

Bibliografía clínica de Luis Simarro: un caso de tumor cerebral, 1895

Í. Corral¹, C. Corral²

¹Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

²Especialista en Medicina Interna.

RESUMEN

Introducción. Luis Simarro (1851-1921) fue uno de los precursores de la neurología, la psiquiatría, la neurohistología y la psicología experimental en España. Se conocen muy pocos trabajos clínicos publicados por él.

Métodos. Presentamos un artículo sobre un caso clínico escrito por Luis Simarro, hasta ahora desconocido, y realizamos una búsqueda bibliográfica para localizar otros trabajos clínicos publicados a lo largo de su trayectoria.

Resultado. El caso publicado trata de un paciente intervenido en 1894 por un tumor cerebral, probablemente una de las primeras intervenciones neuroquirúrgicas comunicadas en España. Hemos encontrado otros 4 estudios clínicos publicados por Luis Simarro, 2 de ellos también desconocidos hasta ahora. En el primero, publicado en 1877, describe un caso de estatus epiléptico y su tratamiento.

Discusión. Simarro muestra desde joven maestría en la descripción clínica de los pacientes neurológicos y conocimientos muy actualizados en las enfermedades del sistema nervioso. A partir de 1885 se aprecia una exhaustiva evaluación de la anamnesis y exploración neurológica para la adecuada localización de las lesiones, y profundiza en la aplicación del método anatomoclínico y en el conocimiento de la fisiopatología del sistema nervioso. En sus escasas publicaciones clínicas Simarro se manifiesta como un buen clínico, con capacidad de transmitir de forma docente su experiencia clínica a sus discípulos.

PALABRAS CLAVE

Bibliografía, craniectomía, epilepsia, Historia de la Medicina del siglo XIX, Luis Simarro, tumor cerebral

Introducción

Luis Simarro (1851-1921) fue uno de los precursores de la neurología y la psiquiatría en España¹⁻³. Lafora le consideraba el mejor neurólogo y psiquiatra español de la segunda mitad del siglo XIX⁴. Su labor clínica se completaba con trabajos de investigación histológica sobre el sistema nervioso. Hoy es sobre todo conocido por mostrar a Cajal por primera vez el método de Golgi^{1,2,4,5} y por desarrollar un nuevo método de tinción por sales de plata⁶, que luego fue simplificado y perfeccionado por Cajal, que elaboró sus métodos argénticos^{4,7}. Entre sus discípulos están algunos de los miembros más destacados

de la neurología, la psiquiatría y la neurohistología españolas del siglo XX: Achúcarro, Lafora, Gayarre y José Sacristán, entre otros. Como primer catedrático de Psicología Experimental fue también muy importante su labor en el desarrollo de la psicología científica en nuestro país⁸. Sin embargo, la transmisión para el futuro de sus conocimientos clínicos y sus investigaciones se vio limitada por su escaso interés en escribir y publicar^{4,9,10}. De hecho, hasta la fecha no se conocía ningún estudio de casos clínicos publicado por Simarro.

En este artículo presentamos un artículo sobre un caso clínico escrito por Luis Simarro, hasta ahora desconocido, y lo analizamos en el contexto de su época

y de la producción bibliográfica de Simarro. Se trata de un paciente intervenido en 1894 por un tumor cerebral, probablemente una de las primeras intervenciones neuroquirúrgicas comunicadas en España (figura 1)¹¹.

Material y métodos

Descripción del caso clínico publicado por Luis Simarro en 1895 en *Revista Clínica*¹¹.

Se ha revisado toda la bibliografía escrita por Luis Simarro en busca de artículos o trabajos de contenido fundamentalmente clínico. Para ello se ha estudiado la bibliografía aportada en biografías y artículos escritos sobre Luis Simarro^{1,8,12-17}. Adicionalmente, se ha buscado el término “Luis Simarro” en los catálogos electrónicos de la Biblioteca Nacional (catálogo general y hemeroteca), el archivo de la Fundación Uriach 1838, la biblioteca de la Real Academia Nacional de Medicina y la biblioteca de la Universidad de Valencia.

Resultados

Caso clínico

Un varón de 54 años, profesor de instituto, sin antecedentes patológicos, comenzó en agosto de 1894 con mareos (“vértigos”), definidos por el paciente como sensación de desvanecimiento de menos de un minuto, sin pérdida de conciencia, sin sensación de movimiento y acompañado de náuseas, que fueron aumentando en frecuencia hasta suceder cada 2 ó 3 días. En la anamnesis dirigida se refería que desde hacía unos 8 meses notaba distracciones, vacilaciones, falta de memoria, torpeza y lentitud en el discurso.

En noviembre tuvo un episodio de inclinación hacia la izquierda en la marcha y torpeza de miembros derechos, acompañado de afasia. Al día siguiente, cuando le examinó el Dr. Simarro por primera vez, la hemiparesia había desaparecido, pero persistían parafasias y presentaba temblor cefálico y a veces de miembros superiores. En los días siguientes estas alteraciones neurológicas fluctuaron y presentó alteración del ritmo vigilia-sueño, así como fluctuaciones en el nivel de atención. El fondo de ojo era normal y presentaba bradicardia de 60 latidos por minuto (lpm). Mejoró tras tratamiento con yoduro potásico (2 gr/día). El día 15 de noviembre se añadieron dolores de cabeza que localizaban en región parietal izquierda.

