Batz han señalado (1897) automatismo ambulatorio. Es raro que produzca éxtasis papilar y demás síntomas de compresión.

El cisticerco equinococo origina síntomas generales más graves que la tenia saginata, es decir, mayor número de síntomas de compresión intracraneana, y su curso es continuo. La convivencia del enfermo con perros, la presencia de quistes en otros órganos (pulmón, hígado, piel), la rotura de vexículas á nivel del oído, ó del occipital con ruido de olla cascada, la presencia de ácido succínico y ganchos en el líquido céfalo raquídeo, se utilizarán para fijar la naturaleza de la lesión.

La eosinofilia del líquido cerebro-espinal, cuando se comprueba, es un signo prácticamente patognomónico en casos de tenia.

Hubiera sido interesante practicar una exploración completa

del aparato vestibular por medio de las pruebas rotatoria, calórica y galvánica. Se hará si vuelve el enfermo por la consulta.

Al publicar esta incompleta historia clínica sólo me guía la intención de anticipar un diagnóstico que acaso algún día pueda ser completado con las enseñanzas del acto operatorio. Entonces sería ocasión de apreciar si el diagnóstico de tumor del hemisferio cerebeloso izquierdo, ó de la parte anterior del vermis, que comprime dicho lóbulo, es cierto, y de aclarar si la falta de síntomas en los nervios craneales tiene valor para suponer que el tumor es intracerebeloso, ó si, en caso contrario, el síndrome de reacción meníngea—pequeña rigidez de nuca, estreñimiento, rigidez dorsal atenuada, dolor en la cuarta apófisis espinosa cervical—tiene valor para suponer que el tumor es extracerebeloso. Pero se han descrito bastantes casos de tumor intracerebeloso con dicho síndrome meníngeo.

Actualmente es bastante difícil establecer este diagnóstico diferencial entre un tumor extracerebeloso y otro intracerebeloso, pues fuera de los casos de tumor en la región cerebelo-pedúnculo-pontina (1) y de algunos en que un tumor del hemisferio crece hacia ella, no es posible fijarle con certeza.

El enfermo no acusaba sensación vertiginosa en los intervalos ni durante el acceso. Alguien ha supuesto que el vértigo rotatorio del cuerpo y de los objetos hacia un mismo lado es de algún valor para pensar en tumor intracerebeloso, y que el vértigo giratorio del cuerpo hacia un lado y de los objetos hacia el lado contrario indican un tumor extracerebeloso; es decir, en un tumor intracerebeloso el cuerpo parece que gira hacia el lado opuesto y en un tumor extracerebeloso hacia el mismo lado del tumor. No está probado que este dato tenga un valor real.

Sin embargo, en el caso historiado, el curso largo—más de dos años—sin haber originado síntomas parésicos de los pares 5.º, 6.º, 7.º y 8.º, debe tomarse en consideración para inclinarnos á diagnosticar un tumor intracerebeloso del hemisferio izquierdo. La incoordinación del miembro superior hace pensar que la compresión se ejerce especialmente en la parte anterior del hemisferio, pues

según Marburg en tal localización predominan los trastornos del miembro superior.

Este caso demuestra la importancia que pueden tener los accesos de vómitos, cefalalgia posterior, reacción meníngea, pequeño nistamus en el límite extremo de la mirada y midriasis unilateral para sospechar un tumor del cerebelo—sobre todo si hay neuritis óptica—, que en el enfermo historiado han sido seguidos á los 11 meses de asinergia y de hemiincoordinación y desviación espontánea del índice en el lado izquierdo.

Como los cisticercos ventriculares suelen tener intervalos de completa normalidad, interrumpida por los accesos citados, hay que estar en guardia para no confundirlos con el histerismo, lo que sólo ocurrirá en un examen superficial del caso.

## BIBLIOGRAFIA

1 *Albo*.—Un caso de tumor del ángulo ponto-cerebeloso. Caso presentado á la Academia de Ciencias médicas de Bilbao en el curso de 1916. *Gaceta Médica del Norte*, págs. 189-192, núm. 258, 1916, y página 23, núm. 265, 1917.

2 *Albo*.—Un caso de meningitis serosa crónica. Comunicación á la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao en la sesión del día 13 de Abril de 1917: *Gaceta Médica del Norte*, págs. 251-256, núm. 272, 1917.

3 *Bruns*.—*Centralblatt für Neurologie*, pág. 565, 1902.

4 *Crouzon*.—Sur la nature et la pathogénie des lésions radicales de la moelle que accompagnent les tumeurs cérébrales. *Rev. Neurol.*, pág. 909, 1903, y en *Pierre Marie: La pratique Neurologique*, página 442, 1911.

5 *Hahn*. *Münche. med. Wochenschr.*, 1912 (Trabajo de la clínica de Muller; Marburg, a L.

6 *Osterwald*.—*Neurol. Centralb.*, pág. 265, 1906.

7 *Prüss*.—Ueber die Lokalisation des motorischen Centren in der Kleinhirnrinde. *Polinsces Archiv. für biolog. und Wissenschaften*, 1, 1901.

8 *Steward*.—*The diagnosis of nervous diseases*, 4.<sup>a</sup> ed., p. 480, 1916



## Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Sesión del día 1.º de Febrero de 1918

Preside el Dr. Fontán.

Asisten los Sres. Mendaza, Guerricabeitia, Loroño, Otaola, Echave-Sustaeta, Léniz, Unamuno, Lauzurica, Mochales, Clemente Romeo, López Albo, Yanke, Prieto, Ciga, Mesanza, López Abadía y Crende.

El Sr. Fontán lee la historia clínica de un caso de embarazo gemelar, sin albuminuria, en una primípara que padeció cinco accesos de eclampsia, los cuales obligaron á evacuar el útero bajo anestesia clorofórmica. La enferma presentó á continuación un estado mental caracterizado por embotamiento y cefálea, del que salió á los cuatro días. No hubo infección postpartum, ni fiebre. Su objeto al traer el caso á la Academia, no es otro que el de dilucidar la patogenia de los trastornos mentales por él observados en la parturienta. (1)

El Sr. López Albo opina que el caso relatado por el Sr. Fontán pertenece á la confusión mental post eclámpsica por autointoxicación gravídica. El cuadro sindrómico de la enferma cuya historia clínica acaba de leernos, hace pensar de primera intención en la forma estúpida de la confusión mental. Los síntomas característicos de ella son: obtusión psíquica, falta ó pereza grande en la asociación de ideas, que aislan al enfermo del mundo externo por suspensión de la actividad cerebral; este estado de estupidez semeja á la demencia aguda ó al estupor catatónico; el enfermo se encuentra, según expresión de Régis, bajo la influencia de un sueño tóxico. El dolor de cabeza y la amnesia lagunar son dos síntomas primordiales en esta forma de las psicosis tóxicas. La cefalalgia sufrida por la enferma es un síntoma capital para suponer el origen autotóxico, aunque no hubiera fiebre ni infección exógena, pues las autointoxicaciones pueden por sí solas dar lugar á la confusión

