

El Dr. Enrique de Areilza: protoneurocirujano en Bilbao

J. J. Zarranz

Catedrático Emérito de Neurología, Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco-EHU, Leioa (Bizkaia), España.

RESUMEN

El Dr. Enrique de Areilza influyó poderosamente en el Bilbao del tránsito del siglo XIX al XX, pues participó en el desarrollo de varias instituciones relevantes en la vida de la villa.

Su principal tarea la llevó a cabo en el hospital de los mineros de Triano, donde demostró no solo una excepcional habilidad quirúrgica sino una profunda vocación científica que le llevó a hacer aportaciones muy precoces en el campo de la traumatología craneoencefálica y en la cirugía de la epilepsia.

Se resaltan aquellas aportaciones de interés neurológico o neuroquirúrgico, campo en el que el Dr. Areilza fue un verdadero pionero cuando no habían comenzado aún las primeras intervenciones neuroquirúrgicas en las principales ciudades en España. Demostró estar al corriente de las novedosas intervenciones en Gran Bretaña, Francia y Alemania. Sus conocimientos neurológicos y su minuciosidad en la exploración neurológica de sus pacientes fueron extraordinarios, con una auténtica obsesión por avanzar en la teoría de las localizaciones cerebrales y medulares para poder orientar la intervención quirúrgica. Los escasos éxitos que observó en la correlación clínica/localización de las lesiones traumáticas y los resultados inciertos en los primeros casos de cirugía de la epilepsia pueden explicar que no diera el paso a la neurocirugía de los tumores o de otras lesiones cerebrales.

PALABRAS CLAVE

Areilza, Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, localización cerebral, neurocirugía, localizaciones medulares

Introducción

La figura del Dr. Areilza ha sido motivo de diversos trabajos¹⁻⁵. En dos de ellos^{1,5} se ofrece un pequeño resumen de algunos de sus artículos. García-Molina y Enseñat-Cantalops⁶ dedicaron un trabajo extenso en esta misma revista a una de las publicaciones del Dr. Areilza centrada en el delirio postraumático y su posible relación con las funciones y las lesiones de los lóbulos frontales. Recientemente se ha publicado otro artículo⁷ en el que, además de resumir su biografía y analizar sucintamente su personalidad, se han recopilado todos los artículos y aportaciones escritas accesibles del Dr. Areilza,

comentando brevemente algunos de ellos. Para completar su obra, a los artículos reconocidos previamente por otros autores^{1,5,8,9} se han añadido los detectados después de revisar personalmente todos los números de la *Gaceta Médica del Norte (GMN)* (entre 1881 y 1926), que es el órgano de expresión de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB), en la que D. Enrique colaboró con cierta asiduidad durante esos años.

El objetivo del presente artículo es ampliar los trabajos previos antes mencionados, analizando más en detalle las aportaciones de interés neurológico y neuroquirúrgico llevadas a cabo por el Dr. Areilza y basadas en su experiencia en el medio más inverosímil posible, como

era el hospital minero de Triano¹⁰. Es precisamente esa faceta neuroquirúrgica iniciada muy pocos años después de las primeras intervenciones similares practicadas en otros países la que mejor revela la sorprendente precocidad profesional de D. Enrique y una buena parte de su peculiar personalidad, que lo convierten en un auténtico protoneurocirujano en España.

Material y método

Para elaborar este artículo se han tomado en cuenta las publicaciones que se citan en la bibliografía y, además, se han revisado todos los números de la *GMN* (más tarde *Revista Clínica de Bilbao*), órgano oficial de la ACMB, desde su primer número en 1895 hasta el fallecimiento del Dr. Areilza en 1926, para detectar no sólo los artículos escritos sino también las intervenciones orales en las sesiones y las conferencias de D. Enrique. Es de lamentar que la *GMN* dejó de publicarse desde el segundo semestre de 1896 hasta 1899 “por falta de medios”, período que coincide, precisamente, con la presidencia del Dr. Areilza de la ACMB.

Combinando los artículos citados por Guimón¹, Vitoria⁵, Alegría⁸ y Díaz-Rubio⁹ con el resultado de la búsqueda personal en la *GMN*, se ha elaborado la lista de toda la producción médica escrita del Dr. Areilza y también sus intervenciones orales relevantes en las sesiones de la ACMB⁷. Es de destacar que algunos de los trabajos más importantes fueron publicados en Barcelona sin que se conozca ninguna vinculación especial del Dr. Areilza con las instituciones catalanas.

Resultados

Resumen biográfico del Dr. Areilza

Enrique de Areilza (figura 1) nació en la calle S. Francisco en Abando (todavía sin anexionar a Bilbao) en 1860. Su padre Julián era *albaitari* o veterinario de la época y procedía de la pequeña aristocracia rural y carlista de Zeanuri y Zeberio. Había emigrado a Bilbao para hacerse cargo de una ferretería. La madre, Dña. Ramona Arregui, era una mujer de rígidas convicciones católicas. La infancia y adolescencia de Enrique transcurrieron en uno de los barrios denominados “altos”, próximos a las minas (en contraposición al casco antiguo de Bilbao, situado “abajo”, al lado de la ría profunda). Julián, el padre, murió cuando Enrique tenía seis años y la familia sobrevivió gracias a la ayuda de D. Miguel de Areilza, un tío militar, mariscal carlista, exiliado en Francia.



Figura 1. Retrato del Dr. Areilza en su madurez. Fuente: Banco de Imágenes de la Medicina Española. Real Academia Nacional de la Medicina Española.

Tras los primeros estudios, Enrique fue a Valladolid a estudiar medicina. Esta etapa ha sido descrita en detalle recientemente¹¹. Hizo una fulgurante y precoz carrera entre 1876 y 1879, durante la que fue alumno interno por oposición de la cátedra de cirugía del profesor Nicolás de la Fuente Arrimadas, quien resultó esencial en su formación en la licenciatura y dirigió más tarde su tesis doctoral. Se deduce que aprovechó bien ese tiempo, dada la capacidad quirúrgica exhibida nada más terminar la carrera. Fue un estudiante muy brillante con premio extraordinario de la licenciatura. Amplió sus estudios durante algo más de un año asistiendo a los cursos de los profesores Joseph François Polailon (1837-1902) y Léon Athanase Gosselin (1815-1887) en los hospitales de la Pitié y la Charité en París. Esa estancia fue decisiva para la apertura mental de D. Enrique a las corrientes liberales europeas, para poder romper con las ataduras de

la religiosidad de su madre y para interesarse por otras disciplinas como las religiones orientales y el hipnotismo que observó en Charcot y su escuela.

En 1880 obtuvo el doctorado con premio extraordinario en la Universidad Central con una tesis titulada “Valor de la cura de Lister en las heridas contusas”.

En ese mismo año y a la muy temprana edad de 20 años fue nombrado, por oposición, jefe o director del hospital minero de Triano¹⁰. Se trasladó a vivir a una pensión próxima al hospital, en el cual residió más tarde¹ y para el que estaba disponible permanentemente.

La ausencia de mínimas medidas de protección ante las explosiones, los derrumbes y el tráfico de vagonetas y carros provocaban una carnicería entre los mineros. Con ese ingente material clínico, el Dr. Areilza, de manera en gran parte autodidacta, desarrolló una destreza quirúrgica asombrosa, que se refleja en los trabajos que publicó durante esa etapa de su vida, la cual se extendió a lo largo de dos décadas (1880-1900). No se ocupó solo de reparar toda clase de lesiones traumáticas de los mineros, sino que se enfrentó a otras patologías como terribles epidemias de cólera o viruela. Además, batalló cuanto pudo para mejorar las condiciones de seguridad de los trabajadores, su alimentación, aseguramiento y condiciones de vida^{1,2,5}.

Se interesó mucho por la rehabilitación de los lesionados, especialmente de los que sufrían secuelas neurológicas, y no descansó hasta que consiguió la creación de una escuela de recuperación y aprendizaje para lisiados y tullidos (no se andaban con sutilezas de lenguaje en aquella época).

En 1898 abrió consulta en Bilbao y en 1900 inauguró su clínica privada (el actual Sanatorio Bilbaíno). En 1905 puso punto final a su larga soltería con un matrimonio católico del que nacieron dos hijos, Eloísa y José María, quien editó el *Epistolario*¹² de su padre, una fuente imprescindible para conocer la personalidad y la ideología del Dr. Areilza.