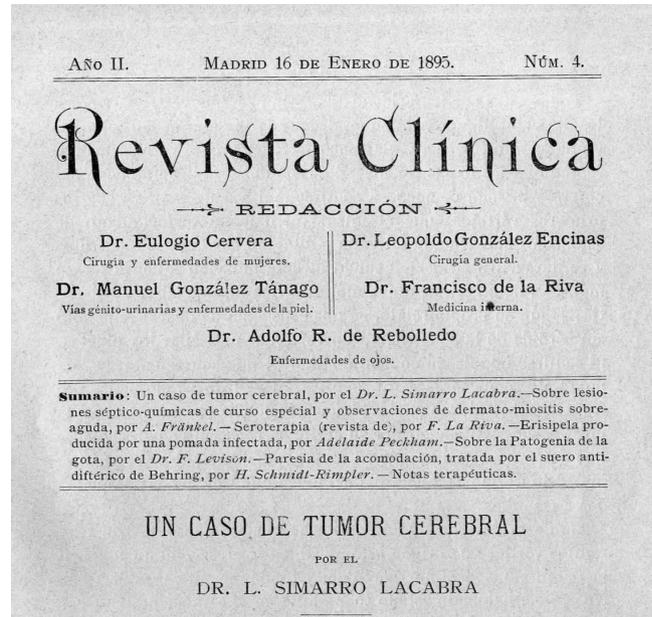


Figura 1. Portada del número de *Revista Clínica* con el inicio del artículo de Luis Simarro.

Se planteó entonces que el paciente padecía una alteración orgánica cerebral. Inicialmente se consideró la posibilidad de alteración vascular (“arterio-esclerosis”), pero los análisis del pulso del corazón y la aorta fueron normales. También se descartó que se tratara de una nefritis mediante el examen del sedimento urinario y el análisis bioquímico de la orina.

El día 28 los síntomas empeoraron, haciéndose más obvios la obnubilación, la afasia, la hemiparesia y los temblores. El registro del temblor no intencional mostraba un ritmo de 4 oscilaciones por segundo. El paciente mejoró tras aumentar la dosis de yoduro potásico a 5 gramos al día, pero el 5 de diciembre sufrió un empeoramiento brusco, como un ataque apopléctico, quedando en coma. La temperatura era de 37,8 °C y el pulso 96 lpm. Las pupilas no tenían reacción a la luz, con la izquierda contraída, y presentaba respiración de Cheyne-Stokes. Había parálisis facial inferior derecha y hemiparesia derecha, con movilización solo al estímulo doloroso. Se le administraron inyecciones hipodérmicas de éter y alcanfor en momentos en que la respiración de Cheyne-Stokes parecía comprometer su vida y se realizó tratamiento antisifilítico con inyecciones de peptonato amónico mercuríco, a pesar de la ausencia

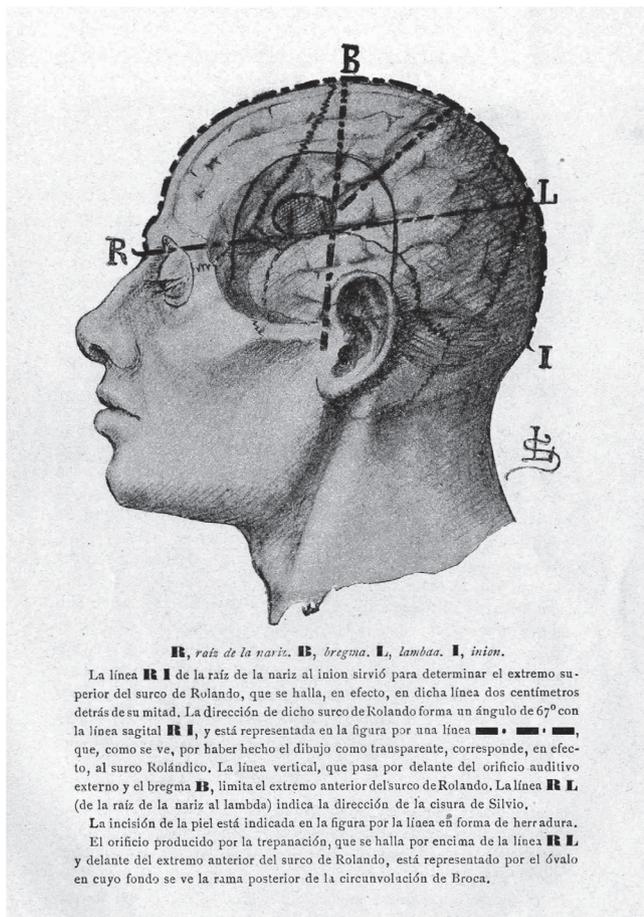


Figura 2. Dibujo original de Luis Simarro, firmado con las iniciales LS, demostrando la técnica utilizada para la localización de las cisuras de Silvio y Rolando y la circunvolución de Broca. Muestra también la incisión realizada en el cuero cabelludo.

de antecedentes de sífilis. Volvió a mejorar algo en los días siguientes pero persistiendo el sopor, la afasia y la hemiparesia. El día 18 de diciembre empeoró de nuevo con respiración de Cheyne-Stokes y elevación de la temperatura.