(1) En otro lugar de este número aparece detallada esta comunicación.

mental. La dismnesia lagunar postconfusional es asimismo de sumo valor; el enfermo que sale de una confusión mental no guarda el recuerdo del tiempo que estuvo bajo el influjo del sueño tóxico, lo que es de gran importancia para el diagnóstico retrospectivo. El embarazo gemelar es acaso una de las concausas de la psicosis en esta enferma, pues siendo el estado de preñez capaz de originar una autointoxicación, cuando son dos los seres que intercambian con la madre sus materiales metabólicos, es mayor la inferioridad del organismo para defenderse de las sustancias tóxicas dimanadas del estado de embarazo. Es de recordar aquí la auto-intoxicación hepática y renal y las modificaciones que sufren el tiroides, el ovario y otras glándulas de secreción interna durante el embarazo.

La confusión mental estúpida, Amencia y Verwickheit de los alemanes, confusión pseudo-afásica de Schlaugenhausen, Sprachverwirrtheit de Kraepelin, es una de las formas por que se exteriorizan habitualmente las intoxicaciones de la corteza cerebral. Régis y Stranski (1) han sido los autores que más concienzudamente han estudiado la confusión mental. El primero ha sido el creador de esta gran síntesis clínica, y el segundo ha hecho un estudio completísimo de la forma estúpida ó amencia.

Es de interés en el caso comunicado por el Sr. Fontán, dilucidar si la confusión mental ha sido debida al embarazo y puerperio, ó por el contrario estaba íntimamente ligada á las convulsiones eclámpsicas; es decir, al mismo tóxico que originó la excitación de la zona motora, lo que parece más probable. Si bien todas las psicosis relacionadas con el embarazo, parto ó puerperio tienen análoga sintomatología, Régis (2) da gran importancia á la intensidad y amplitud de los transtornos dismnésicos, que con frecuencia remontan á la vida anterior de la enferma, cuando son post-eclámpicos, y este dato puede utilizarse para diferenciarla de la psicosis puerperal y del embarazo.

La confusión mental es la psicosis tóxica por excelencia, y la debida al embarazo, parto y puerperio es la más facilmente curable, pues cede en cuanto son eliminadas las sustancias tóxicas y recobran su normalidad los órganos encargados de la defensa contra los productos autotóxicos originados durante el embarazo.

De especial interés en este caso es que la enferma fué some-

(1) Stranski: Zur Lehre von der Amentia. Wiener med. Wochens., n. 1, 1905.

(2) Régis: La psychose post-eclantpique. Rev. gynecol. de Bordeaux, 1899.

tida á la cloroformización. Actualmente está perfectamente definido que en bastantes ocasiones la confusión mental postoperatoria no es debida al acto quirúrgico sino al anestésico empleado. El cloroformo es uno de los anestésicos capaces de dar lugar á la obtusión psíquica, especialmente en sujetos predipuestos (auto-intoxicados con emucorios en hipofunción), los que están en condiciones apropiadas para la explosión de la psicosis. Y no hay que olvidar que la enferma del caso del Sr. Fontán estaba autointoxicada (accesos de eclampsia) y fué luego cloroformizada. Régis (1) opina que la mayor parte de los delirios precoces presentados en los heridos, se deben á la intoxicación por los anestésicos, y entre los más aptos para originarlos cita el cloroformo, el éter y la morfina. (2)

A este respecto, hoy mismo he tenido ocasión de explorar un enfermo en la clínica del Sr. San Sebastián, que operado hace pocos días en la vejiga urinaria bajo anestesia local (creo que con novocaina), ha permanecido, desde el acto operatorio, en un estado de confusión mental estúpida. El enfermo ha estado dos ó tres días en un estado soporoso sin reaccionar á las preguntas. Esta mañana empezaba á salir de su estado confusional y he podido observar el síntoma característico: la dismnesia.

Los trastornos del lenguaje predominan á veces en tal forma que han obligado á describir una forma pseudo-afásica de la confusión mental (Meynert). En un caso observado por mí, de delirio onírico alucinatorio, con pequeña confusión, y con fugas inconscientes, en un alcohólico (3), apareció una afasia motora de tipo transcortical, que duró unas tres horas.

El Sr. Mendaza refiere un caso de embarazo, sin albúmina en la orina, en el que la presentación de un ataque de eclampsia obligó á vaciar el útero y cuya enferma tuvo un cuadro psíquico análogo al citado por el Sr. Fontán. Recuerda haber visto casos de la misma naturaleza sin coexistencia de heridas en los genitales.

El Sr. Prieto opina que la amnesia lagunar y la cefalalgia son dos síntomas seguros de que el caso presentado por el Sr. Fontán era de una psicosis post-eclámpsica de tipo estupor catatónico. A

(1) Régis y Hernard: Les confusions mentales. Traité international de Psychologie pathologique de A. Marie, t. 2, 1911.

(2) Marie y Riche: Psychoses toxiques d' origen axogene. Traite internat. de Psychol. pathol., t. 2, 1911.

(3) Albo (W. L.): Psicosis alcohólica subaguda, en un alcohólico. (Delirio onírico alucinatorio). Gaceta Médica del Norte, n.º 245, 1915.

la vez hace atinadas consideraciones acerca de las psicosis tóxicas y especialmente del cuadro confusión mental.

El Sr. Yanke refiere el caso de un niño operado bajo anestesia clorofórmica de un proceso articular, y que tuvo una confusión mental de 48 horas de duración.

El Sr. Crende recuerda un caso de locura puerperal que se diagnosticó de delirio infeccioso.

El Sr. Clemente Romeo dice que en su práctica rural ha observado casos de partos con trastornos mentales, especialmente si la mujer tenía edad avanzada. En el parto hay alteraciones mentales de origen psíquico, traumático, infeccioso, tóxico y autotóxico. Por haber ejercido en una región palúdica, ha tenido ocasión de observar en las mujeres palúdicas trastornos mentales durante las diversas fases del embarazo.

El Dr. Fontán rectifica.

El Secretario de Actas, *W. López Albo*.

Sesión del día 8 de Febrero de 1918.

Preside el Dr. Crende.

Asisten los Sres. Léniz, Mendaza, Zuazagoitia, Yanke, Unamuno, Gracia Hormaeche, Alvarez, Clemente Romeo, Mesanza, Prieto y López Albo.