Esas dos decisiones, abrir la clínica privada y contraer matrimonio, supusieron una ruptura total con su vida anterior, con su bien ganada fama de solterón un tanto bohemio y acostumbrado a una vida en solitario en medio de las minas. Esa ruptura vital aún se consolidó más cuando en 1909 se trasladó a vivir al lujoso palacete “El Salto” (herencia de su esposa).

En 1904 se le nombró jefe de sala en el antiguo hospital de Bilbao en Achuri. Aceptó el nombramiento y, para no incurrir en incompatibilidades, pidió la dimisión de Triano, que no le fue concedida, por lo que renunció a la plaza del hospital.

En 1909 impulsó la creación del Sanatorio Marino de Gorniz con el empeño de luchar contra la plaga de tuberculosis infantil. En 1917 se constituyó el Colegio de Médicos de Vizcaya y el Dr. Areilza fue elegido como primer presidente, lo que da idea del gran prestigio profesional del que gozaba. En 1918 fue nombrado director del nuevo hospital de Bilbao en Basurto (renunció a sus honorarios). Llevó a cabo una ingente labor de reforma y modernización de los servicios del hospital. Motivado por su interés por la docencia, creó el cuerpo de médicos internos para asegurar la formación postgraduada. También se daba docencia teórica y práctica, remunerada, a alumnos que después se examinaban “por libre” en alguna facultad, generalmente en Valladolid. Todo ello con la vista puesta en la creación de una facultad de medicina, proyecto en el que fracasó¹. Se topó con el centralismo de la dictadura del general Primo de Rivera⁵.

En 1926, de forma inesperada, estando en buena forma a los 66 años, falleció víctima de una posible glomerulonefritis. Tuvo un funeral multitudinario al que se sumaron miles de mineros y fue enterrado en el cementerio de Portugalete. Numerosas localidades dieron su nombre a calles y plazas. Se erigieron monumentos con su busto en los hospitales de Gorniz y Basurto (en este último hay un pabellón que lleva también su nombre), al igual que otro en el hospital-asilo de Portugalete, financiado por su viuda.

Como reflejo del importante nivel científico y profesional que alcanzó, cabe señalar que fue elegido académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina, y de las academias médicas de Barcelona, Roma, París, Londres y Lisboa.

La personalidad del Dr. Areilza

Lo menos que cabe decir de alguien que como médico/cirujano se hace cargo en solitario, a los 20 años, de un hospital en medio de las minas, en donde no hay posibilidad de pedir ninguna ayuda, es que no es un timorato y que tiene una inquebrantable seguridad en sí mismo. El Dr. Areilza pronto consolidó su pericia y experiencia quirúrgicas, lo que afianzó aún más su autosuficiencia. Gracias a su condición de políglota y a su insaciable curiosidad, recibía y estudiaba revistas en varios idiomas.

Además, siguió viajando regularmente por Europa y adquiriendo libros sobre las novedades quirúrgicas (se conserva su biblioteca médica de unos 1500 volúmenes en el Museo de Historia de la Medicina del País Vasco y otra parte menor en el Museo de la Minería de Ortuella), por lo que su posición profesional estuvo muy por encima de la de sus coetáneos.

En sus intervenciones en las sesiones de la ACMB, D. Enrique siempre felicitaba a los ponentes y usaba un lenguaje comedido, pero a menudo no disimulaba su prepotencia basada en su enorme experiencia quirúrgica. Además, el Dr. Areilza no escatimó en otros documentos escritos privados algunas críticas, incluso mordaces, a sus colegas de la ACMB, que probablemente se desvelaron y le crearon enemistades no manifiestas. Y no debió de criticar solo a ellos, pues su propio hijo lo definió en el epílogo de la tesis doctoral del Dr. Vitoria⁵ como que “en ocasiones pudiera parecer hosco y lejano, seco y burlón”. Incluso con sus pacientes, a los que en general trataba con sumo interés y cuidado, podía a veces ser brusco y distante. Y se tienen otros muchos testimonios en su *Epistolario*¹² de críticas aceradas, a veces insultantes, por ejemplo, al abad del Monasterio de Silos. En una carta a Pedro Giménez en 1902 no dejó títere con cabeza, fuesen los burgueses, los socialistas, el gobierno u otras diversas personas concretas. Incluso Unamuno, al que le unía una larga amistad, fue objeto de críticas feroces.

Volviendo al ámbito médico, no es descabellado pensar que, si bien el prestigio profesional del Dr. Areilza era enorme y unánime, su talante personal no le hizo merecedor de demasiados aprecio entre algunos de sus colegas. Un dato significativo en este sentido es que no recibió, a su muerte, ningún homenaje ni por parte de la ACMB ni del Colegio de Médicos de Bizkaia (CMB), instituciones que había contribuido a fundar y presidido. La GMN, órgano de expresión de la ACMB, se limitó a dar cuenta de su muerte en una fría nota de un par de líneas. La revisión de todas las actas de la Junta de Gobierno del CMB de 1926, el año de su fallecimiento, solo ha permitido descubrir una mínima y muy protocolaria nota necrológica, pero ninguna iniciativa de un homenaje de cualquier tipo. La prensa general tanto de Bilbao como de Madrid se llenó, por el contrario, de artículos laudatorios y notas necrológicas elogiosas hacia su persona.

El Dr. Areilza ha sido descrito con diversos adjetivos a menudo contradictorios, como fueron también algunos gestos de su vida. Se declaró profundamente anticlerical, pero puso una comunidad de monjas al frente de

su clínica privada. Se casó según el rito católico, bautizó a sus hijos y murió recibiendo los sacramentos de la Iglesia.

Un posible resumen sobre el perfil humano del Dr. Areilza, tomado en su conjunto y de acuerdo con los testimonios que de él nos han llegado, es que tuvo, probablemente, una personalidad muy fuerte, difícil y fascinante.

Publicaciones del Dr. Areilza

No es la finalidad de este trabajo revisar toda la producción científica del Dr. Areilza, sino solo aquellos artículos publicados en diferentes revistas y las intervenciones orales en la ACMB que sean de interés neurológico o neuroquirúrgico, con más detalle que en el artículo anterior⁷.

La mayoría de sus trabajos versan sobre cirugía y traumatología, en los que se revelan bien las condiciones precarias, casi heroicas, de las intervenciones en aquella época, con anestésicos rudimentarios, en quirófanos primitivos, sin antibióticos ni cuidados especiales postoperatorios. El Dr. Guimón¹, cirujano y urólogo prestigioso, que estudió bien la historia del hospital minero de Triano y llegó a conocer personalmente al Dr. Areilza, nos dejó el testimonio de su enorme esfuerzo puesto que, con el tiempo, la dotación material del hospital era la mejor posible en aquella época y que “Triano se convirtió en la primera gran clínica traumatológica de España”.

La producción escrita de D. Enrique se extendió algo más de dos décadas, entre 1887 y 1909, cuando ya se interrumpió, salvo unas pocas aportaciones, hasta su muerte. Lo mismo ocurrió con su participación en la ACMB, que cesó por las mismas fechas.

Los artículos de interés neurológico y neuroquirúrgico del Dr. Areilza

Se han seleccionado siete artículos que tratan temas neurológicos o neuroquirúrgicos¹³⁻¹⁹. Es de destacar que el interés de D. Enrique por esos asuntos es muy temprano pues están en la base de sus primeras dos monografías, editadas en Barcelona en 1887 y 1888. No se ha podido tener acceso al texto de la comunicación que sobre traumatología craneal presentó en la ACMB en mayo de 1921.