Por la aparición de accesos apoplectiformes, se desechó la posibilidad de hemorragia cerebral. Los episodios de empeoramiento súbito se interpretaron como equivalentes clínicos de ataques epilépticos secundarios a un tumor cerebral. El día 23 se apreció durante uno de estos ataques que los miembros derechos estaban rígidos con cierta “trepidación epileptoidea, como contracciones clónicas, rápidas y pequeñas, provocables

por movimientos pasivos”. Por primera vez se vio en el fondo de ojo que las venas estaban dilatadas. La temperatura era de 37,9 °C y el pulso 96 lpm.

Con el paciente en coma, al día siguiente se decidió practicar la trepanación por el Dr. Sanmartín. No fue necesario utilizar cloroformo por la situación de coma del paciente. Tras el lavado de la zona quirúrgica se marcaron sobre la piel el surco de Rolando y la cisura de Silvio, mediante referencias craneales externas y mediciones antropométricas y se realizó la trepanación inmediatamente por delante del límite inferior del surco de Rolando, en la línea que da la dirección de la cisura de Silvio (figura 2). El objeto era poner al descubierto la rama posterior de la M de la circunvolución de Broca. Al exponer la duramadre no se apreció ninguna señal de latido ni pulsación. Al incidir la duramadre se empezó a notar pulsación en ella. Y al exponer la circunvolución de Broca no se veía exteriormente ninguna anomalía en las circunvoluciones, solo que formaban una hernia en la dura y continuaban sin pulsar. Se realizaron 3 punciones sin ningún resultado positivo, pero ya el cerebro comenzaba a pulsar, por lo que se desestimó proseguir la exploración en busca del tumor, considerando que la presión intracraneal se había aliviado ya lo suficiente.

Sin embargo, la situación del paciente no mejoró. Seguía en coma, con fiebre y pulso de 130 lpm. Al día siguiente se realizó una punción con un trocar introducido 6 cm. Se extrajeron 15 cc de un líquido amarillento transparente. En el líquido flotaba una membrana blanca, también muy transparente, que se descartó se tratara de equinococo. Después de la punción el paciente salió del coma, cesando la respiración de Cheyne-Stokes, desapareciendo las convulsiones y reaccionando las pupilas.

El día 28 de diciembre tuvo de nuevo empeoramiento de las mismas características y falleció el día 3 de enero.

Se realizó una autopsia solo del cráneo. Las circunvoluciones del hemisferio izquierdo estaban notablemente aplanadas, las venas muy dilatadas y todo el cerebro ingurgitado de sangre. Se hallaron 2 tumores (figura 3): uno en la sustancia blanca subyacente al lóbulo de la ínsula de Reil, en forma de lente ovalada (diámetro mayor anteroposterior de 52 mm, vertical 35 mm y espesor de 11 mm). Era un tumor blando, algo deleznable, y en su extremo anterior había una cavidad quística casi esférica de unos 20 milímetros de diámetro que contenía una serosidad amarillenta análoga a la

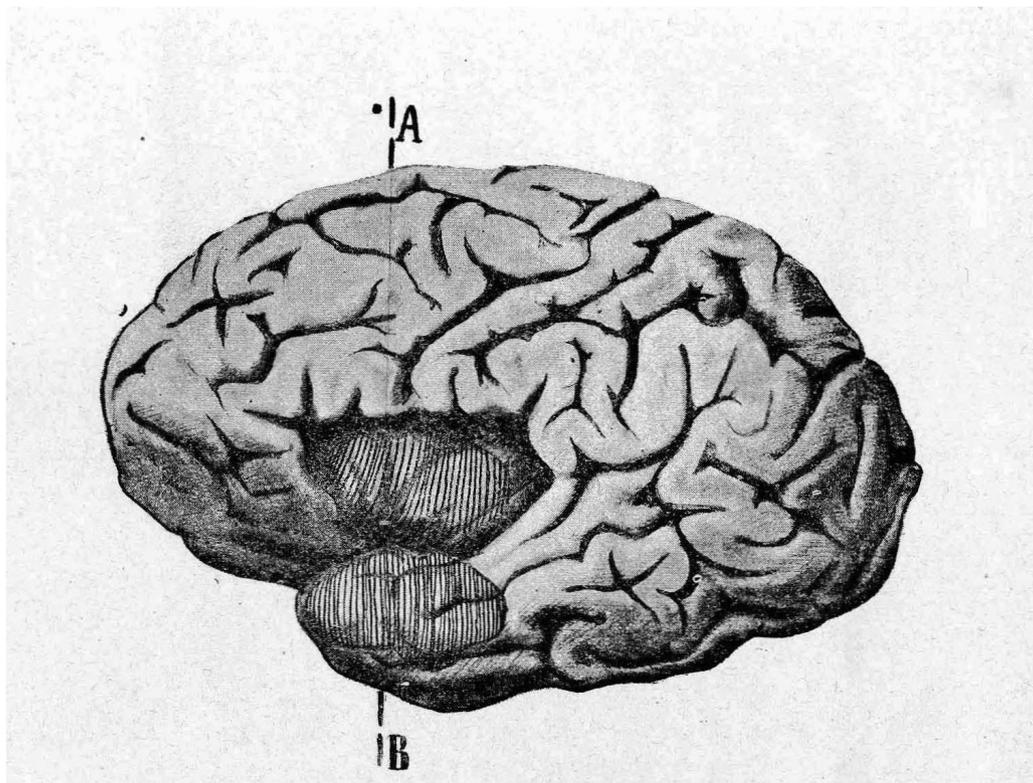


Figura 3A. Dibujo del natural del cerebro del paciente. Visión lateral tras apartar el opérculo y deprimir el lóbulo temporal para mostrar la ínsula de Reil, donde se expone la localización de los tumores subcorticales mediante sombreado.