El Sr. García Hormaeche presenta un enfermo que padecía otorrea crónica con fenómenos de laberinto posterior, en el lado izquierdo, algunos dolores de cabeza y pequeño nistagmus. El laberinto posterior izquierdo reaccionaba muy poco á las pruebas rotatoria y calórica. El enfermo fué operado por su Jefe, el señor López Abadía, de una radical petro-mastoídea, de cuya intervención quedó bien, siendo dado de alta á los 20 días. A los 28 días de operado, el enfermo empezó á sufrir dolor de cabeza, estado nauseoso, vómitos, pulso algo lento y parálisis facial, síntomas que guiaron el juicio diagnóstico hacia un absceso del cerebelo. Sirviéndose de una pieza ósea, explicó la vía que había seguido para evaçar el pus, y el mecanismo de su propagación hasta la cara anterior del hemisferio cerebeloso izquierdo. Recuerda que durante la primera intervención habíase observado una fístula en el canal semicircular externo, lo que fué otro dato de valor para diagnosticar un absceso del lóbulo cerebeloso y no del lóbulo temporal, sitio asimismo frecuente de las colecciones purulentas propagadas del oído interno. Demuestra prácticamente la sordera total que el enfermo padecía en el lado operado y la ausencia de reacción del laberinto posterior izquierdo al agua fría. Refiere un caso

de paquimeningitis circumscripita, complicación [de una otitis, que dió una sintomatología análoga á la de un absceso (cefalea, fiebre, vómitos).

El Sr. López Albo, que asistió á las dos operaciones ejecutadas en el enfermo, tuvo ocasión de explorarle por indicación de los señores Abadía y García Hormaeche, y de corroborar su diagnóstico de absceso del hemisferio cerebeloso izquierdo. La parálisis facial periférica izquierda, aparecida después de los 20 días siguientes á la radical petromastoidea, era prueba de que no había sido producida por la intervención, sino por la compresión que el pus fué lentamente ejerciendo en la región ponto-cerebelosa. El enfermo tenía además una ataxia manifiesta en la extremidad superior izquierda, lo cual probaba que al acumularse el pus en la cara anterior del hemisferio había comprimido el facial y el centro para la coordinación de los movimientos del miembro superior.

En vista de los antecedentes y del cuadro presentado por el enfermo, se convino en practicar lo más pronto posible la evacuación del pus, que se hizo á las seis horas de establecido el diagnóstico de absceso extracerebeloso de la región ponto-cerebelosa. (Véase cómo la sintomatología presentada por este enfermo recuerda la de un enfermo que presenté en esta Academia, portador de un tumor de la región ponto-cerebelosa, que fué confirmado en la intervención). Pero en este caso no participaba de la compresión el trigémino.

El curso post-operatorio ha demostrado que la parálisis facial era debida á la compresión del tronco del facial, pues ha ido retrogradando á medida que se ha ido alejando el tiempo de la evacuación. Actualmente aún es algo apreciable (1). Igualmente ha desaparecido la incoordinación de la extremidad superior. La desaparición de la parálisis facial y de la incoordinación prueba que la substancia cerebelosa sólo era comprimida, pero no destruida.

El caso de paquimeningitis purulenta circumscripita, relatado por el Sr. García Hormaeche, con fenómenos generales análogos á los de absceso, prueba la facilidad de un error diagnóstico, entre un caso de paquimeningitis circumscripita purulenta y un verdadero absceso. Pero los síntomas de compresión focal, son en tales casos decisivos para afirmar la presencia de pus, como en el caso comunicado por el Sr. Hormaeche.

El señor Prieto manifiesta que los antecedentes y los síntomas

---

(1) Hemos explorado al enfermo un mes después de presentado á la Academia, y no se apreciaba la parálisis facial.

observados en el enfermo, demostraban que el caso era típico de abceso del cerebelo.

El Sr. Mendaza dice que en algunos casos de abceso encefálico y de otitis, se ha observado glucosuria. Pregunta si es posible hacer el diagnóstico de abceso encefálico por la forma leucocitaria.

El Sr. Clemente Romeo hace algunas consideraciones á propósito del aumento del índice leucocitario, especialmente de los polinucleares, é indica la importancia que tienen para suponer la presencia de pus.

El Sr. Alvarez dice que actualmente se ha demostrado que la diabetes está regulada por la función de las suprarrenales, pues aunque se funcione el cuarto ventrículo no aparece glucosuria si antes se han aislado las suprarrenales del resto del organismo.

El Sr. García Hormaeche rectifica.

Sesión del día 15 de Febrero de 1918.

Preside el Dr. Crende.

Asisten los Sres. Mendaza, Prieto, López Albo, Loroño, Léniz, Fontán, Echave-Sustaeta, Lauzurica, Alvarez, Clemente Romeo, García Hormaeche, Otaola y Mochales

El Sr. López Albo expone la historia clínica de un caso de inflamación del ganglio geniculado que había dado lugar á toda la sintomatología. Lo interesante del enfermo era la ausencia de parálisis facial, á la que á veces va unido el síndrome del ganglio geniculado, como el comunicante ha tenido ocasión de observar en tres casos. El enfermo padeció comezón en el conducto auditivo, dolores en el pabellón de la oreja y en regiones próximas erupción de vexículas de herpes en la concha y antélix y ageusia en la mitad correspondiente de la lengua. La causa de la ganglitis era infecciosa, pues el enfermo tuvo dolores atenuados en un hombro y un ligero catarro. Presenta una fotografía evidenciando los períodos vexículo-pústulo-escamoso del herpes.

En la última exploración había desaparecido la ageusia y los dolores. El enfermo fué tratado con unos sellos de bromhidrato de quinina y nitrato de aconitina.

El Sr. Loroño dice que ha observado con cierta frecuencia el zona oftálmico y el intercostal. Ha empleado el ácido pírico en solución etérea, que suprime el dolor, el que á veces es tan intenso que ha tenido que recurrir á la morfina.

El Sr. Prieto hace algunas consideraciones acerca del caso

presentado por el Sr. López Albo y enumera los síntomas de la neuralgia del ganglio eseno-palatino, que también produce agusia homóloga.

El Sr. Crende habla á propósito de la erupción herpética y de su etiología.

El Sr. López Albo rectifica. Dice haber observado un solo caso de neuralgia de la cara en que sospechó inflamación del ganglio de Meckel, pero como no exploró el gusto ni volvió el enfermo por su consulta, no pudo completar el estudio del caso. Dice que actualmente se admite la etiología ganglio-radicular para explicar el herpes zoster. En un caso de bala situada en el ganglio de Gasser, que presentó á la Academia el curso anterior, hubo erupción herpética limitada exactamente á la línea media.

El Secretario de Actas, *W. López Albo*.

Sesión del día 22 de febrero de 1918

Preside el Dr. Crende.

Asisten los señores Prieto, Unamuno, Loroño, Eehave-Sustae-ta, Santibáñes, Yanke, Léniz, López Albo, Mendaza, Mochales, Clemente Romeo, García Hormaeche y Mesanza.

