

**El reposo en cama en la hepatitis epidémica.**—Una de las normas terapéuticas que parecían más seguras en el caso de la hepatitis epidémica es la de establecer un estricto reposo en cama, hasta que se hayan normalizado las pruebas funcionales hepáticas. Cuando, en plena guerra mundial, se intentó que se incorporasen pronto al servicio los enfermos de hepatitis, se produjo un elevado porcentaje de recidivas. Sin embargo, CHALHERS y colaboradores (*J. Am. Med. Ass.*, 159, 1.431, 1955) han establecido un estudio bien llevado sobre la duración de la convalecencia y frecuencia de recidivas, cuando el reposo es mantenido con rigor o cuando se suspende tal reposo de acuerdo con la sensación de bienestar del convaleciente. En 442 casos se estudió el com-

portamiento de la afección, tratando a la mitad de ellos con reposo riguroso y permitiendo a la otra mitad la actividad que quisiesen, con la excepción de una hora de reposo después de cada comida. En el segundo tipo de tratamiento fué más lenta la convalecencia, probablemente por evitar el efecto debilitante de la larga inmovilización. No se observó ningún efecto desagradable de tal disminución del reposo. La guía para el tratamiento debe ser la dosificación de bilirrubina (se permitirá actividad muscular, si desciende de 1,5 mg.) y la retención de bromosulfaleína en cuarenta y cinco minutos (que no debe ser mayor de 5 a 10 por 100 para permitir una actividad normal) y tales dosificaciones se repetirán con intervalos de dos a cuatro semanas.

## EDITORIALES

### EL CARACTER ANTIGENICO DE LA COLAGENA

La convicción de que fenómenos de choque antígeno-anticuerpo intervienen en la génesis de las llamadas enfermedades de la colágena han conducido a un estudio de la capacidad antigénica de la propia colágena. WATSON, ROTHBARD y VANAMEE han podido demostrar que la colágena purificada, extraída de los tendones del rabo de la rata, es soluble en ácido acético, y la inyección intraperitoneal repetida en conejos de tales soluciones es capaz de producir anticuerpos fijadores del complemento con colágena de rata. Las soluciones preparadas con colágena de la vejiga natatoria de la carpa se comportarían antígenicamente de un modo distinto que las de rabo de rata, y también sería antígenicamente distinta la colágena del pollo (ROBBINS y colaboradores). Esta demuestra que la colágena tiene una especificidad de especie animal.

ROTHBARD y WATSON han profundizado más en el conocimiento de la capacidad antigénica de la colágena. Cuando se inyecta a una rata suero anticolágena de rata, obtenido del conejo, se produce un cuadro de anafilaxia, con las características que este fenómeno presenta en la rata (trombocitopenia, retardo de la coagulabilidad sanguínea, leucopenia, disminución del complemento del suero, etc.) e histológicamente se encuentran pequeños trombos de hematias y acúmulos de leucocitos en los capilares viscerales. En las experiencias de ROTHBARD y WATSON no se obtuvo el mismo resultado con suero de conejo con anticuerpos contra colágena de otras especies y se demostró que no existían en el suero activo anticuerpos contra los hematias de rata. También se excluye la posibilidad de que la reacción se deba a anticuerpos de Forssman, ya que el tejido de rata no posee antígenos de esta clase. Todo hace pensar que son los anticuerpos anti-colágena del suero de conejo los que reaccionan con la colágena de la rata, originando el cuadro de choque anafiláctico. La substancia que ocasiona la reacción se halla en la fracción globulínica gamma y su título es proporcional a la intensidad de lesiones tisulares que se producen.

Es muy probable que las observaciones de KAY, de producción de nefritis en conejos por la inyección de suero anti-riñón de conejo, obtenido en el pato, tengan la misma significación de ser una reacción en la que intervengan anticuerpos anti-colágena. En el caso de KAY parece intervenir en el fenómeno no sólo el complejo antígeno-anticuerpo de riñón de conejo, sino también los anticuerpos-anti-pato, que se generan en el co-

nejo, cuando éste ha recibido el suero inmune, y que, a su vez, reaccionarían con el complejo antígeno-anticuerpo antes citado. En los estudios de ROTHBARD y WATSON la reacción es demasiado inmediata para que se pueda hacer pensar en la intervención de este segundo tipo de anticuerpos.