*1. De las fracturas de cráneo y de la trepanación. Estudio clínico*¹³ (figura 2)

Este extenso trabajo tiene dos partes. En la primera explicó las circunstancias favorecedoras de la gran cantidad

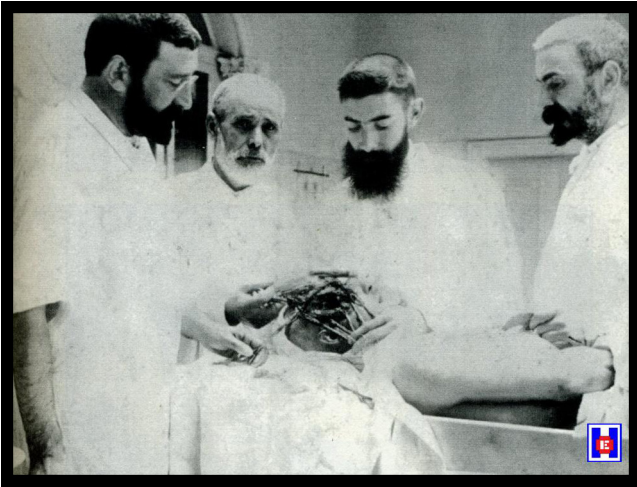


Figura 2. Fotografía del Dr. Areilza y sus colaboradores durante una trepanación en el hospital minero de Triano. Fuente: Enfermería Avanza [Internet]. Los hospitales mineros de Triano, Vizcaya; 29 ene 2017 [consultado 24 abr 2024]. Disponible en: <https://enfeps.blogspot.com/2017/01/los-hospitales-mineros-de-triano-vizcaya.html>

de traumatismos craneales en las minas, en particular la ausencia de medidas de prevención. Luego presentó las historias detalladas de 27 casos de traumatismos craneales operados. No incluyó ni los traumatismos catastróficos mortales de manera inmediata ni los de carácter leve. Hizo gala de un excelente dominio de la topografía craneocerebral para deducir, a partir del punto de lesión en el cráneo, las circunvoluciones subyacentes afectadas. En muchos casos no indicaba la intervención quirúrgica inmediata sino al segundo día, especialmente guiado por síntomas compresivos progresivos.

Es extraordinaria la minuciosidad en la descripción de las técnicas quirúrgicas, tipo de colgajo o craniectomía, levantamiento de los hundimientos craneales, extracción de cuerpos extraños, hemostasia, desinfección y lavado con líquidos antisépticos, drenaje, etc.

En muchos casos las notas evolutivas de los operados son diarias, algo admirable en aquellas circunstancias y que revela el rigor metodológico del Dr. Areilza. Describió con precisión algunas complicaciones como la rotura de los senos duros o la aparición del edema progresivo, protruyendo el cerebro a través del agujero de la craniectomía como un “hongo”. En el caso 7 anotó que ese

edema se asociaba a la dilatación de la pupila, lo que, ahora se sabe, es el primer signo del enclavamiento del lóbulo temporal medial. Llevó a cabo la autopsia de los casos con mala evolución y extrajo de ello consecuencias prácticas.

La descripción de los casos está llena de “perlas neurológicas”. El caso 1 del año 1881 presentaba una lesión parietal que quedó recubierta por una lámina tan delgada que permitía palpar las pulsaciones del cerebro y observar cómo el paciente notaba vértigo si se comprimía la corteza subyacente. Además, presentaba migrañas con vómitos.

El caso 2 había sufrido un traumatismo frontal izquierdo y presentaba la esperada hemiplejía derecha con afasia, la cual describió en detalle y se atrevió a calificar de amnésica (olvido de la palabra), atáxica (por la dificultad en la pronunciación) y parafásica con conservación de la comprensión.

Describió tres casos no operados que evolucionaron mal y fallecieron con abscesos cerebrales. En dos casos de hematoma epidural por rotura de la arteria meníngea media, identificó perfectamente el intervalo libre entre el golpe y el desarrollo del coma.

La segunda parte de la monografía, que él denominó deductiva, tenía dos objetivos. Primero, discutir la teoría de las localizaciones cerebrales, que en aquella época aún era un tema candente y en el que demostró unos conocimientos neurológicos extraordinarios. Y segundo, establecer las indicaciones de la trepanación en los traumatismos cerebrales, que todavía era motivo de polémica.

En lo que respecta a las localizaciones, y para analizar lo que su casuística pudiera aportar en ese tema, dividió a sus pacientes en dos grupos. El grupo menor eran cuatro casos con síntomas claros motores y del lenguaje congruentes con la lesión frontal izquierda, que le permitieron concluir que “ningún síntoma de parálisis o afasia observado por nosotros ha desmentido las localizaciones cerebrales”. El resto los clasificó según la topografía craneocerebral: región motriz, parietal, pliegue curvo, occipital y temporal.

Demostó estar al corriente y discutió las opiniones de autores tan relevantes como Charcot, Ferrier, Duret, Broca, etc. Definió muy bien las circunvoluciones que constituyen la zona motriz y aseguró haber visto pacientes con lesiones en todas ellas “que no han sido acompañadas de los síntomas funcionales correspondientes,

y aunque no pretendemos atacar teoría tan bien fundada y demostrada como la de las localizaciones, estamos en el caso de decir sinceramente la verdad de los hechos y confesar que éstos no han corroborado las afirmaciones de los ilustres sabios citados”. El caso 5 era el más notable de esa discordancia clínico-patológica.

También conocía la función de los lóbulos prefrontales como “sitio especial de las facultades psíquicas de orden más elevado” y que su daño produce “imbecilidad y atrofia de las facultades intelectuales” (aunque cree que solo en el caso de las lesiones bilaterales). Acertadamente pensó que, en sus casos, atendidos todos en la fase aguda del traumatismo, no daba tiempo a ver esas manifestaciones. Con buena lógica concluyó que las consecuencias de la conmoción y de la compresión más las crisis epileptiformes “por propagación a los centros bulbomedulares” obscurecían las posibles manifestaciones focales del traumatismo. Y volvió a insistir: “los traumatismos cerebrales observados en nuestro hospital, no dan mucho valor a la teoría de las localizaciones”.

El paciente número 6 tenía un delirio agudo con lesiones bilaterales prefrontales. Al discutir el caso, especuló con la posibilidad de que el delirio representara una “excitación pre-paralítica”, como si fuera una liberación neuronal exagerada antes de la anulación funcional por la lesión. La relación entre el delirio agudo y el traumatismo frontal le interesó especialmente y le dedicó una monografía¹⁵ que se comentará más adelante.

Todavía añadió dos reflexiones más. Una, sobre la capacidad de recuperación del volumen cerebral que algunos negaban. Resaltó que incluso en casos en los que la corteza había quedado hundida varios centímetros por debajo de la trepanación, el cerebro volvía a expandirse, lo que corroboraba algunos experimentos de Luys. Y la segunda, acerca de la posible explicación de por qué, con el tiempo, se recuperan los defectos neurológicos, y sugirió tres hipótesis: 1) suplencia por el área homóloga contralateral, 2) activación de centros situados en los ganglios subcorticales (pero eso solo explicaría la recuperación de movimientos automáticos), y 3) suplencia por nuevos centros de áreas próximas.

El segundo objetivo de la monografía era discutir las indicaciones de la trepanación en los traumatismos craneales. Tras un repaso histórico a la trepanación en todas las culturas y sus posibles motivos, como la obtención de amuletos (fetichismo), liberación de malos espíritus, alivio de dolores y convulsiones, etc., hizo un balance

crítico entre “los que la han prodigado sin motivo y los que la han proscrito”.

Afirmó que la presencia de cuerpos extraños en el foco de fractura es una indicación absoluta para la trepanación porque puede evitar sus efectos indeseables, que clasifica impecablemente en: 1) inmediatos, por compresión del cerebro; 2) secundarios, como inflamaciones y abscesos; y 3) tardíos, como epilepsias y atrofas orgánicas o funcionales. Pasó revista a cada uno de ellos y se detuvo mucho en los abscesos. Abogó por buscarlos activamente, practicando varias punciones porque pueden pasar desapercibidos a simple vista. También dedicó una especial atención a la epilepsia postraumática. Hizo observaciones interesantes, como el amplio intervalo libre hasta la aparición de las crisis, que puede alcanzar los 16 años. Se mostró partidario de operar a los pacientes con epilepsia postraumática y citó la memoria de Walsham, cirujano del hospital San Bartolomé de Londres, que sobre 82 intervenciones había obtenido 65 “curaciones”, 48 de ellas de manera radical. Encontró curioso que curaran nueve de 16 operados en los que no había ninguna lesión macroscópica observable. También estaba al corriente de las experiencias de Horsley, que había operado sobre las zonas motrices, “práctica atrevidísima” que, aunque le había proporcionado tres éxitos, “no puede recomendarse por ser demasiado peligrosa”.

La parte dedicada a las indicaciones de la trepanación concluyó con extensos comentarios sobre el instrumental, la antisepsia, la anestesia con cloroformo, etc. Insistió en que la mortalidad está relacionada con la gravedad de las lesiones y no con la intervención misma.

Terminó el artículo con un anexo en el que aportó otros dos casos. El primero es un ejemplo de cirugía de la epilepsia postraumática y el segundo sobre la capacidad de recuperación del cerebro comprimido, tema que ya se ha comentado previamente.