El Sr. Léniz, lee un trabajo en que hace el paralelo clínico de dos casos de insuficiencia aórtica, uno de origen arterial y otro de origen endocárdico. Hace un diagnóstico diferencial detallado de ambos casos, iguales por algún concepto, pero distintos por su génesis y cuadro clínico. Diferencia la insuficiencia aórtica de la pericarditis, micarditis, insuficiencia de la pulmonar, de los soplos extracardiacos, ó falsa insuficiencia aórtica, aneurisma de la aorta y angina de pecho.

El trabajo aparecerá en uno de los próximos números.

El Sr. Prieto, recuerda dos casos de reclutas, con síntomas de insuficiencia aórtica, en uno de los cuales la radiografía probó un pequeño aneurisma y en el otro el cayado rebasaba la articulación esterno clavicular derecha. Los dos enfermos padecían hemotipsis, de lo que deduce que sus lesiones arteriales eran de origen tuberculoso. Dice que la radioscópica es una gran ayuda para estos casos.

El Sr. García Hormaeche, dice que los vértigos de los aórticos pueden ser debidos á veces á isquemia del laberinto. Recuerda los casos de muerte súbita por hemorragia del laberinto.

El Sr. López Albo, hace algunas consideraciones acerca de las diversas causas del vértigo, y opina que en los aórticos es la insufi-

ciencia en el riego cerebral la responsable de los vértigos de estos enfermos, en el período de descompensación. Por lo demás, como estos enfermos son arterioescleróticos, esta lesión es responsable de los vértigos en el primer período, los que á su vez puede verificarse directamente en el laberinto ó vías vestibulares. En última instancia el mecanismo del vértigo es un trastorno en el aparato vestibular, nervio vestibular, laberinto posterior, núcleos de Deiters, Beccterew, dorsal interno y dorsal externo.

El Sr. Clemente Romeo, opina que los vértigos de los aórticos no son debidos á la isquemia sino á la falta de oxigenación de la sangre que llega al cerebro.

El Sr. Mochales, dice que los síntomas renales de uno de los casos del Sr. Lániz, eran debidos á la infección sifilítica del riñón.

El Sr. Léniz, rectifica.



PROYECTO DE REGLAMENTO INTERIOR  
DEL  
COLEGIO DE MÉDICOS DE VIZCAYA

---

CAPITULO I  
**Del Colegio**

ARTÍCULO 1.º Queda establecido el Colegio de Médicos de la Provincia de Vizcaya, con arreglo á lo que dispone el R. D. de 15 de Mayo de 1917.

ART. 2.º Los fines de este Colegio son los que establecen los Estatutos que se detallan en el R. D. del 6 de Diciembre de 1917 y su desarrollo se entenderá en la forma siguiente:

1.º Favorecer las relaciones de sincera amistad y consideración entre los Colegiados de esta provincia, adoptando las disposiciones conducentes para que no sufran detrimento alguno el decoro y buen nombre de la clase.

2.º Contribuir á que la profesión se ejerza dentro de la más pura moral, así en lo referente á la sociedad, como en las mútuas relaciones entre los Colegiados y entre éstos y los farmacéuticos.

3.º Defender los derechos é intereses de los Colegiados, procurando que gocen de la debida independencia y decoro ante los Ayuntamientos y autoridades.

4.º Perseguir ante los tribunales, los delitos de intrusismo ejerciendo esta acción por medio de su Presidente y Junta de Gobierno.

5.º Proponer y gestionar con el mayor empeño las urgentes reformas que reclaman los servicios sanitarios, defendiendo á los Colegiados siempre que fuesen molestados ó perseguidos injustamente con motivo del ejercicio de la profesión.

6.º Distribuir equitativamente entre los Colegiados las cargas que imponga el Fisco.

7.º Expendir en la forma que señalan los Estatutos los sellos para el sostenimiento del Colegio de huérfanos á que se refiere el R. D. de 15 de Mayo de 1917.

8.º Auxiliar á las autoridades en los informes técnicos, que le pidan y no correspondan legalmente á otras entidades.

9.º Contribuir á la cultura de sus miembros, así como á la difusión de los conocimientos de higiene entre todas las clases sociales y á la implantación de los progresos de tan importante rama de la Medicina.

## CAPITULO II

### De la organización del Colegio y de la Junta de Gobierno

ART. 3.º El Colegio estará dirigido por la Junta de Gobierno constituida y rejida por las disposiciones del capítulo segundo de los Estatutos.

ART. 4.º La Junta de Gobierno se reunirá cuando lo determine el Presidente ó cuando lo solicite la tercera parte de sus individuos.

ART. 5.º Para que pueda celebrar sesión la Junta de Gobierno será indispensable que concurren la mitad más uno de los individuos que la componen.

Si no hubiera número suficiente para celebrar sesión, se citará á nueva Junta, celebrándose ésta con los individuos que concurren y siendo válidos sus acuerdos en segunda convocatoria.

Estos se adoptarán por mayoría absoluta de votos, excepto cuando se trata de la adjudicación de premios que será por unanimidad ó de aplicación de correctivos que se necesitarán dos tercios de los votos emitidos.

Las citaciones para la Junta de Gobierno se harán siempre con cuatro días de anticipación y anotando en ella los asuntos de que haya de darse cuenta.

Los vocales se distinguirán entre sí, por su numeración correlativa. Substituirá al Presidente el vocal primero y en su defecto el que le sigue en la numeración.

Substituirá al Secretario, al Contador ó al Tesorero el último Vocal, y á falta de éste el del número inmediato superior.

ART. 6.º La Junta de Gobierno tendrá las facultades siguientes:

- 1.º Decidir respecto á la admisión de Colegiados.
- 2.º Poner en conocimiento de la autoridad correspondiente los casos de ejercicio ilegal de la medicina.
- 3.º Velar por la buena conducta de los Colegiados en el desempeño de su profesión.

4.º Aprobar la lista de Colegiados elegibles para desempeñar cargos en la Junta de Gobierno y de Colegiados electores que se redactará todos los años por le Secretaria.

5.º Regular los honorarios de los médicos cuando sean objeto de litigio ó cuando se acepte por una y otra parte al Colegio como árbitro ó amigable componedor.

6.º Convocar á todas las Juntas ordinarias y extraordinarias.

7.º Recaudar y administrar los fondos del Colegio.

8.º Ratificar el nombramiento y las cesantías de los empleados del Colegio.

9.º Nombrar las Comisiones que se considere necesarias para la gestión ó resolución de aquellos asuntos que estén relacionados con el ejercicio de su profesión.

10. Promover cerca del Gobierno y las autoridades aquellas cuestiones que considere de beneficiosos resultados para los intereses de la clase médica ó del Colegio.

11. Defender siempre que lo estime justo á los Colegiados que fuesen molestados ó perseguidos con motivo del ejercicio de la profesión.