### BIBLIOGRAFIA

- KAY, C. F.—*Am. J. Med. Sci.*, 204, 483; 1942.  
ROBBINS, W. C.; WATSON, R. F.; PAPPAS, G. D., y PORRES, K. R.—*J. Biophys. Biochem. Cytol.*, 1, 381; 1955.  
ROTHBARD, S. y WATSON, R. F.—*J. Exper. Med.*, 103, 57; 1953.  
WATSON, R. F.; ROTHBARD, S., y VANAMEE, P.—*J. Exper. Med.*, 99, 535; 1954.

### DERRAME PLEURAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Las lesiones de la artritis reumatoide no se limitan a las articulaciones y tejidos periarticulares, lo cual ha inducido al empleo, cada vez más frecuente, de la denominación *enfermedad reumatoide*, ya que incluso cabe la posibilidad de lesiones en otros órganos, sin acompañarse de artritis. En el pericardio y miocardio han sido observadas lesiones bastantes características por GRUENWALD y por otros anatómo-patólogos. En los músculos esqueléticos y en los nervios han sido descritos nódulos por STEINER y colaboradores. Lesiones pulmonares se han publicado por ELLMAN y BALL, por CHRISTIE y por otros patólogos. Adherencias extensas pleurales y pericárdicas no específicas fueron un hallazgo frecuente en las autopsias de artritis reumatoide estudiadas por BAGGENSTOSS y ROSENBERG, pero también se hallan con frecuencia en la pleura infiltrados reumatoides específicos (BENNETT y colaboradores, etc.).

Más raro es que clínicamente se asocie una pleuritis con derrame a una artritis reumatoide. ELLMAN y CUDKOWIEZ han referido dos de tales casos, en los que, por no conocer la posibilidad de tal tipo de lesión, se habían hecho previamente diagnósticos muy dispares. EMERSON ha podido estudiar seis casos de derrame pleural reumatoide, todos ellos de más de cuarenta y cinco años, y cinco de los cuales eran varones. Un derrame pleural aparecido en tales circunstancias hace pensar siempre en una neoplasia pulmonar o un mesotelioma pleural,

procesos que pudieron descartarse en los enfermos de EMERSON; es de hacer notar que un tumor pleural presenta casi constantemente dedos en palillo de tambor, los cuales no aparecieron en los casos de derrame reumatoide. La tuberculosis, aunque no muy frecuente en personas de más de cuarenta y cinco años, debe también excluirse, y en los enfermos de EMERSON fueron negativas las inoculaciones al cobaya, baciloscopias en el líquido pleural y en los esputos, etc. En los seis casos coincidió la presentación del derrame pleural con una agudización de la poliartritis, la cual no sufrió ninguna modificación por el hecho de la pleuritis. Dos de los enfermos fueron tratados con ACTH, y la sintomatología articular mejoró francamente, en tanto que los derrames pleurales no se modificaron. Los derrames pleurales pueden persistir muy prolongadamente y se hallaban presentes en dos de los enfermos más de dos años después de su iniciación.

## BIBLIOGRAFIA

- BAGGENSTOSS, A. H. y ROSENBERG, E. F.—Arch. Path., 35, 593; 1943.  
 BENNETT, A. H.; ZELLER, J. W., y BAUER, W.—Arch. Path., 30, 70; 1940.  
 CHRISTIE, G. S.—Aust. Ann. Med., 3, 49; 1954.  
 ELLMAN, P. y BALL, R. E.—Br. Med. J., 1, 750; 1937.  
 ELLMAN, P. y CUDKOWICZ, L.—Thorax, 9, 46; 1954.  
 EMERSON, P. A.—Br. Med. J., 1, 428; 1955.  
 GRUENWALD, P.—Arch. Path., 48, 59; 1948.  
 STEINER, G.; FREUND, H. A.; LEICHTENTRITT, B., y MANN, M. E.—Am. J. Path., 22, 103; 1946.