obtenida por la punción. Aunque no estaba encapsulado estaba claramente delimitado del tejido nervioso ambiente. En el extremo inferior del “lóbulo esfenoidal” (*sic*) se encontró otro tumor (diámetro vertical 38 mm, diámetro anteroposterior 57 mm y espesor de 37 mm). Éste era duro, de consistencia escirrosa, de aspecto lobulado, sin cápsula pero muy bien delimitado del tejido ambiente, que estaba todo reblandecido hasta la mitad de dicho lóbulo esfenoidal.

El artículo termina con “Se continuará” entre paréntesis, si bien no se publicó nada más en los números siguientes de la revista.

Bibliografía clínica de Luis Simarro

En la revisión de la literatura escrita por Simarro, solo hemos encontrado 4 trabajos con claro contenido clínico, además del aquí estudiado. Realizó una publicación

sobre epilepsia en 1877, al poco de iniciar su trabajo en el Hospital de La Princesa¹⁸. En 1885 publicó un artículo titulado “De los reflejos espinales” en la *Revista Internacional de Ciencias Médicas*, que no se ha podido localizar en el Catálogo Colectivo de Publicaciones Periódicas y cuyas conclusiones se presentaron en otro lugar¹⁹. Junto con José María Escuder y Jaime Vera firmó un exhaustivo informe sobre el estado mental del diputado a Cortes D. Martín Larios y Larios²⁰. Por último, escribió un capítulo sobre enfermedades del sistema nervioso en el *Vademécum clínico-terapéutico*²¹.

Discusión

Análisis del caso clínico

En la descripción del caso se aprecia una adecuada valoración neurológica de un paciente grave, dentro de las limitaciones de la época, que llevan a una localización

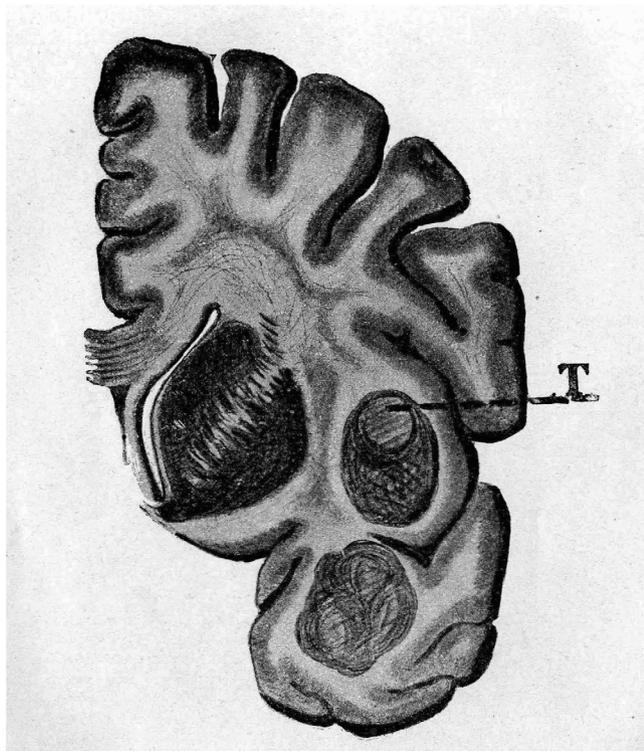


Figura 3B. Dibujo del natural del cerebro del paciente. Corte coronal demostrando los tumores y el trayecto seguido por el trocar hasta la zona quística del tumor situado debajo de la ínsula.

aceptable de la lesión e identificación del tipo de lesión causante. Es de destacar la utilización de técnicas específicas en la exploración, como el oftalmoscopio y el registro del temblor.

El paciente presentó inicialmente un cuadro mal definido de mareos. Si bien es difícil realizar un diagnóstico claro de su naturaleza, retrospectivamente creemos que podrían ser crisis epilépticas insulares, una vez conocida la localización del tumor por debajo de la ínsula izquierda. A favor de esta hipótesis iría su carácter estereotipado, con aumento progresivo de frecuencia posiblemente por el crecimiento del tumor, la corta duración y la presencia de síntomas vegetativos como las náuseas. No pueden atribuirse a hipotensión ortostática o vértigo paroxístico por la ausencia de desencadenante posicional.