12. Dictar los reglamentos de orden interior.

13. Proponer á la Junta General la adjudicación de premios.

14. Imponer á los Colegiados las correcciones en la forma que establece el capítulo 4.º de los Estatutos.

15. Mantener la debida correspondencia con los demás Colegios á fin de que resulte una acción común en la defensa de los derechos y prestigios de la clase.

ART. 7.º Corresponde al Presidente:

1.º Velar por el cumplimiento de las prescripciones de los Estatutos y de los reglamentos interiores.

2.º Convocar y presidir todas las Juntas generales ordinarias y extraordinarias y las de Gobierno.

3.º Entenderse directamente con las autoridades gubernativas, judiciales y sanitarias transmitiéndoles los acuerdos del Colegio, de la Junta de Gobierno y las reclamaciones que todos los médicos le dirijan y hayan sido estimadas por esta última.

4.º Nombrar todas las Comisiones presidiéndolas si lo estima conveniente.

5.º Abrir, dirigir y levantar las sesiones.

6.º Firmar las actas que le corresponda después de aprobadas.

7.º Autorizar el documento que acuerde la Junta de Gobierno como justificante de que el profesor está incorporado al Colegio.

8.º Autorizar los informes y comunicaciones que se dirijan á las autoridades, corporaciones ó particulares.

9.º Autorizar la cuenta corriente con el Banco cuando la tenga el Colegio, las imposiciones que se hagan y los talones ó cheques para retirar cantidades.

10. Visar todas las certificaciones que se expidan por el Secretario del Colegio.

11. Visar los libramientos y cargaremes.

12. Nombrar y separar los empleados y dependientes del Colegio que no serán definitivos hasta no ser confirmados por la Junta de Gobierno.

13. Hacer cumplir los acuerdos que tomen las Juntas bien sean generales ó de Gobierno.

14. Vigilar con el mayor interés por la buena conducta profesional de los Colegiados y por el decoro del Colegio.

ART. 8.º Corresponde á los Vocales:

1.º Substituir en la forma que se ha establecido al Presidente, Secretario, Contador y Tesorero.

2.º Desempeñar todas las comisiones que les ordene el Presidente.

3.º Redactar los informes que el Presidente les encomiende sometiéndoles después á la aprobación de la Junta de Gobierno.

ART. 9.º Es de incumbencia del Secretario:

1.º Redactar y dirigir los oficios de citación para todos los actos del Colegio según las órdenes que reciba del Presidente y con la anticipación debida.

2.º Redactar las actas de las Juntas Generales y las que celebre la Junta de Gobierno, cuidando de que se copien después de aprobadas en el libro correspondiente, firmando con el Presidente.

3.º Llevar los libros de acuerdos, uno para las Juntas generales y otro para las de Gobierno.

4.º Llevar además los libros necesarios para el mejor y más ordenado servicio, debiendo existir necesariamente uno en que se anoten las correcciones que se impongan á los Colegiados.

5.º Recibir y dar cuenta al Presidente de todas las solicitudes y comunicaciones que se remitan al Colegio.

6.º Rubricar al margen ó al lado de la firma del Presidente el documento que se acuerde como justificante del ingreso como Colegiado.

7.º Expedir las certificaciones que se soliciten colocando el correspondiente sello previo pago que deberá hacer la persona interesada.

8.º Formar cada año la lista de Colegiados, con expresión de su antigüedad y domicilio.

9.º Redactar la relación de Colegiados elegibles para los cargos de la Junta de Gobierno.

10. Redactar la Memoria anual.

ART. 10 Corresponde al Contador:

1.º Llevar un libro de intervención de entradas y salidas de caudales y poner la toma de razón en todo documento de cargo y data.

2.º Firmar los libramientos y cargaremes que se le presenten visados por el Presidente

3.º Firmar los cheques y talones de la cuenta corriente con el Banco de España, cuando la tenga el Colegio.

4.º Examinar é informar todos los años la cuenta de Tesorería.

ART. 11. Corresponde al Tesorero:

1.º Recibir y pagar las cantidades que correspondan al Colegio, bajo los debidos documentos firmados por el Secretario y el Contador y visados por el Presidente.

2.º Firmar la cuenta general de Tesorería y los proyectos de presupuesto que deberá presentar cada año la Junta de Gobierno, antes del 15 de Diciembre.

3.º En los ocho días siguientes de la terminación de cada trimestre, deberá pasar al Presidente para conocimiento de la Junta de Gobierno un balance del estado de los fondos del Colegio.

4.º Teher en la Caja del Colegio y custodiar los sellos de que éste dispone como arbitrios de ingresos.

5.º Llevar cuando se tenga la cuenta corriente con el Banco de España, custodiar los cuadernos de talones y cheques y firmarlos con el Presidente y el Contador.

6.º No tener en la Caja del Colegio cantidad superior á mil pesetas.

### CAPITULO III

#### De las comisiones delegadas de partido

ART. 12. Con objeto de atender á la más completa solidaridad y establecer una relación constante del Colegio con los Colegiados residentes en los demás pueblos de la provincia, la Junta de Gobierno, nombrará tantas comisiones delegadas de partido cuantos

son los judiciales en que se halla dividida la provincia excepto el de la Capital por ser la residencia de la Junta de Gobierno.

ART. 13. Las Comisiones delegadas de partido mencionadas en el artículo anterior estarán compuestas de un Presidente, un Vocal y un Secretario elegidos ó nombrados bienalmente después de la renovación de la Junta de Gobierno y en el mismo mes.

ART. 14. Serán funciones propias de cada Comisión delegada de partido:

1.º Desempeñar cuantas funciones tenga á bien encomendarles la Junta de Gobierno dentro siempre de lo dispuesto por los Estatutos y Reglamento.

2.º Procurar que los Colegiados cumplan las disposiciones de los Estatutos y Reglamento y los acuerdos de las Juntas generales comunicando á la de Gobierno las transgresiones que observen.

3.º Instruir los expedientes y suministrar los informes que les encomiende y pida la Junta de Gobierno.

4.º Comunicar á la Junta de Gobierno cuantas transgresiones del decoro profesional pudieran cometerse por los Colegiados con motivo de sus desidencias.

5.º Cursar todas las reclamaciones que los Colegiados del partido dirijan á la Junta de Gobierno.

## CAPITULO IV

### Comisión especial del Colegio de Huérfanos

ART. 15. A fin de organizar y llevar á cabo el cobro de los recursos del Colegio del Príncipe de Asturias, y para entenderse con el Patronato Central del mismo en todos los asuntos relacionados con aquél funcionará con arreglo á lo que dispone el artículo tercero de los Estatutos una Comisión que se denominará "Comisión Especial del Colegio de Huérfanos" que será elegida en sesión general del pleno del Colegio y se compondrá de tres individuos de la Junta de Gobierno, dos de los cuales habrán de ser médicos municipales ó titulares.