El primero de esos dos pacientes había recibido un traumatismo con el obturador de un fusil, que le había producido una fractura con hundimiento frontal sin síntomas inmediatos, por lo que se le practicó una cura simple. A los 10 días tuvo un episodio grave de delirio furioso, fiebre y convulsiones, para lo que recibió tratamiento conservador. A partir de entonces presentó crisis epilépticas convulsivas que se extendieron durante 10 años, de predominio nocturno, no muy frecuentes (mensuales) y con periodicidad variable. Pero en los últimos dos años se había incrementado la frecuencia de las crisis, pasando

a semanales o incluso diarias. La primera visita fue en 1886. El Dr. Areilza describió minuciosamente las crisis con síntomas prodrómicos seguidos de un comienzo focal por contracción del lado derecho y generalización. Operó al paciente con ayuda del Dr. Llano. Extrajo esquirlas de hueso que producían compresión de las meninges y de las circunvoluciones frontales. La intervención se siguió de una gran mejoría en la frecuencia de las crisis, que fueron “unas pocas en los siguientes cuatro meses”, en la confianza de que “aún vayan a menos”. El paciente había sido difícil de anestesiar con cloroformo, experiencia que ya había observado previamente en otros casos de epilepsia, lo que le dio pie a especular que la epilepsia “dificulta la anestesia porque mantiene un estado irritativo de los centros sensorio-motores de la protuberancia donde debe actuar la anestesia”. Utilizó como símiles la tolerancia a la morfina o al hidrato de cloral. Con esa idea discutió la fisiopatología de las crisis epilépticas y concluyó adhiriéndose a la idea de que “la causa [de las crisis] estaría en las meninges y la corteza cerebral, pero el mecanismo de la descarga residiría en la protuberancia influida y excitada desde esos puntos en virtud de las leyes de la difusión y reflexión del tejido nervioso”.

Es de destacar que toda la monografía está profusamente ilustrada con fotografías de muchos de los pacientes. Areilza debió de traer todo el equipo, cámara, placas y útiles de revelado de París a su regreso en 1880 (no existía todavía la película comercial), pues el primer paciente fotografiado es de 1881. Esto revela una vez más la idea preconcebida de D. Enrique de hacer la mejor y más moderna observación de sus pacientes. Es posible que se inspirara en la *Iconographie photographique de la Salpêtrière* (Bourneville y P. Regnard, 1878), uno de los primeros textos ilustrados con la naciente fotografía.

2. La trepanación en la epilepsia¹⁴ (figura 3)

Cabe comentar, anecdóticamente, que el ejemplar de esa monografía consultado para este artículo está dedicado al Dr. Lereboullet. La firma parece autógrafa del Dr. Areilza (comparada con otros manuscritos suyos). Pero no se dispone de más datos para saber quién fuera ese médico; quizás, por la edad, Léon Lereboullet, a quien conociera durante su estancia en París.

En la introducción a este trabajo, solo un año después del anterior, ya dio por superado el problema de la trepanación en los traumatismos “que nadie discute”. Expresó

el temor de que la trepanación se banalice y empiece a prodigarse “por motivos propios de los charlatanes de feria como es el alivio de las cefaleas crónicas”. A cambio, manifestó que la trepanación tiene “un interés vivísimo... para curar la epilepsia”. Hizo referencia a los trabajos recientes de Horsley y Macewen, que han producido “general admiración”. Se le nota exaltado cuando escribió: “el sancta sanctorum de los órganos, el cerebro, está ya bajo el dominio del bisturí”; eso ¡en 1888! Se citó a sí mismo a propósito del paciente del anexo antes comentado. Además, presentó otros casos.

El primero era un paciente con crisis de comienzo focal motor por el antebrazo y generalización secundaria. No tenía antecedentes etiológicos. Justificó la intervención por la frecuencia incapacitante de las crisis, más de 30 al día. No encontró ninguna lesión cortical macroscópica, pero a pesar de ello resecó la parte del área motora, que calculó era origen de las crisis (“unos 4 gr de tejido cerebral del tercio medio y superior de la circunvolución rolándica”). Según el Dr. Areilza, todas las intervenciones previas para tratar la epilepsia habían resecado tejido anormal a simple vista, pero nadie había osado extirpar tejido cerebral aparentemente normal. Justificó tal decisión confiando en que pudiera haber “lesiones de naturaleza íntima o molecular”. Razonó que la localización de la resección había sido correcta pues se siguió de una parálisis braquial completa y algo menor de la pierna, con paresia facial pasajera. Pero en la evolución se dieron dos resultados a su entender paradójicos: *a*) mientras que la resección de la supuesta localización de la zona epileptógena había sido correcta, los ataques solo cedieron transitoriamente y recidivaron luego con más frecuencia si cabe; y *b*) la parálisis, que debería ser irreversible por la naturaleza y cantidad de corteza cerebral motora extirpada, fue sorprendentemente efímera y el paciente se recuperó casi totalmente. A este respecto se refirió a experiencias previas como uno de los casos publicados de 1881 por él mismo que había perdido masa cerebral por la herida con una cavidad residual confirmada y, sin embargo, se había recuperado completamente volviendo al trabajo.

Esas experiencias contradecían la opinión de Macewen, quien en una brillante conferencia sobre cirugía cerebral en el último congreso de Glasgow (¿estuvo presente el Dr. Areilza?) afirmaba que la cirugía de un tumor en la zona motora comportaba el riesgo de hemiplejía definitiva. Le parecía una opinión exagerada, por lo que no se

debía excluir la posibilidad de operar en esa zona dado que había opciones de recuperación de la hemiplejía con tratamiento rehabilitador, electroterapia, etc.

3. *El delirio en las fracturas de la base del cráneo, 1898 (Congreso Hispano-Portugués de Cirugía, Madrid, 1899)*¹⁵ (figura 4)

Este trabajo ya fue comentado extensamente en esta misma revista⁶ y no procede dedicarle mucha más atención. Se basa en una serie de cinco pacientes diagnosticados de fracturas de la base del cráneo sobre datos clínicos (sin radiografías). Todos ellos presentaron un delirio o estado de confusión agudo prolongado, que atribuyó a la contusión de las caras inferiores de los lóbulos frontales y temporales, cuya participación en las funciones mentales ya reconoció como establecida. Contrapuso esa sintomatología a la que ocurre con las lesiones corticales por lesiones de la bóveda craneal. En uno de esos pacientes llevó a cabo un experimento en el límite de la ética. Aprovechando la “ventana” de la craniectomía introdujo instrumentos para una compresión progresiva de las caras orbitarias de los lóbulos frontales en un intento de comprender mejor su función. Interrumpió el experimento cuando el paciente tuvo una crisis convulsiva, pero no observó defectos neurológicos localizadores, que era su obsesión.

4. *Localizaciones medulares*¹⁶

Este artículo se basa en la observación de un paciente que, tras un fuerte traumatismo dorsolumbar, quedó parapléjico por una fractura de las vértebras L1 y L2. Le operó a las 48 horas sin mucha convicción. Encontró la médula aplastada y la liberó ampliando el canal raquídeo. El posoperatorio inmediato fue bueno pero el paciente falleció en colapso cardiocirculatorio por la gran pérdida hemática, a las 48 horas de la intervención. Antes de la intervención había explorado al paciente con gran minuciosidad y encontrado que tenía preservada una zona de sensibilidad en la cara externa de ambas piernas y dos tercios de los pies. Concluyó que la única explicación de la preservación de la sensibilidad en esas áreas distales sería una extensión del dermatoma de L2 (pues los segmentos medulares inferiores estaban destruidos), a pesar de estar tan alejadas anatómicamente. Señaló que ese era el motivo de publicar el caso, la discusión de las localizaciones medulares en las que había tanta incertidumbre como en las cerebrales.

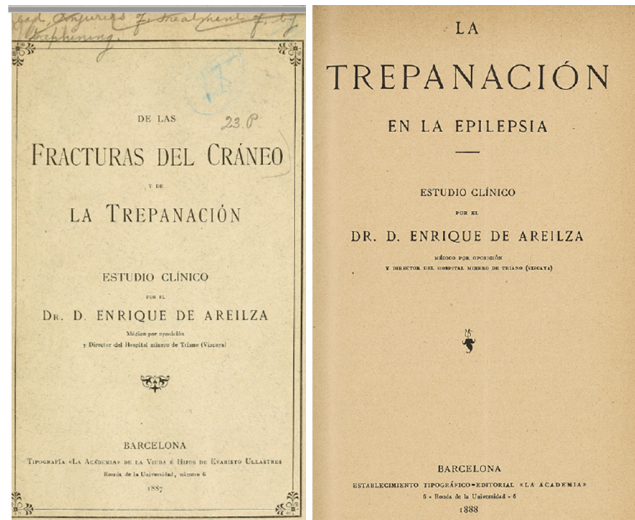


Figura 3. Portadas de las dos primeras monografías del Dr. Areilza de interés neuroquirúrgico.