Tres meses después presentó claros síntomas focales corticales izquierdos: afasia y hemiparesia (que podría ser por compresión de cápsula interna). Pero estos síntomas cursaron inicialmente de manera transitoria y después intermitente o fluctuante, añadiéndose un

cuadro confusional con alteración del ritmo vigilia-sueño. Estableciendo ya con estos datos que el paciente presenta un trastorno orgánico cerebral, Simarro descarta el ictus isquémico (arterio-esclerosis), pero la argumentación que ofrece parece limitada, ya que se basa solo en la valoración del pulso. La situación confusional del paciente le hace plantearse un trastorno metabólico, descartando patología renal (“nefritis”) mediante el análisis bioquímico de la orina y estudio del sedimento, único medio de estudio de las alteraciones renales en la época. También descarta la hemorragia cerebral por el curso con recaídas agudas.

El temblor del paciente, que parece de reposo y afecta sobre todo a la cabeza y menos a los miembros superiores, es registrado por Simarro, demostrando una frecuencia de 4Hz. Podría tratarse de un temblor parkinsoniano por compresión de los ganglios basales.

La aparición de cefalea y el curso progresivo hacen sospechar un tumor cerebral. Desde la primera exploración se ha vigilado el fondo de ojo con el oftalmoscopio, sin encontrar anomalías hasta varias semanas después de la primera visita. Hacia ello también apunta la interpretación acertada que hace Simarro de los episodios de deterioro agudo (apoplectiformes) como equivalentes clínicos de ataques epilépticos focales, una interpretación que se ve confirmada a los pocos días por la presentación de claras crisis clónicas de los miembros derechos. El deterioro rostrocaudal del paciente se acompaña de respiración de Cheyne-Stokes, con pupila izquierda contraída, indicativos de afectación diencefálica. La aparición de fiebre y taquicardia podría ser secundaria a neumonía aspirativa por el bajo nivel de conciencia. Podría tratarse también de fiebre central. Simarro no comenta la posibilidad de absceso cerebral, pero la punción con trocar en busca de la lesión tras la craniectomía sugiere que se pensaba en ese diagnóstico, probablemente una de las pocas opciones para una evolución favorable del paciente.

Los tratamientos médicos aplicados al paciente reflejan las limitaciones terapéuticas que existían a finales del siglo XIX. El tratamiento con yoduro potásico se utilizaba para el tratamiento de la sífilis terciaria, sobre todo el goma sífilítico. La sífilis era una de las patologías neurológicas más frecuentemente diagnosticadas en la segunda mitad del siglo XIX y es lógico que se incluyera su tratamiento empírico en un caso de proceso expansivo cerebral, a pesar de reconocer Simarro que no había

datos para este diagnóstico. Tras el fracaso del yoduro potásico se incrementó este tratamiento añadiendo sales de mercurio, también sin éxito alguno. El éter en inyección hipodérmica y el alcanfor se utilizaban como excitantes de la circulación y la respiración en situaciones de colapso por diferentes enfermedades agudas.

La evolución hacia el coma determinó la decisión de realizar una craniectomía. La situación del paciente era tal que no precisó anestesia con cloroformo. Esta intervención es sin duda una de las primeras intervenciones neuroquirúrgicas comunicadas en España. El desarrollo de la neurocirugía moderna comenzó en el último cuarto del siglo XIX. El progreso del conocimiento de las localizaciones cerebrales en la segunda mitad del siglo XIX permitió que los clínicos pudieran establecer el asentamiento de las lesiones craneales. En esa época las intervenciones craneales las practicaban cirujanos generales, apoyados por médicos especializados en el campo de las enfermedades del sistema nervioso²². Las primeras intervenciones se realizaron en Gran Bretaña: William Macewen (1848-1924) realizó en la década de 1870 la extirpación de un meningioma de la convexidad y drenajes de absceso cerebral y hematoma subdural. Victor Horsley (1857-1916) fue el primero en reseca un tumor medular en 1887. En España, Alejandro Planellas intervino en 1881 un traumatismo craneocerebral en Barcelona. En Madrid, Federico Rubio y Galí (1827-1902), Eulogio Cervera Ruiz (1855-1916) y José Ribera Sans (1852-1912) realizaron también craniectomías en epilepsias jacksonianas y para evacuar abscesos cerebrales desde 1890²². El cirujano que interviene al paciente de Simarro (Sanmartín) es sin duda Alejandro San Martín (1847-1908), catedrático de Patología Quirúrgica de Madrid desde 1882, también especializado en cierta medida en cirugía craneal. Una de sus contribuciones más conocidas fue la intervención de la neuralgia del trigémino mediante extirpación del ganglio de Gasser a través de escisión esfenoide²³. Como explica Simarro en el artículo, la planificación neuroquirúrgica se realizaba mediante proyección craneal de las estructuras cerebrales a partir de puntos de referencia externos y medidas antropométricas. Precisamente el año anterior Slocker de la Pola había publicado su tesis doctoral sobre este tema²⁴. No hay duda de que Simarro participa en el acto quirúrgico y en las decisiones intraoperatorias que se van tomando. La intervención confirma el aumento de la presión intracraneal, manifestada por la herniación

de las circunvoluciones al abrir la duramadre y por la ausencia de pulsación del cerebro. No encuentran, sin embargo, el tumor en la exploración superficial y deciden realizar punciones exploratorias, sin éxito. En un primer momento, paran la intervención aduciendo que el alivio de la hipertensión intracraneal es suficiente al percibir de nuevo el latido cerebral. Parece que el no haber localizado adecuadamente el tumor les retrae de progresar en una intervención sobre un área cerebral elocuente. Sin embargo, al persistir la mala situación clínica, al día siguiente optan por una punción con trocar, con la fortuna de extraer 15 cc de líquido, lo que permite descartar el absceso y una mejoría del paciente al reducir la hipertensión intracraneal. Sin embargo, no sería más que una medida paliativa transitoria, pues sin extirpación del tumor la evolución del paciente hacia la muerte era lo esperable.