ART. 16 Esta Comisión se entenderá directamente con el Patronato del referido Colegio ateniéndose para la recaudación, expedición de sellos y administración de los ingresos á lo que previenen los Estatutos.

## CAPITULO V

## De los Colegiados

ART. 17. Para ingresar en el Colegio se necesita cumplir las disposiciones dictadas en el artículo 7<sup>o</sup> y siguientes de los Estatutos.

ART. 18. En el libro registro de la Secretaría del Colegio constarán dos clases de Colegiados con ejercicio profesional y sin ejercicio, cuya cualidad habrá de expresarse por el médico en la solicitud de su ingreso ó por el Colegiado en comunicación dirigida á la Junta de Gobierno cuando desee rectificar su situación.

ART. 19. Para acreditar estar Colegiado se requiere la presentación del documento que lo justifique expedido por la Junta de Gobierno.

ART. 20. Los médicos Colegiados tienen las siguientes obligaciones:

1.<sup>o</sup> Participar á la Junta de Gobierno ó á la comisión delegada de distrito los cambios de domicilio y de vecindad y las incorporaciones que hubieren hecho á otros colegios dentro de un plazo de quince días.

2.<sup>o</sup> Asistir á las Juntas generales del Colegio excusando su asistencia cuando motivos de salud ó deberes profesionales ineludibles se lo impidan, debiendo en este caso delegar su representación cada Colegiado en otro y no pudiendo llevar en todo caso cada Colegiado más representación que la de uno.

3.<sup>o</sup> Desempeñar los cargos para que fueren elegidos y las comisiones que se les encomienden por el Colegio en asuntos de la incumbencia del mismo.

4.<sup>o</sup> Satisfacer las cuotas de ingreso y las mensuales ó anuales que el Colegio señale.

5.<sup>o</sup> Cumplir fielmente cuanto se dispone en los Estatutos y en el Reglamento interior del Colegio.

6.<sup>o</sup> Ejercer la profesión con honradez, moralidad y decoro.

ART. 21. Los Colegiados rehusarán prestar sus servicios á colectividades, administraciones y mutuales cuyos Estatutos y tarifas sean incompatibles con el honor de la clase.

La apreciación corresponde á la Junta de Gobierno.

## CAPITULO VI

## De las Juntas Generales

ART. 22. Las Juntas generales serán ordinarias ó extraordinarias y estarán presididas por la Junta de Gobierno.

Las ordinarias se celebrarán en la segunda quincena del mes de Enero.

Las extraordinarias cuando lo acuerde la Junta de Gobierno por sí ó á solicitud firmada por treinta Colegiados teniendo que constar en la instancia solicitándola el objeto de la convocatoria debidamente razonado.

ART. 23. En la General Ordinaria se tratará los siguientes asuntos:

1.º Lectura de una Memoria en la que se dé cuenta de los sucesos de interés general para la clase médica y de los que especialmente afectan al Colegio, que hayan ocurrido el año anterior.

Esta Memoria estará aprobada por la Junta de Gobierno y redactada y leída por el Secretario.

2.º Aprobar el presupuesto de gastos del Colegio para el año entrante y cuenta general de gastos é ingresos del año anterior.

3.º Acordar los gastos extraordinarios que fueran indispensables.

4.º Asuntos de interés general para la clase médica ó para el Colegio que se propongan por la Junta de Gobierno.

5.º Acordar la cuota que debe repartirse entre los Colegiados para atender á las necesidades del Colegio, siempre que sus ingresos no alcancen á cubrirlos.

6.º Asuntos de interés general para la clase médica, ó para el Colegio que se propongan por los Colegiados. Para que se dé cuenta de estas proposiciones, tendrán que reunir los siguientes requisitos:

- a) Formularse por escrito y estar razonadas.
- b) Que sean suscriptas por seis Colegiados por lo menos.
- c) Que sean presentadas á la Junta de Gobierno en la última quincena del mes inmediato anterior al en que se celebre la Junta General ordinaria.

7.º Propositiones de la Junta de Gobierno á la General para concesión de premios.

8.º Determinación del número, clase y sueldo de los emplea-

dos y dependientes del Colegio y resolución de cuantas cuestiones se refieran al local donde se halle instalado.

9.º Acordar respecto á la suspensión de un Colegiado y supresión de relaciones profesionales.

ART. 24. En las Juntas Generales Extraordinarias, sólo podrá discutirse el asunto ó asuntos objeto de la convocatoria y que conste en las citaciones.

ART. 25. Las sesiones de las Juntas Generales ya sean ordinarias ó extraordinarias, se celebrarán sea cualquiera el número de Colegiados que asistan. Los acuerdos se adoptarán por mayoría de votos de los concurrentes.

ART. 26. Las votaciones se harán en general en la forma ordinaria, pero podrán ser nominales ó secretas cuando lo pidan cinco Colegiados. Las que se refieren á asuntos personales serán siempre secretas.

ART. 27. No podrá abstenerse de votar, el Colegiado que se halle presente en el acto de una votación.

ART. 28. Cuando se discuta un asunto en que esté interesado personalmente un Colegiado que asista á la sesión, se le oirá y después saldrá de la sala hasta que la cuestión se haya debatido.

ART. 29. En cada discusión sólo se asumirán tres turnos en pro y tres en contra, y por cada uno podrán hacerse dos breves rectificaciones, no pudiendo exceder cada discusión de diez minutos de duración á menos que el Presidente acuerde ampliar los turnos y el tiempo de la discusión.

ART. 30. Compete al Presidente dirigir el orden de las discusiones, no permitiendo que se usen frases mal sonantes ú ofensivas, ni que se interrumpa al orador, ni se trate otra cuestión que la que se debate, así como dar el punto por discutido cuando se hayan discutido los turnos. Es asimismo atribución del Presidente llamarle á la cuestión y al orden ó negarle la palabra, después de llamarle al orden tres veces.

## CAPITULO VII

### Fondos de los Colegios

ART. 31. 1.º Constituirán los fondos de los Colegios las cuotas de ingreso mensuales ó anuales que el Colegio acuerde.

2.º El importe de los donativos legados ó bienes que los particulares médicos ó corporaciones les confieran.

3.º Y la mitad del importe de los sellos de dos pesetas de los

certificados á que se refiere el párrafo segundo del artículo cuarto del Real Decreto del 15 de Mayo de 1917.

La Comisión especial del Colegio de Huérfanos será la especialmente encargada de distribuir á los Colegiados de su provincia dicho sello así como los de 0,50 á que se refiere el párrafo y artículo mencionados.

ART. 32. A fin de facilitar la repartición y expedición de los sellos á los médicos de la provincia, el Colegio podrá autorizar ó concertar su venta con los estancos ó farmacias encargándose cada Comisión provincial de organizar este servicio en la forma que resulte más práctica y beneficiosa.