Publicaciones Españolas

EL DELIRIO EN LAS FRACTURAS DE LA BASE (DEL CRÁNEO) (1)

POR EL DR. D. ENRIQUE AREILZA

Hemos vacilado repetidas veces antes de presentar este trabajo, porque resulta una labor inacabable é incapaz de ofrecer conclusiones positivas ante vuestra consideración.

Los hechos clínicos que le sirven de base parecían, más de una vez, arrojar alguna luz en el oscuro problema de las localizaciones psíquicas más elevadas; pero, como veremos, datos sucesivos de orden clínico y experimental han venido á destruir nuestras esperanzas.

Son estos desengaños propios de toda investigación en el campo de la Medicina, y sería bien lamentable perder el tiempo siguiendo una falsa pista si, por otra parte, no resultara cierta compensación

(1) Comunicación al Congreso Hispano-Portugués de Cirugía.

Figura 4. Portada de la monografía del Dr. Areilza sobre traumatismos con fracturas de la base del cráneo, en la que muestra su decepción por no poder progresar en la teoría de las localizaciones.

5. *Análisis y crítica de los fenómenos sensorio-motrices de una fractura del parietal derecho con absceso consecutivo de la zona rolándica*¹⁷

Este artículo se basa en un paciente con un traumatismo parietal derecho que presentó una hemiplejía izquierda desde el momento del golpe. Cuando lo vio el Dr. Areilza, varios días después, la herida estaba infectada y tenía un hundimiento craneal. Operó al paciente y encontró un

absceso intracerebral, que drenó, saliendo abundante pus. Calculó que las circunvoluciones comprimidas por los fragmentos óseos eran el tercio superior de la frontal ascendente y algo del pie de la primera y segunda frontales, mientras que la destrucción y pérdida de masa por el absceso interesaban al tercio medio de la frontal ascendente y al tercio medio superior parietal ascendente. La evolución fue excelente y el paciente se recuperó. El motivo de la publicación fue una exhaustiva descripción y discusión de los defectos motores y sensitivos del paciente, que firmaría el más virtuoso de los neurólogos. Intentó distinguir los síntomas y signos atribuibles a la compresión por las esquirlas óseas y los relacionados con el absceso.

A. Fenómenos sensitivos. El Dr. Areilza recogió el testimonio del paciente que notaba sus miembros izquierdos como muertos. Llevó a cabo una deslumbrante exploración sensitiva preoperatoria que incluyó el tacto, la temperatura, el dolor, el compás de Weber, la localización somática, la presión (prueba de sumergir el brazo en el agua), la posición articular, la localización del miembro a ciegas, la apreciación del peso y el reconocimiento de los objetos. Describió los defectos encontrados en el hemicuerpo izquierdo y señaló que había detectado alteraciones sensitivas en áreas del hemicuerpo homolateral a la lesión.

B. Fenómenos motores. El paciente tenía una hemiplejía completa de todos los movimientos voluntarios, asociados, sinérgicos y reflejos (incluido el reflejo plantar). No había paresia facial ni de la lengua, de la faringe, del recto o de la vejiga. El paciente tenía una curiosa tendencia al opistótonos, que atribuyó a una excitación del tronco cerebral y que desapareció en unos días tras la cirugía. Tras la intervención quirúrgica el paciente fue mejorando en los siguientes meses, antes de los defectos sensitivos que de los motores. El Dr. Areilza fue especialmente minucioso en el balance muscular, músculo a músculo, casi día a día, según el enfermo iba recuperando la fuerza, documentando cómo conseguía mover la mano, andar con bastón, la desviación en equino del pie, etc.

C. Discusión. El Dr. Areilza no se limitó a describir el caso, sino que se adentró en el, por entonces, espinoso asunto de las localizaciones corticales de las funciones sensitivas y motoras en el hombre. Mencionó que Ferrier había sugerido en 1875 que la sensibilidad se asentaba en el lóbulo límbico pero que los trabajos más recientes de Hornslet, Bastian y Bechterew indicaban que las lesiones

posteriores al área rolándica producen “a un mismo tiempo trastornos sensitivos y motores”. Se extendió sobre las sensaciones complejas del movimiento, el espacio, la posición corporal... y concluyó que la astereognosia debe relacionarse con “la lesión de la circunvolución parietal ascendente” de acuerdo con casos publicados por Reignier, Dublens y Bonhoffer.

En cuanto a la recuperación motora resaltó que “se ha guardado un orden regional más que de funciones; por ejemplo en la mano y antebrazo se iniciaron, casi a un tiempo, los movimientos de extensión y flexión, de pronación y supinación, sin preferencia marcada”. Destacó que la parálisis había sido flácida, lo que interpretó como una “abolición de los reflejos medulares” y que eso iba en contra de la hipótesis del papel moderador de la corteza.

6. *Fractura de la clavícula derecha con parálisis del brazo derecho y lesión de la arteria subclavia. Presentación del paciente*¹⁸

Se trata de una comunicación en la ACMB. El Dr. Areilza visitó al paciente aquel mismo día y le propuso que le permitiera presentarlo en persona en la academia. El paciente había tenido, varios meses antes, en el mismo accidente, un trauma craneal y una fractura de clavícula derecha seguidos de una parálisis del brazo derecho. Describió minuciosamente las características de la parálisis con amiotrofia, mano en garra y signos de algodistrofia. Descartó que la parálisis pudiera ser por una lesión cerebral dado que el golpe se había localizado en la región occipital hacia la derecha. Tampoco el déficit motor del brazo era compatible con una lesión medular, “a parte la carencia de síntomas pupilares inherentes a la lesión en los centros cilio-espinales”. Así que su diagnóstico fue el de una lesión del plexo por la fractura de la clavícula, que había producido, además, una trombosis de la arteria subclavia. Su propuesta, avalada por otros académicos, fue la de operar al paciente.

7. *Hematomas intracerebrales retardados posttrauma. Discusión*¹⁹

Esta intervención tuvo lugar como consecuencia de un debate previo sobre los traumatismos craneales en la ACMB. Advirtió que el tema no era sencillo y puso como ejemplo dos casos de pacientes que, tras un trauma no demasiado grave y sin síntomas inmediatos, presentaron al cabo de unas horas una hemiplejía con desenlace fatal.

En ambos casos en la autopsia se encontró un hematoma profundo (en el cuerpo estriado, en el centro oval). Se refirió con ellos al concepto de la literatura de “apoplejía traumática tardía” y señaló sus posibles consecuencias médico-legales y respecto a la ley del trabajo.

Comentarios

En un artículo previo⁷ ya se comentó la extraordinaria personalidad del Dr. Areilza y también se consideraron cuáles pudieron ser las razones que llevaron a un joven médico con una brillante trayectoria académica y un doctorado con honores, a quien se le abrían las puertas de las más prometedoras instituciones hospitalarias o universitarias de España, a elegir como destino un puesto de médico en un hospital minero perdido en el monte en medio de la nada. Se sabe que firmó las oposiciones a la cátedra de cirugía de la Universidad de Cádiz, pero luego no se presentó y prefirió ir a Triano¹¹. En cualquier caso, dos cosas están claras. La primera es que a los 21 años, D. Enrique tenía una casi insolente seguridad en sí mismo. Así se explica que se atreviese a practicar intervenciones neuroquirúrgicas en un hospital de mineros cuando no se llevaban a cabo todavía en los hospitales universitarios de Madrid o Barcelona, ni en sus mejores clínicas privadas que más tarde serían famosas, como el Instituto Rubio de Madrid o la Clínica Corachán de Barcelona²⁰. La segunda es que encaró muy en serio su nuevo trabajo desde el primer momento. Su educación universitaria había sido rigurosa y la puso en marcha inmediatamente. El caso 1 de su primer trabajo sobre las trepanaciones es de 1881, recién llegado a Triano, y tanto la historia clínica como el protocolo operatorio y la evolución están minuciosamente descritos, lo que revela que D. Enrique tenía una metodología de trabajo con intereses científicos, que iba más allá de la mera actividad quirúrgica. Quería recoger su experiencia de una manera sistemática. Tenía claro, que con su trabajo y sus observaciones rigurosamente analizadas, podía hacer contribuciones a la cirugía de su tiempo.