Los hallazgos de la autopsia del cráneo demostraron dos tumores independientes, uno bajo la ínsula y otro en el lóbulo temporal, bien delimitados del tejido cerebral, lo que hace pensar en metástasis cerebrales como primera opción, con áreas de necrosis en su interior. Una supervivencia de 4 meses desde el primer síntoma claro atribuible al tumor entra dentro de lo esperable en metástasis cerebrales. Ningún dato clínico nos permite aventurar cuál era el tumor primario y no hubo autopsia general. Suponemos que Simarro tenía intención de realizar el estudio microscópico de los tumores y publicar el resultado en un próximo número de la revista, de ahí el “Se continuará”. No era el primer artículo que Simarro dejaba inconcluso en una época en que era costumbre publicar los trabajos fragmentados en sucesivos números de las publicaciones periódicas. En 1878 publicó una primera parte de “Descendencia y darwinismo”, que nunca se continuó¹².

Bibliografía clínica de Luis Simarro

Hemos constatado el escaso número de publicaciones clínicas escritas por Luis Simarro, lo que hace más extraordinario el hecho de que comunicara, ya en su madurez, un caso clínico aislado. Una gran parte de los trabajos firmados por Simarro son transcripciones de sus conferencias o cursos, muchos de ellos publicados en el Boletín de la Institución Libre de Enseñanza (BILE), donde también remitió algunos informes relativos a su estancia en París entre 1880 y 1885. Esto demuestra el fuerte compromiso de Simarro con la Institución Libre de Enseñanza (ILE). Hay también entre sus escritos

algunos prólogos de libros, cuya producción solo puede entenderse también como un compromiso personal con los autores o los traductores. Publicó también algunos artículos en la prensa no especializada. De Simarro se ha transmitido siempre la idea de su escasa producción bibliográfica⁴⁹, y no es raro que se achaque a esta limitación su menor impacto en la ciencia española. Ciertamente, la fama que tuvo en su época y su importantísima contribución al desarrollo de la ciencia en nuestro país no se corresponden con lo poco que ha trascendido de su figura, aunque ha sido recuperada en las últimas décadas. “Perezoso para escribir”, en palabras de Luis de Zulueta¹⁰, parece que Simarro, cuando un tema le apasionaba, no dudaba en dedicar el tiempo necesario. El ejemplo más llamativo es su publicación “El proceso Ferrer y la opinión europea”, un volumen de 650 páginas sobre el juicio y condena de Ferrer Guardia, por cuya revisión luchó activamente²⁵. Simarro estuvo muy implicado en los debates sobre la consideración jurídica de la enfermedad mental, a raíz de las polémicas generadas por el caso Galeote, y publicó varios artículos sobre el tema²⁶⁻²⁸. En 1886 fue nombrado miembro de una comisión encargada de redactar el proyecto de ley sobre las medidas de protección contra los locos criminales y las bases para la construcción de un manicomio penal. De forma similar podríamos interpretar la comunicación de su método de tinción. Lo publicó simultáneamente en dos revistas, en la *Revista Trimestral Micrográfica* de Cajal²⁹ y en la *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*⁶, dirigida por su amigo Federico Rubio.

Pese a todo, Simarro sí mostró interés en las publicaciones clínicas al inicio de su carrera. Cuando era estudiante en Valencia (1872-73) promovió la publicación de un volumen con los casos clínicos atendidos en las salas del Hospital³⁰. En 1877 presentó un caso de estatus epiléptico en un artículo en el que se muestra muy documentado en la literatura neurológica francesa y declara su admiración por Charcot¹⁸. Justifica el artículo para apoyar la idea de Bourneville de que mediante el registro de la temperatura se podía diferenciar entre crisis epilépticas e ictus hemorrágico o isquémico (“reblandecimiento cerebral agudo”), hasta el punto de afirmar que si la temperatura hubiera sido baja “toda posibilidad de ataque epiléptico quedaría apartada” tras haber hecho una magnífica y detallada descripción clínica del estatus. Utiliza el nitrato de amilo para el tratamiento agudo del estatus, con el que ya tiene experiencia previa en 5 casos, y bromuro para el tratamiento crónico.

En el artículo sobre los reflejos espinales, publicado en 1885 a su vuelta de París, Simarro expone las posibles alteraciones del reflejo rotuliano, mostrando su importancia para la localización de la patología según los datos exploratorios acompañantes¹⁹.