ART. 33. Los gastos del Colegio serán;

1.º Pago de alquiler del local donde esté instalado y sostenimiento de luz, calefacción, mobiliario, etc.

2.º Coste de libros é impresos.

3.º Asignación de los empleados y subalternos.

4.º Gastos de escritorio, de la Secretaría y correspondencia.

5.º Cualquier otro gasto imprevisto ó extraordinario.

## CAPITULO VIII

### De los premios

ART. 34. Al objeto de mejorar las condiciones sanitarias de esta provincia, de inculcar en sus habitantes hábitos higiénicos en relación con los progresos de la higiene y de proceder al mismo tiempo á la formación de la geografía médica de esta provincia, el Colegio establecerá todos los años un concurso de premios para las mejores Memorias escritas sobre el tema «Geografía Médica de cualquier pueblo de esta Provincia» y cada cinco otro sobre el tema «Estudio Demógrafo Sanitario de la Provincia de Vizcaya en un período de cinco años», «Disposiciones y medidas de higiene pública y privada para mejorar sus condiciones higiénicas». Las Memorias se presentarán antes del día 30 de Noviembre de cada año é irán todas dirigidas al domicilio del Secretario que entregará recibo de ellas é irán señaladas con un lema y acompañadas de un sobre cerrado y lacrado con el mismo lema de la Memoria, en el que irá el nombre del autor; precisamente ha de estar inscripto en el Colegio Médico de esta provincia.

En la Junta general ordinaria que se celebrará todos los años en la segunda quincena de Enero se dará cuenta de las Memorias

recibidas y de las premiadas y se adjudicarán los premios, inutilizándose en la misma los sobres con los nombres de los autores de las que no hayan obtenido recompensa.

Todas las Memorias presentadas pasarán á ser propiedad del Colegio y de las premiadas que lo considere la Junta de Gobierno se hará una tirada de un determinado número de ejemplares, regalándose la mitad al autor.

Además la Junta de Gobierno propondrá á las autoridades y á la Junta de Sanidad de la Provincia la implantación de cuantas medidas sanitarias se propongan y considere convenientes.

ART. 35. El Colegio establecerá las distinciones que juzgue convenientes para premiar actos de moralidad, honradez, decoro y filantropía de los Colegiados, en el ejercicio de la profesión ó relevantes servicios médicos, particularmente los prestados en epidemias, ó notables trabajos científicos ó distinguida y dilatada práctica profesional.

ART. 36. Los premios consistirán en diplomas de Colegio de cuarto, medallas de plata sobredorada y cantidad en metálico si el estado de fondos del Colegio lo permitiese.

ART. 37. La Junta de Gobierno, solicitará de la Excm. Diputación Provincial, un premio en metálico que se adjudicará á la mejor Memoria referente á un problema sanitario de la provincia.

ART. 38. La Junta General del Colegio, á propuesta de la Junta de Gobierno, nombrará todos los años de entre los Colegiados el tribunal encargado de examinar las Memorias presentadas á los concursos y de adjudicar los premios. Este tribunal se compondrá de nueve individuos, formando parte de él, un Colegiado domiciliado en el partido provincial de Guernica, otro en el de Durango, otro en el de Valmaseda, otro en el de Marquina, y el resto en la Capital. Ellos mismos elegirán los que han de actuar de Presidente y Secretario.

## CAPITULO IX

### Disposlciones disciplinarias

ART. 39. Al aplicar las correcciones de que trata el capítulo IV de los Estatutos, tendrá muy presente la Junta de Gobierno el fin con que se hubiesen cometido las faltas que trate de castigar obrando con el mayor rigor posible, cuando se tratara de un fin de lucro, y en todo caso mirará la Junta con especial interés, por



HERMEROLOGIA  
MUNICIPAL  
MADRID

el buen nombre del Colegiado á quien se castigare y procurará que sufra el menor desconcepto posible ante el público.

ART. 40. La pena de suspensión se pondrá en conocimiento de todos los Colegios, Subdelegados de la provincia y autoridades y corporaciones á quienes pudiera afectar su cumplimiento.

ART. 41. Se castigará con el mayor rigor el ejercicio de la medicina sin título legal, poniendo además el hecho en conocimiento de los tribunales ordinarios, para lo que en justicia proceda.

## CAPITULO X

### De la Administración del Colegio

ART. 42. Para la recaudación de los ingresos que establece el artículo 31 de los Estatutos, se tendrán en cuenta las prevenciones siguientes:

1.º Todos los Colegiados actuales y los que más tarde soliciten ingreso en el Colegio, abonarán una cuota de entrada de cinco pesetas, en Tesorería, librando el Tesorero el oportuno recibo que se unirá á la solicitud de ingreso.

2.º Cuando se solicite en Secretaría la correspondiente certificación de Colegiado, se presentará recibo de haber entregado al Tesorero la cuota de entrada en el Colegio.

3.º La cuota del Colegio, será por ahora la de una peseta mensual que se abonará en la forma que disponga la Junta de Gobierno.

4.º Ningún médico podrá expedir certificaciones, exceptuando las que se destinen á los pobres de solemnidad, sin que vaya adherido á los certificados el sello correspondiente que inutilizará con su rúbrica y fecha de la expedición.

Los médicos al expedir certificaciones en favor de los pobres de solemnidad, certificarán esta circunstancia al pie de la misma y bajo su más estrecha responsabilidad.

Se entenderán por pobres de solemnidad, todos cuantos acrediten por medio de documentos expedidos por medio de los señores Alcaldes de los Municipios que reciben socorro de la Beneficencia. Quedarán también excluidos del uso del sello, las certificaciones libradas por los señores médicos titulares, para solicitar estos mismos socorros y los de los Asilos, Hospitales y Casas de Beneficencia.

La Comisión especial del Colegio de Huérfanos de la Junta Directiva de cada Colegio Médico, será la depositaria de los sellos, según lo dispone el artículo 31 de los Estatutos y todos los médicos deberán proveerse del número de sellos que crean conveniente en la forma que disponga la Comisión Especial.

## CAPITULO XI

### Del órgano del Colegio

ART. 43. El Colegio para poner en relación directa á todos los Colegiados con la Junta de Gobierno, tendrá un periódico que será órgano oficial del Colegio.

ART. 44. Este periódico será la *Gaceta Médica del Norte*, que se publica en Bilbao.

## CAPITULO XII

### Del domicilio del Colegio

ART. 45 El domicilio del Colegio estará instalado provisionalmente en. . . . .

## CAPITULO XIII

### De los empleados del Colegio

ART. 46 El Colegio tendrá dos plazas de empleados, uno que desempeñará el cargo de Escribiente y el otro el de Conserje.