Es de destacar que las dos primeras monografías del Dr. Areilza sobre las trepanaciones y la cirugía de la epilepsia son de 1887 y 1888, recogiendo sus experiencias de los seis o siete años previos. Da idea de su precocidad quirúrgica el resaltar que el primer absceso cerebral operado por Broca fue publicado en 1876²¹, el primer meningioma con epilepsia extirpado por Macewen, en 1879²², y los artículos definitivos de Horsley, el padre de la neurocirugía en Gran Bretaña, se publicaron en 1886 y

1887^{23,24} y los del propio Macewen en 1888²⁵, es decir, simultáneos con las dos primeras monografías de Areilza.

La naciente neurocirugía tenía tres pilares de reciente introducción: la anestesia (básicamente el cloroformo), la antisepsia (tras los pasos de Lister) y la teoría de las localizaciones cerebrales²⁴⁻²⁷ (con Broca como emblema), la cual fascinó al Dr. Areilza. En aquellos años prácticamente solo las lesiones frontales del lado izquierdo que producían hemiplejía derecha y afasia se localizaban con seguridad. Para D. Enrique, que dominaba la topografía craneocerebral y que demostró unos excelentes conocimientos neurológicos, fue muy decepcionante que el estudio de los pacientes con lesiones traumáticas craneales no le permitiera, ni a otros autores tampoco, avanzar más en la teoría y práctica de la localización de las lesiones cerebrales para abordar otras patologías. Sin embargo, estaba al corriente de los progresos que los pioneros más ilustres estaban llevando a cabo en la cirugía cerebral en otros países²⁸⁻³⁰, como lo demuestra que en su biblioteca tenía el maravilloso texto de Krause³¹ (en su edición de 1911), sin duda uno de los padres de la neurocirugía³² (figura 5). En cualquier caso, el Dr. Areilza no dio el paso desde la traumatología a la cirugía de los tumores u otras lesiones cerebrales, o al menos no nos ha llegado que tuviera esa experiencia, la cual hubiera consagrado su precocidad interés neuroquirúrgico.

Como se ha mencionado antes, los artículos del Dr. Areilza están llenos de variadas “perlas neurológicas”. Ya en su primer caso de la monografía sobre la trepanación¹³, que había sido observado en 1881, hizo la interesantísima observación de que a un paciente con una craneotomía parietal derecha recubierta solo por una fina lámina blanda, la presión sobre la corteza con una espátula le producía vértigo, una observación probablemente pionera de la proyección cortical del sistema vestibular³³. En el mismo paciente indicó también que había comenzado a sufrir migrañas después del traumatismo, una asociación que, posiblemente, era por entonces desconocida y ahora está bien documentada^{34,35}. En su segundo caso, un paciente con una lesión frontal izquierda, describió su afasia con los tecnicismos de un neurólogo, señalando las tres características semiológicas principales, el olvido de la palabra (amnesia o anomia), la disartria o ataxia del habla y las parafasias, mientras que conservaba la comprensión. No cabe duda de que el Dr. Areilza estaba al corriente de las características clínicas de las variedades de afasia por entonces descritas por Broca, Wernicke y otros clásicos^A.

En la misma monografía¹³ hace otras dos aportaciones interesantes. La primera, que tres pacientes no operados, con heridas sucias, desarrollaron abscesos cerebrales, un poderoso argumento a favor de la trepanación, la cual estaba en plena polémica con pocos abogados a favor³⁶⁻³⁹. Y la segunda, que en dos casos de hematoma epidural por rotura de la arteria meníngea media existió un “intervalo libre” entre el golpe y la entrada en coma, noción que después ha sido “un clásico”.

Tanto en esta primera monografía¹³ como en otro artículo¹⁵, el Dr. Areilza se mostró al corriente de que los lóbulos frontales son asiento de las “facultades psíquicas de orden más elevado”, lo que había sido propuesto ya por los frenólogos y confirmado más tarde en otros trabajos³⁹. Es bastante sorprendente que, en ese artículo publicado en 1887, D. Enrique conocía que el daño de los lóbulos frontales produce “imbecilidad y atrofia de las facultades intelectuales”, cuando las lesiones son bilaterales, siendo así que Pick publicó su primer trabajo relacionando el deterioro cognitivo (lenguaje, conducta) con la atrofia lobular frontal en 1892⁴⁰. Es de lamentar que el Dr. Areilza no dejó las citas bibliográficas en las que había adquirido una información tan precisa sobre las consecuencias de las lesiones de los lóbulos frontales.

También estaba al corriente de la posible explicación de la fisiopatología de las crisis epilépticas, cuyo origen focal en la corteza dio por cierto, y que la generalización se produce por “propagación a los centros bulbomedulares”, hipótesis emparentada con el concepto de “centro-encéfalo” de Penfield, elaborado décadas después y que incluía estructuras mesodiencefálicas.

Defendió la capacidad del cerebro para recuperar su volumen después de estar comprimido, lo cual también era motivo de polémica, y especuló sobre las bases

neurofisiológicas de la recuperación funcional de los defectos producidos por las lesiones, en unos términos que conservan toda su vigencia. De la misma manera, hizo una pequeña lección magistral neurológica cuando, al defender las indicaciones de la trepanación en los traumatismos, clasificó sus efectos indeseables en inmediatos por compresión, secundarios como inflamaciones (edema) y abscesos, y tardíos como epilepsia y atrofias orgánicas o funcionales. Sus comentarios técnicos sobre la práctica de la trepanación son un modelo de orden, sentido común, experiencia y modernidad.

En lo que se refiere a la cirugía de la epilepsia^{13,14} caben algunos comentarios. Es seguro que para indicar la cirugía en la epilepsia postraumática se inspiró en los trabajos de Walsham, que presentó unas estadísticas a todas luces muy optimistas, incluso en pacientes sin lesiones macroscópicas, asunto especialmente polémico. Es curioso que cuando cita que Horsley se había arriesgado a operar en las zonas motrices, lo consideró una “práctica atrevidísima... que no puede recomendarse por ser demasiado peligrosa”, y, sin embargo, en su segunda monografía¹⁴ reconoce que se decidió a operar y extirpar parte de la circunvolución rolándica para aliviar las crisis focales motoras de un paciente. Este caso es especialmente interesante pues el enfermo no tenía ningún antecedente etiológico, no tenía lesiones macroscópicas, y el Dr. Areilza justificó la operación con resección de tejido cortical aparentemente sano por la altísima frecuencia de las crisis y confiando en que hubiera “lesiones de carácter íntimo o molecular”. El Dr. Areilza tenía pocos límites en su arrojo quirúrgico y fue probablemente uno de los primeros en hacer una resección de corteza cerebral motora macroscópicamente normal para tratar una epilepsia focal, yendo más allá de lo que él mismo había considerado previamente como una “práctica atrevidísima” cuando existía una lesión visible. La intervención fue un fracaso, bien porque hubiera una lesión oculta (p. ej., una displasia focal en el fondo de un surco que no se extirpara) o por estar ante una zona epileptógena más amplia. Hoy día está bien establecido que, aún con todas las ayudas técnicas modernas, la cirugía de la epilepsia sobre un tejido macroscópicamente normal, en ausencia de lesiones en la imagen, tiene resultados más pobres^{41,42}. Esta intervención fallida fue motivo de una gran frustración para el Dr. Areilza y el hecho de que el paciente se recuperara de la hemiplejía a pesar del tejido extirpado no le consoló, aunque esa observación le permitía contradecir la opinión de nada menos que Macewen, quien

⁴Conviene resaltar que, en lo que concierne a la semiología neurológica y posiblemente en otros muchos campos, el Dr. Areilza fue, básicamente, autodidacta. En el Museo de la Minería de Ortuella se conservan varios textos neurológicos (por ej. de Joanny Roux, Bechterew, Purves Stewart y Lewandovsky) profusamente anotados en los márgenes por el Dr. Areilza demostrando que los leyó y estudió con el máximo interés. No es probable que durante su carrera en Valladolid tuviera alguna formación neurológica específica. En el año largo (1880) que estuvo en París, su interés principal fue la cirugía. Se sabe que asistió, además, a las muy populares sesiones de Charcot, por entonces ya volcado en la histeria y el hipnotismo, a punto de alcanzar la gloria con su cátedra en 1882. Pero los más grandes de sus seguidores estaban por culminar su carrera y hacer florecer la neurología (en 1881, Dejerine tenía 32 años, Pierre Marie, 28 y Babinski, 24). Con seguridad el Dr. Areilza seguía la neurología alemana, de la que se puede decir, en esa época, algo parecido a la neurología francesa. En 1881, Wernicke tenía 33 años, Oppenheim, 23 y Erb acababa de inaugurar su policlínica neurológica. Westphal describió la arreflexia patelar en la tabes en 1878.