El informe sobre Martín Larios²⁰ no es propiamente una publicación clínica, pues no se imprimió para ser difundido entre los médicos, pero sí constituye un buen ejemplo de una valoración neurológica y psiquiátrica de alto nivel en una época en que está empezando a desarrollarse la neurología en España. Este informe ya ha sido analizado previamente^{31,32}. Destaca en él un acercamiento sistemático y exhaustivo en la anamnesis y exploración, tanto neurológica como psiquiátrica. También en este caso se emplearon las técnicas exploratorias disponibles en la época. Se realiza un análisis detallado de la posible localización de las alteraciones encontradas, con ciertos errores atribuibles a la limitación de los conocimientos de la época. La influencia de la escuela francesa en Simarro sigue siendo evidente, pues los autores aplican al paciente el método anatomoclínico y el concepto de “neuropatía hereditaria” o degeneración³¹.

Simarro había sido desde 1875 profesor de la Escuela Práctica Libre de Medicina y Cirugía de Madrid, un centro con una orientación positivista y fisiopatológica³³. Entre 1877 y 1879 trabaja como facultativo en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. En los diagnósticos realizados allí también se constata el uso por Simarro de la nosología psiquiátrica francesa de la época³⁴. Empieza a realizar autopsias a los enfermos mentales que fallecen en la institución. Sin duda este fue un intento precoz de Simarro de llevar el método anatomoclínico e histopatológico al estudio de las enfermedades mentales. Sin embargo, al año es apercibido por el director del centro por este motivo y Simarro abandona el manicomio al día siguiente para volver a su plaza en el Hospital de la Princesa³⁴. En los últimos años del siglo XIX, Simarro creó un pequeño núcleo docente, libre y eminentemente práctico, en el que participaba D. Juan Madinaveitia en el Hospital General de Madrid. La formación inicial de Nicolás Achúcarro, de Gonzalo Rodríguez Lafora, de Miguel Gayarre, que sería director del Manicomio de Ciempozuelos, y de los hermanos Juan de Dios y José Miguel Sacristán se llevó a cabo en este núcleo. Acuden por la mañana a las salas de Madinaveitia en el Hospital General donde aprenden el método anatomoclínico y la medicina fisiopatológica que Madinaveitia había

conocido en Alemania y, por la tarde, trabajaban en el laboratorio de Simarro y Madinaveitia en la calle General Oraá en donde aprenden las técnicas histológicas con piezas que provenían de las autopsias de Madinaveitia y de Gayarre. Achúcarro, Lafora y José Miguel Sacristán completarán su formación anatomoclínica en Alemania con Kraepelin y Alzheimer centrándose en la histopatología de las enfermedades mentales. Algunos fueron pensionados por la Junta para Ampliación de Estudios de la que Simarro fue vocal desde su inicio^{35,36}. Al disminuir la actividad clínica e investigadora de Simarro, su escuela se fundió con la de Cajal⁴.

La contribución de Simarro al Vademécum clínico-terapéutico con el capítulo “Enfermedades del sistema nervioso”²¹ hay que enmarcarla en el contexto de este grupo docente. Entre los autores que escriben los capítulos clínicos encontramos dos de sus más estrechos colaboradores y amigos: Juan Madinaveitia y Miguel Gayarre. En él Simarro realiza una patología general del sistema nervioso, con un enfoque eminentemente práctico. En la explicación de la exploración neurológica y sus alteraciones se trasluce una gran experiencia clínica y una buena capacidad de docencia clínica.

Creemos que la publicación de un caso de tumor cerebral estaría motivada por el interés anatomoclínico del caso y por su importancia al ser una de las primeras experiencias neuroquirúrgicas de España. Quizás también de nuevo por un compromiso personal con el director de la revista, Eulogio Cervera Ruíz (1855-1916), y con otros colaboradores, entre los que figuran Madinaveitia, Gayarre y el propio Cajal, aunque éste último no firmó ningún artículo en ella. En las biografías de Simarro no hemos podido documentar una relación directa entre Simarro y Cervera, pero podemos sospecharla por algunas coincidencias biográficas. Cervera terminó la carrera de medicina en Madrid en 1875, dos años después de Simarro, y como este, era también natural de Valencia (Torrente). Fue jefe de sección del Instituto Rubio, por lo que es muy probable una relación a través de Federico Rubio y Galí, con el que Simarro tuvo una estrecha relación y que como él perteneció a la ILE y a la Escuela Práctica Libre de Medicina y Cirugía. La *Revista Clínica* se publicó solo durante 3 años, 1894-1896. Se inició como medio de comunicación de los casos atendidos en la policlínica Cervera, recién creada en 1894 por Eulogio Cervera, así como de notas terapéuticas y resúmenes bibliográficos³⁷.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