ATR. 47 El Escribiente tendrá á su cargo cuantos trabajos propios del mismo le encomienden tanto el Secretario su jefe nato como los demás individuos de la Junta de Gobierno.

El Conserje tendrá á su cargo la custodia de todo lo de la pertenencia del Colegio, el aseo y la limpieza del mismo, el cuidado de la calefacción y cuanto tenga á bien encomendarle la Junta de Gobierno para el mejor servicio del Colegio.

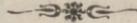
## CAPITULO XIV

**Disposiciones adicionales**

ART. 48. Aprobado que sea este Reglamento interior y sancionado por la Superioridad, todas sus disposiciones obligan ineludiblemente á todos los Colegiados.

ART. 49. Constituyendo este Reglamento interior un trabajo de adaptación á los Estatutos conforme á lo ordenado en el Real Decreto de 6 de Diciembre de 1917, todas las dudas que pudiesen ocurrir en la aplicación del mismo, las resolverá la Junta de Gobierno atemperándose al espíritu y letra de la expresada Real Disposición.

ART. 50. Este Reglamento no podrá ser reformado sin previa disposición razonada y firmada por treinta Colegiados que así lo deseen, poniéndose esta proposición á discusión en Junta general extraordinaria.



## UN LIBRO TAN UTIL COMO INTERESANTE

---

Acaba de publicar en Barcelona con el título de *Especialidades Farmacéuticas Extranjeras*, el ilustrado farmacéutico don Domingo Ventalló Vergés (autor premiado por varias Corporaciones científicas), constituyendo un grueso tomo de 800 páginas de excelente impresión y elegantemente encuadernado; obra destinada á llenar una verdadera y manifiesta necesidad en el estado actual de las profesiones Médico-farmacéuticas.

En un prólogo magistralmente escrito en el que abundan atinadas observaciones sobre la gravísima crisis que sufren estas profesiones á consecuencia de la *industrialización* de fórmulas y preparados por arte y parte de los embaucadores de la farmacia extranjera con burla y quebranto de leyes y ordenanzas á la par que disminución de la riqueza nacional, expone el autor de este Formulario su objeto, que no es otro que el de poner al corriente de médicos, farmacéuticos y el público en general la composición de las principales especialidades extranjeras sobre todo francesas, alemanas, austriacas, italianas y americanas; es decir, de cuantas por espacio de algunos años vienen imponiéndose merced á los efectos de una espléndida propaganda verbal y escrita.

Su autor, para llenar tan difícil cometido, ha tenido que hacer un detenido estudio de cuantos formularios han aparecido en el extranjero en estos últimos años, así como recopilar los análisis publicados por las revistas profesionales, datos suministrados por los fabricantes, informes y comentarios dados á conocer por los laboratorios químicos de aduanas, aparte de los trabajos de investigación de Hayer, Jacobsen, Juckenaë, Gautier, Renault, Ross, Emenzel Wittstein y finalmente los de Gschleidien y Bischoff del C. M. de Sanidad de Karlsruhe.

Sigue al prólogo una acertada recopilación de las principales disposiciones legales relativas á la elaboración y venta de las especialidades medicinales con la enumeración de los artículos referentes al Código penal en cuanto se relaciona con los delitos contra la salud pública, usurpación de funciones, falsedad, etc. etc.

En el cuerpo de la obra se consignan por riguroso orden alfabético, la composición exacta ó aproximada de 3719 especialidades, ya sean *soluciones, cápsulas, cigarrillos, comprimidos, cremas, emulsiones, jarabes, glóbulos, gránulos, perlas, píldoras, ungüentos, veyicatorios y vinos*, además de un sinnúmero de preparaciones con expresión del uso y dosis á emplear.

Termina tan excelente libro con tres índices; el primero correspondiente á la genuina forma que afectan, el segundo por orden alfabético de autores, fabricantes ó preparadores y finalmente, el tercero por las indicaciones terapéuticas á que se refieren.

No dudamos que tan útil auxiliar, editado en la Imprenta de Perelló S. A., calle de Pelayo, núm. 20, Barcelona, habrá de alcanzar el justo y merecido aprecio á que se hace acreedor entre los profesionales.

J. E-S.

---

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.—(Diseases of the nervous system), por Campbell Thomson; segunda edición; 554 pgs. 120 fgs. y 31 planchas en blanco y negro y en color. Editada por Cassell and Company, London, 1915.

Esta obra es un resumen detallado y completo de toda la neurología. El autor dedica la sección 1.<sup>a</sup>, como introducción del libro, al estudio de la estructura del sistema nervioso, á la clasificación de las neuronas, al estudio de los reflejos, rigideces y contracturas, reacciones eléctricas, sistema simpático, funciones generales del cerebro, examen de las funciones mentales, vías de infección del

sistema nervioso y punción lumbar. En la sección 2.<sup>a</sup> se ocupa de las enfermedades de los nervios periféricos. En la 3.<sup>a</sup> de las distrofias musculares. En la 4.<sup>a</sup> de las enfermedades de la médula. En la 5.<sup>a</sup> de la sífilis del sistema nervioso. En la 6.<sup>a</sup> de las enfermedades del cerebro y en las de origen general, donde incluye las convulsiones, la epilepsia, la parálisis agitante, la corea, las mioclonias, los tics, la parálisis periódica, las neurosis, las neuralgias, la migraña y el dolor de cabeza, el vértigo, las neurosis vaso-motoras, el bocio, el tétanos y la rabia.

Este pequeño volumen, elegantemente editado, constituye un manual muy apropiado para los médicos generales y estudiantes.

*W. López Albo.*

---

DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS.—(The diagnosis of nervous diseases), por Purves Steward; cuarta edición; 590 págs., con numerosas figuras y planchas en negro y en colores. Editada por Edward Arnold, London, 1916.

La última edición de la obra de Purves Steward, Joint Lecturer on Medicine in the Medical School, y Phisician to the West End Hospital for Nervous Diseases, es una exposición clara de todos los síndromes de la neuropatología. Primeramente el autor dedica dos capítulos á la exposición de las nociones fundamentales de anatomía y fisiología indispensables á los que se inicien en el estudio de la neurología. Dejando á un lado los asuntos doctrinales, expone únicamente los conocimientos de utilidad práctica. Los métodos de examen clínico son expuestos con tal claridad, que el lector se da pronto cuenta de la forma de llevarlos á cabo. Los diversos síndromes nerviosos se hallan detallados y resumidos

de tal modo, que fácilmente se comprenden todos sus síntomas.

El autor dedica un último capítulo á la neurología de guerra, que tantos progresos ha logrado en los tres años transcurridos. En él se ocupa de las heridas del cerebro, de la médula, de los nervios, de sus complicaciones precoces y tardías, fundándose en su práctica durante los dos primeros años de la guerra actual.

*W. López Albo.*