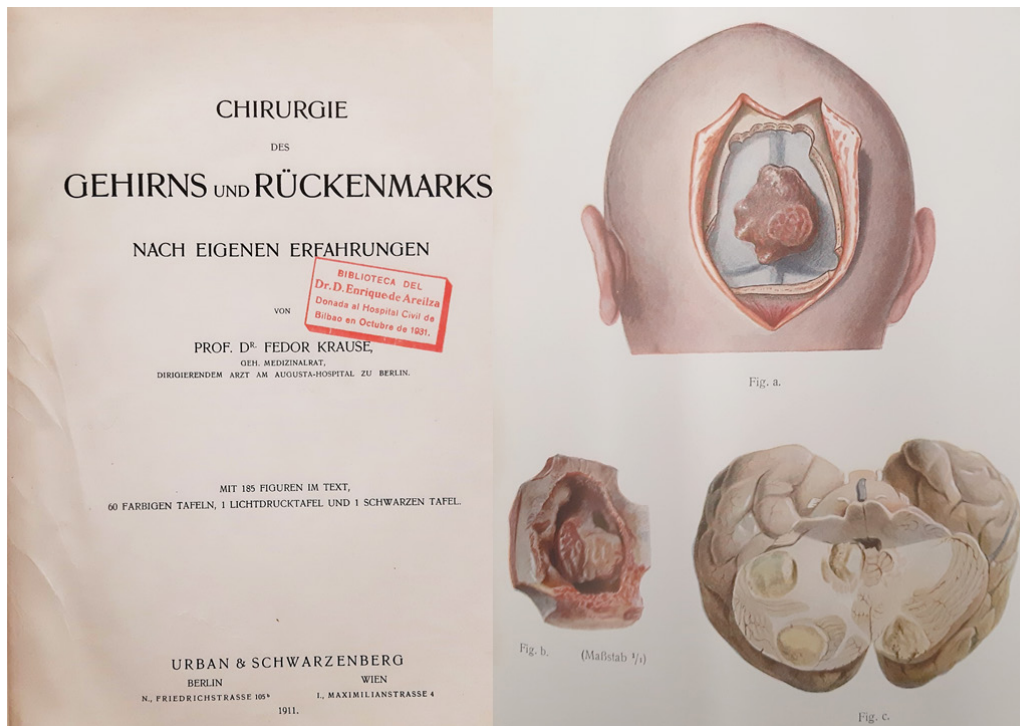


Figura 5. Portada y reproducción de una figura que ilustra unas metástasis cerebrales del maravilloso tratado de Krause sobre cirugía del cerebro y de la médula, que se encuentra en el fondo bibliográfico que la viuda del Dr. Areilza regaló al hospital de Basurto.

acababa de alertar sobre el riesgo de hemiplejía definitiva si se operaba un tumor localizado en la zona motora.

El interés del Dr. Areilza por las consecuencias de las lesiones en la zona rolándica se manifestó aún más en la discusión de otro paciente con un absceso en esa localización¹⁷. Como se ha mencionado, el Dr. Areilza demostró un extraordinario dominio anatómico topográfico y un sorprendente virtuosismo en la exploración motora y, sobre todo, sensitiva del paciente, que hubiera firmado cualquier experimentado neurólogo. Es admirable que un cirujano aislado del mundo en el hospital de mineros de Triano se permitiese concluir, tras discutir su caso, que la astereognosia debe relacionarse con “la lesión de la circunvolución parietal ascendente... de acuerdo con casos publicados por Reignier, Dublens y Bonhoffer”. Es una lástima que, una vez más, D. Enrique no ofrezca las citas exactas de esos casos, que hubiesen permitido conocer mejor cuáles eran sus fuentes de información.

Otro detalle que avala el dominio del Dr. Areilza de la semiología neurológica se encuentra al discutir el caso de

un paciente con lesión traumática del plexo braquial¹⁸. Para hacer el diagnóstico diferencial señaló acertadamente que el paciente no tenía síndrome simpático ocular (es decir, síndrome de Horner) por lesión de los centros cilioespinales, lo que iba en contra de una posible lesión radiculomedular. A propósito de este caso procede un comentario sobre el ambiente coloquial e informal que presidía las sesiones de la ACMB, en la que se solían reunir no más de una docena de personas. En este caso, el Dr. Areilza precisó que había visto al paciente en su consulta ese mismo día y que le pidió permiso para presentarlo y discutirlo en la academia en vivo y en directo. Es una clara reminiscencia de las famosas *leçons du mardi* de Charcot, en las que presentaba algún paciente seleccionado de la consulta de aquel mismo día.

Un último apunte del interés neuroquirúrgico de D. Enrique se encuentra en su comentario sobre los hematomas cerebrales postraumáticos retardados¹⁹, complicación actualmente bien definida^{43,44}, de los que presentó dos casos, ambos con autopsia, lo que refleja, una vez

más, su afán de conocimiento empírico del que extraer enseñanzas prácticas.

Para terminar este breve artículo sobre el Dr. Areilza se pueden considerar dos conclusiones, una cierta y otra en forma de interrogante.

La certeza es que D. Enrique fue un extraordinario médico y cirujano, en gran parte autodidacta, dotado para su profesión de una asombrosa valentía y seguridad en sí mismo. Desde ese punto de vista, el Dr. Areilza se situó en el nivel de los pioneros en la neurocirugía de los traumatismos craneoencefálicos y de la epilepsia. Se le puede considerar un protoneurocirujano en la España de finales del siglo XIX.

El interrogante es el motivo por el que eligió llevar a cabo lo principal de su carrera en un hospital minero y no en un hospital general y docente/universitario, en donde hubiera podido crear una escuela y dar pasos adelante en la neurocirugía de los tumores o de otros procesos patológicos cerebrales. Probablemente su individualismo tuvo mucho que ver en sus decisiones. Es de lamentar que su único nombramiento hospitalario como jefe de sala del hospital de Achuri se malograra y ya más adelante no entrara a formar parte de la plantilla del nuevo hospital de Basurto, a pesar de ser su director durante casi una década.

En sus escritos, el Dr. Areilza dejó claro que tanto la incapacidad de avanzar en la “teoría de las localizaciones”, en la que había constatado muchas discordancias clínico-patológicas, como los resultados inciertos de la cirugía de la epilepsia fueron una gran decepción para él, que ansiaba resultados positivos para guiar su práctica quirúrgica. Esa decepción puede explicar, en parte, que no continuase su interés neuroquirúrgico. Es de destacar que en 1915 llegó a Bilbao el Dr. López-Albo, un extraordinario neuropsiquiatra, con gran interés en la neurología^{45,46} y en la neurocirugía. El Dr. López-Albo fue autorizado a abrir una consulta de neurología dependiente de la clínica médica en el hospital de Basurto, a cuya plantilla oficial nunca perteneció. A pesar de esa falta de reconocimiento oficial de la neurología y de la neurocirugía, lo normal es que hubiera habido algún tipo de relación profesional, no digo personal, entre el Dr. López-Albo y el Dr. Areilza. Sin embargo, no dejaron ningún documento escrito de que colaboraran entre sí en alguna forma. Dos de las primeras aportaciones del Dr. López-Albo a las sesiones de la ACMB fueron motivo de sendos artículos^{47,48} y de ellos se deduce que no había

relación profesional entre los dos y que el Dr. Areilza no era un referente en la cirugía de los tumores cerebrales. El primer caso concernía a un paciente con un tumor frontal que operó el propio Dr. López-Albo y que presentó en la Academia con la pieza operatoria y el paciente en persona. El segundo fue un posible tumor de fosa posterior diagnosticado clínicamente pero no remitido para cirugía. El Dr. López-Albo tampoco progresó en la neurocirugía, disciplina que no se inició oficialmente en el hospital de Basurto hasta la llegada del Dr. Ramón Jacas ya en 1960. Y la neurología se inició más de dos décadas después, tras vencer las tradicionales resistencias al cambio, en este caso la especialización en medicina. Pero eso ya es otra historia.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses. No se ha recibido ninguna financiación pública ni privada para la redacción de este artículo.