Bibliografía

1. Fernández N, Breathnach CS. Luis Simarro Lacabra [1851-1921]: from Golgi to Cajal through Simarro, via Ranvier?. *J Hist Neurosciences*. 2001;10:19-26.
2. Gimeno A. La Historia de la Neurología en Madrid. En: Bermejo Pareja F, García-Albea Ristol E, Acarín Tussel N, Chacón Peña R, eds. *La Neurología española al final del milenio. Historia y porvenir*. Barcelona: Uriach; 1999. p.13-35.
3. Giménez-Roldán S. L'ecole de neurologie de Madrid (1885-1939). *Rev Neurol (Paris)* 2015;171:1-15.
4. Rodríguez Lafora G. El profesor Luis Simarro. *Arch Neurobiol*. 1921;2:209-11.
5. Ramón y Cajal S. Recuerdos de mi vida: Historia de mi labor científica. Madrid: Alianza; 1981.
6. Simarro L. Nuevo método histológico de impregnación por las sales fotográficas de plata. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*. 1900;4:332-58.
7. Frixione E. Cajal's second great battle for the neuron doctrine: the nature and function of neurofibrils. *Brain Res Rev*. 2009;59:393-409.
8. Carpintero H, Campos JJ, Bandrés J, eds. Luis Simarro y la psicología científica en España. Cien años de la cátedra de psicología experimental en la Universidad de Madrid. Madrid: Universidad Complutense; 2002.
9. Cortezo CM. Luis Simarro. En: Médicos ilustres del siglo XIX. Conferencias leídas en el Ateneo de Madrid por los doctores Cortezo, Pulido, Goyanes, Pinilla y Luis, y Yagüe. Madrid: Imprenta del sucesor de E. Teodoro; 1926.
10. De Zulueta L. Dos vidas paralelas. El Doctor Simarro. *Índice*. 1921;2:18-20.
11. Simarro Lacabra L. Un caso de tumor cerebral. *Revista Clínica (Madrid)*. 1895;2:49-56, 65-67.
12. Vidal-Parellada A. Luis Simarro y su tiempo. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2007.
13. Carpintero H. Luis Simarro: de la psicología científica al compromiso ético. Valencia: Universitat de Valencia; 2014.
14. Terol Gregori J. El doctor Simarro. Xàtiva: Matéu; 2006.
15. Campos Bueno JJ, Llavona R, eds. Los orígenes de la psicología científica en España: el Dr. Simarro. *Investigaciones Psicológicas*. 1987;4:67-9.
16. Puig-Samper Mulero MA. Luis Simarro y las Ciencias neurobiológicas (I). *Revista A.E.N.* 1987;7:649-52.
17. Viqueira JV. La psicología contemporánea. Barcelona: Labor; 1930. p.50-63.
18. Simarro Lacabra L. Série de accesos de epilepsia. Exploración de la temperatura como medio diagnóstico y guía del pronóstico y tratamiento. Nitrito de amilo. *El Siglo Médico*. 1877;24:361-63.
19. Simarro L. De los reflejos espinales. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. 1885;17:259.
20. Escuder JM, Vera J, Simarro L. Informe médico-legal acerca del estado mental de Don Martín Larios y Larios. Madrid:

- Tipografía de Manuel G. Hernández; 1888.
21. Simarro L. Enfermedades del sistema nervioso. En: Vademecum clínico-terapéutico. Madrid: Romo y Fussel; 1898. p.465-575.
 22. Izquierdo JM. Historia de la Neurocirugía española (1950). Neurocirugía. 1993;4:164-71.
 23. San Martín y Satrústegui A. Escisión esfenoidal de dentro afuera en la extirpación del ganglio de Gasserio. El Siglo Médico. 1905;52:71-5.
 24. Slocker de la Pola M. Estudio crítico-gráfico de topografía cráneo-cerebral con aplicación a la cirugía. Madrid: Establecimiento tipográfico de Felipe Pinto y Orovio; 1893.
 25. Simarro L. El proceso Ferrer y la opinión europea. Tomo I. el proceso. Madrid: Imprenta Eduardo Arias, 1910.
 26. Simarro L, Salillas R. Manicomios judiciales. La Medicina Práctica. 1889;2:181-4.
 27. Simarro L. Proyecto de un manicomio. El Siglo Médico. 1893;4:789-91, 809-11; 1894;4:37-9, 55-7, 69-71.
 28. Simarro L. Sobre el concepto de la locura moral. BILE. 1900;48:24-7.
 29. Simarro L. Nuevo método histológico de impregnación por las sales fotográficas de plata. Revista Trimestral Micrográfica. 1900;5:45-75.
 30. Mecarran SR. Bibliografía. Historias clínicas de los enfermos acogidos durante el curso de 1880-81 en el hospital clínico de la Facultad de Medicina de Madrid. El Genio Médico-Quirúrgico. 1881;27:514-5.
 31. Corral Corral I, Corral Corral C. El asunto Martín Larios y los inicios de la Neurología en España: Charcot refutado por Escuder, Vera y Simarro. Neurología. 2000;15:231-41.
 32. García García, E. Informe médico-legal acerca del estado mental de Martín Larios y Larios emitido por los doctores Escuder, Vera y Simarro. Teoría neuropsicológica y modelo de evaluación. Revista de Historia de la Psicología. 2009;30:107-13.
 33. Barona Vilar JL. La doctrina y el laboratorio: fisiología y experimentación en la sociedad española del siglo XIX. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1992.
 34. Moro A, Villasante O. La etapa de Luis Simarro en el manicomio de Leganés. Frenia. 2001;1:97-120.
 35. Rodríguez Lafora G. Mis recuerdos de Nicolás de Achúcarro. En: Moya G, ed. Nicolás Achúcarro (1880-1918) su vida y su obra. Madrid: Taurus; 1968.
 36. Valenciano Gayá L. El doctor Lafora y su época. Madrid: Morata; 1977.
 37. Cervera E. Nuestros propósitos. Revista Clínica (Madrid). 1894;1:1-2.