## MIOCLONO PALATINO

Este trastorno neurológico fue descrito en 1886 por SPENCER, y desde entonces se publican, de tiempo en tiempo, observaciones aisladas. El proceso tiene algunos caracteres que le distinguen de otros movimientos involuntarios y esto le confiere un gran interés, el cual se aviva por la incertidumbre sobre el mecanismo patogénico. Consiste la afección en la producción de movimientos rítmicos (mioclónicos) en el velo palatino, faringe, laringe y aun en los labios, movimientos que tienen una frecuencia superior a 100 por minuto y cuya característica principal es que no se suprimen por nin-

gún agente y en ninguna circunstancias. Tanto los temblores como la corea, el hemibalismo, la atetosis, el nistagmo, etc., se pueden suprimir por la inyección intravenosa de amital y también desaparecen en el sueño espontáneo. El mioclono palatino no disminuye en el sueño ni se suprime por drogas, ni por inhalación de oxígeno, ni por el coma, la presión en el seno carotídeo, ni aun en la fase agónica. En uno de los 12 enfermos de NATHANSON, que presentaba simultáneamente una enfermedad de Parkinson y un mioclono palatino, la anestesia con amital suprimía el temblor parkinsoniano, en tanto que no modificaba el mioclono. La constancia y persistencia de estos movimientos no tiene parangón ni aun con la actividad rítmica normal de la respiración o del corazón, las cuales están sujetas a varias influencias; los únicos movimientos comparables son las fasciculaciones musculares ocasionadas por la degeneración de las motoneuronas del asta anterior de la médula.

El mioclono palatino se ha relacionado con lesiones de la oliva inferior. Tan sólo en un caso de FREEMAN se habla de una lesión del fascículo central del tegmento. Lo habitual es encontrar una oliva inferior más hinchada que la otra y se ha llegado a hablar de unaseudohipertrofia de la oliva. Algunos patólogos, como ERICKSON y ABLIN han pensado que la afección de la cliva podría ser secundaria a otra lesión, y en dos de sus casos existía un tumor de la fosa posterior. Es sabido que el cerebelo tiene relaciones genéticas y funcionales con la oliva inferior, y HARMARK ha podido obtener lesiones de la oliva cuando se lesiona el cerebelo contralateral en un embrión de pollo de trece días. Los estudios patológicos de NATHANSON en cuatro casos apoyan también la noción de que la degeneración de la oliva es secundaria a procesos de los hemisferios cerebelosos. La lesión principal asienta en uno de los núcleos dentados, y en dos de los enfermos se trataba de un tumor de esta localización. En otro de los pacientes se presentó la sintomatología palatina tres meses después de la excisión de parte de un hemisferio cerebeloso a causa de un tumor de la fosa posterior.

## BIBLIOGRAFIA

- ERICKSON, T. C. y ABLIN, G.—Tr. Am. Neur. A., 601; 1953.  
 FREEMAN, W.—Arch. Neur. Psych., 29, 742; 1933.  
 NATHANSON, M.—A. M. A. Arch. Neur. Psych., 75, 285; 1956.

## I N F O R M A C I O N

## MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 28 de mayo de 1956, por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre otorrinolaringólogos de Servicios Provinciales de Sanidad (Especialistas al Servicio de la Sanidad Nacional) para cubrir plazas vacantes de su plantilla. (*Boletín Oficial del Estado* de 3 de junio de 1956.)

Otra de 28 de mayo de 1956, por la que se convoca concurso de méritos para proveer las vacantes de Jefes Provinciales de Sanidad de San Sebastián y Murcia, adscritas al Grupo A) de la Plantilla del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. (*Boletín Oficial del Estado* de 3 de junio de 1956.)

Otra de 28 de mayo de 1956, por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre Oftalmólogos de Servicios Provinciales de Sanidad (Especialistas al Ser-

vicio de la Sanidad Nacional) para proveer vacantes de su plantilla. (*Boletín Oficial del Estado* de 3 de junio de 1956.)

## ADMINISTRACION CENTRAL

## TRABAJO

## Dirección General de Previsión.

Convocando concurso para proveer, con nombramiento definitivo, vacantes de Facultativos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en Melilla. (*Boletín Oficial del Estado* de 1 de junio de 1956.)

Convocando concurso definitivo para proveer vacantes de Facultativos de Especialidades del Seguro Obli-