Agradecimientos

Agradezco la inestimable ayuda de Dña. Vanessa Cisteré, del Museo-Archivo Histórico de la Sociedad Española de Neurología, en algunas búsquedas bibliográficas. El Profesor Antón Erkoreka me facilitó amablemente el acceso a la biblioteca que el Dr. Areilza donó al hospital de Basurto y que se conserva en el Museo de la Medicina del País Vasco, en Lejona. Estoy muy agradecido a Dña. Ana María García, documentalista, por mostrarme los fondos bibliográficos del Dr. Areilza que se conservan en el Museo de la Minería del País Vasco en Ortuella

Bibliografía

1. Guimón J. El doctor Areilza, precursor de la universidad de Bilbao. Bilbao (ES): Real Academia de Medicina Distrito de Bilbao; 1971.
2. Montalban J. El Dr. Areilza, médico de los mineros. Bilbao (ES): Muelle de Uribitarte Editorial; 2008.
3. La memoria de los días olvidados: el blog de Josu Montalbán [Internet]. [s.l.]: Josu Montalbán; [s.d.]. Areilza y Unamuno en el ágora bilbaína; 24 mar 2012 [consultado 10 mar 2024]. Disponible en: <https://josumontalban.blogspot.com/2012/03/areilza-y-unamuno-en-la-agora-bilbaina.html>
4. Blog de Iñaki Anasagasti. [s.l.]: [s.n.]; [s.d.]. Montero T. Enrique de Areilza, doctor, testigo y heraldo. Consultado: 11 mar 2024. Disponible en: https://ianasagasti.blogspot.com/mi_blog/2012/03/enrique-de-areilza-doctor-testigo-y-heraldo.html
5. Vitoria Ortiz M. Vida y obra del Dr. Areilza. Bilbao (ES): La Gran Enciclopedia Vasca; 1975.

6. García-Molina A, Enseñar-Cantallops A. Lesiones cerebrales traumáticas frontales en la cuenca minera de los Montes de Triano (1881-1898). *Neurosci Hist*. 2017;5:52-7.
7. Zarranz JJ, Areitio E. Breve semblanza del Dr. Areilza y sus obras de interés neurológico o neuroquirúrgico. *Gac Med Bilbao*. 2024;121:73-85.
8. Alegría Mendialdua F. Bibliografía del Dr. D. Enrique Areilza y Arregui. *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina*. 1934-1935;V:99-105.
9. Real Academia de la Historia [Internet]. Madrid: Real Academia de la Historia; © 2018. Enrique Areilza Arregui; [consultado 2 feb 2024]. Disponible en: <https://dbe.rah.es/biografias/18200/enrique-areilza-arregui>
10. Vitoria Ortiz M. Los hospitales mineros de Triano. Bilbao (ES): La Gran Enciclopedia Vasca; 1978.
11. Gilsanz Rodríguez F, Guasch Arévalo E. Enrique Areilza Arregui (1860-1926). Un ilustre licenciado de la facultad de medicina de Valladolid. *Arch Fac Med Valladolid*. 2023;5:12-7.
12. Areilza E. *Epistolario*. Areilza JM, ed. Bilbao (ES): Librería Arturo; 1964.
13. Areilza E. De las fracturas de cráneo y de la trepanación. Barcelona: La Academia; 1887.
14. Areilza E. *La trepanación en la epilepsia*. Barcelona: La Academia; 1888.
15. Areilza E. El delirio en las fracturas de la base del cráneo. (Congreso Hispano-Portugués de Cirugía, Madrid, 1899). *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*. 1899;8:292-307.
16. Areilza E. Localizaciones medulares. *Gac Med Norte*. 1899;5:497-504.
17. Areilza E. Análisis y crítica de los fenómenos sensorio-motrices de una fractura del parietal derecho con absceso consecutivo de la zona rolándica. *Gac Med Norte*. 1900;6:228-50.
18. Areilza E. Fractura de la clavícula derecha con parálisis del brazo derecho y lesión de la arteria subclavia (presentación). *Gac Med Norte*. 1902;8:711-4.
19. Areilza E. Hematomas intracerebrales retardados posttrauma. *Discusión*. *Gac Med Norte*. 1908;14:54-6.
20. Izquierdo JM. Historia de la neurocirugía española (1950). *Neurocirugía*. 1993;4:164-71.
21. Broca P. Diagnostic d'un abcès situé au niveau de la région du langage; trépanation de cet abcès. *Rev Anthropol*. 1876;5:244-8.
22. Macewen W. Tumour of the dura mater removed during life in a person affected with epilepsy. *Glasg Med J*. 1879;12:210-3.
23. Horsley V. Brain surgery. *BMJ*. 1886;2:670-5.
24. Horsley V. A note on the means of topographical diagnosis of focal disease affecting the so-called motor region of the cerebral cortex. *Am J Med Sci*. 1887;96:342-69.
25. Macewen W. An address on the surgery of the brain and spinal cord. *Br Med J*. 1888;2:302-9.
26. Macewen W. Intra-cranial lesions, illustrating some points in connexion with localization of cerebral affections and the advantages of antiseptic trephining. *Lancet*. 1881;2:541-3.
27. Finger S. The birth of localization theory. *Hand Clin Neurol*. 2010;95:117-27.
28. Finger S, Stone JL. Landmarks of surgical neurology and the interplay of disciplines. *Hand Clin Neurol*. 2010;95:189-202.
29. Ormond DR, Hadjipanayis CG. The history of neurosurgery and its relation to the development and refinement of the frontotemporal craniotomy. *Neurosurg Focus*. 2014;36:1-11.
30. Shen E, Terai H, Ben Haj Frej K, Dean J, Chozick B, Bulsara KR. Sir Rickman John Godlee—Contributions in addition to his 1884 tumor resection, a review. *World Neurosurg*. 2024;183:187-91.
31. Krause F. *Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks. Nach eigenen Erfahrungen*. Berlín: Urban & Schwarzenberg; 1911.
32. Bacigaluppi S, Bragazzi NL, Martini M. Fedor Krause (1857-1937): the father of neurosurgery. *Neurosurg Rev*. 2020;43:1443-9.
33. Dieterich M, Brandt T. The parietal lobe and the vestibular system. *Handb Clin Neurol*. 2018;151:119-40.
34. Riechars RG II, Walker MF, Ruff RL. Post-traumatic headaches. *Hand Clin Neurol*. 2015;128:567-78.
35. Minen MT, Boubour A, Walia H, Barr W. Post-concussive syndrome: a focus on post-traumatic headache and related cognitive, psychiatric, and sleep issue. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2016;16:100.
36. Sedillot CE. Plaie de tête avec fracture: trépanation. *Bull Soc Chir*. 1870;11:140-3, 149-51.
37. Lucas-Championnière J. Trépanation du crâne faite pour une fracture de la voûte sans plaie communicante; guérison complète. *Bull Mem Soc Chir Paris*. 1875;1:226-31.
38. Lucas-Championnière J. *La trépanation guidée par les localisations cérébrales*. Paris: Masson; 1878.
39. Filley CM. The frontal lobes. *Hand Clin Neurol*. 2010;95:557-68.
40. Pick A. Über die Bieziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie. *Prager Med Wochenschr*. 1892;17:165-7.
41. Immonen A, Jutila L, Muraja-Murro A, Mervaala E, Äikiä M, Lamusuo S, et al. Long-term epilepsy surgery outcomes in patients with MRI-negative temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*. 2010;11:2260-9.
42. West S, Nolan SJ, Newton R. Surgery for epilepsy: a systematic review of current evidence. *Epileptic Disord*. 2016;18:113-21.
43. Baratham G, Dennyson WG. Delayed traumatic intracerebral haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1972;35:698-706.
44. Ziechmann R, Pathak SM, Welch J, Villanueva P. Delayed traumatic intracerebral hematoma: a pathophysiological classification and literature review. *Cureus*. 2023;15:e42987.
45. Zarranz-Imirizaldu JJ. Wenceslao Lopez Albo y su relación con la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. *Gac Med Bilbao*. 2021;118:128-32.
46. Zarranz JJ. Wenceslao López Albo: precursor de la neurología en Bilbao. *Neurosci Hist*. 2019;7:83-96.
47. López Albo W. Tumor del lóbulo frontal derecho operado. Presentación del enfermo y de la pieza operatoria. *Gac Med Norte*. 1917;XXIII:13-28.
48. López Albo W. Diagnóstico precoz de un tumor de cerebelo. *Gac Med Norte*. 1918;XXIV:104-14.