

junto con 0,5 a 1 c. c. de novocaína al 1 por 100. Inmediatamente después de realizada la inyección, el contenido del ganglión se reblandece y se puede aspirar o exprimir mediante una presión suave. De los 81 enfermos, 67 quedaron clínicamente curados y seis persistieron con gangliones mucho más pequeños. En 13 casos se requirió más de una inyección y en 14 casos se produjo recidiva dentro de los

tres primeros meses. La ventaja principal del tratamiento es su sencillez y el hecho de que los pacientes no necesitan interrumpir su trabajo habitual, bastando la colocación de un vendaje ligeramente compresivo después de la inyección. No se presentaron más complicaciones que un pequeño hematoma en un caso y una tenosinovitis no específica en tres enfermos.

## EDITORIALES

### HIPOXIA Y EDEMA CEREBRAL

El tejido cerebral responde con suma facilidad e intensidad con edema a la privación de oxígeno, sea cualquiera el mecanismo por el que ésta se establezca. Así se explica el edema cerebral que acompaña a la intoxicación lenta con óxido de carbono (FORBES y cols.), a la anestesia por óxido nitroso (COURVILLE), a las neumonías extensas (CHORNYAK), etc. Incluso experimentalmente se ha producido edema cerebral en perros por la respiración prolongada en atmósfera pobre en oxígeno (YANT y cols.).

No se halla suficientemente difundido el conocimiento de que el edema cerebral puede ser una complicación clínica importante de numerosos estados en los que exista una anoxia, más o menos duradera, de los centros nerviosos y tal edema puede llegar a poner en peligro la vida del enfermo. ARGENT y COPE han revisado recientemente las posibles causas que en la clínica pueden originar edema cerebral y discuten el valor relativo de las diversas medidas terapéuticas que deben emprenderse. Cualquiera de los tipos de hipoxia: anémico, por estasis, anóxico (por falta de oxígeno en el aire o por alteraciones a la hematosis en el pulmón) o histiotóxico (anestésicos o sustancias frenadoras de la respiración celular), pueden originar un edema cerebral. El primer efecto de la anoxia en el sistema nervioso es la dilatación capilar (COURVILLE), con aumento de permeabilidad de los mismos, e incluso producción de hemorragias capilares. El aumento de permeabilidad origina el edema, el cual, a su vez, dificulta el recambio tisular de oxígeno, con lo que es mayor la anoxia cerebral y aumenta la presión en el líquido cefalorraquídeo, lo cual interfiere con el flujo venoso, incrementando a su vez el edema. Se cierra así un círculo vicioso, que no rara vez conduce a la muerte.

Clínicamente, los enfermos que han padecido un episodio de anoxia cerebral pueden haberse recuperado de la misma y recaer; se establece entonces un coma, con respiración estertorosa o jadeante, pupilas habitualmente dilatadas, sudoración profusa, fiebre elevada y frecuentemente agitación con movimientos incoordinados fibrilares o coreo-atetósicos. Si el proceso progresa hacia la muerte, se instaura un cuadro de flacidez, taquicardia, aumento de la profundidad del coma, respiración de Cheyne-Stokes, abolición de los reflejos tendinosos y muerte con hipertermia. Cuando el enfermo se recupera, la restitución suele ser rápida y completa; pero se han descrito casos en los que persisten secuelas psíquicas o neurológicas diversas.

Desde hace tiempo se ha reconocido la importancia que el régimen deshidratante tiene en el tratamiento de esos cuadros. SADOVE y cols. han demostrado su efica-

cia en el edema cerebral que sigue a la detención cardíaca. De las sustancias empleadas con fines deshidratantes, la glicosa al 50 por 100 y el cloruro sódico al 30 por 100 son eficaces en los primeros momentos, pero ulteriormente pueden pasar a los tejidos y favorecer más bien la producción de edema; la glicosa, además, pasa al líquido cefalorraquídeo y aumenta su presión osmótica, lo cual resulta perjudicial para el fin que se persigue. SADOVE y cols. recomiendan el suero humano concentrado cuatro o cinco veces. ARGENT y COPE consideran preferible el empleo de sucrosa al 50 por 100, de la que administran primeramente 40 c. c. intravenosamente; generalmente antes de quince minutos se observa una mejoría del estado de coma; se inyectan entonces otros 40 c. c. y treinta minutos después otros 20-40 c. c. A continuación se instala un gota a gota de dextrano, que fluye en proporción de 50 c. c. por hora. En su trabajo, ARGENT y COPE refieren ejemplos muy brillantes de respuesta a este tipo de tratamiento, el cual fué verdaderamente salvador de la vida de los enfermos.

### BIBLIOGRAFIA

- ARGENT, D. E. y COPE, D. H. P.—Br. Med. J., 1, 593, 1956.  
CHORNYAK, J.—Univ. Hosp. Bull. Ann. Arbor, 4, 77, 1938.  
COURVILLE, C. B. — "Untoward effects of nitrous oxide." Mountain View, 1939.  
FORBES, H. S., COBB, S. y FREMONT-SMITH, F.—Arch. Neur. Psych., 11, 264, 1924.  
SADOVE, M. S., WYANT, G. M. y GITTELSON, L. A.—Br. Med. J., 2, 255, 1953.  
YANT, W. P., CHORNYAK, J., SHRENK, H. H., PATTY, F. A. y SAYERS, R. R.—Pub. Health Bull., 211, 1, 1934.

### EFFECTOS DE LA SECCION DEL TALLO HIPOFISARIO

Actualmente se realiza con cierta frecuencia la hipofisectomía como tratamiento del cáncer de mama avanzado. La operación tiene bastante importancia y sería de desear que pudiera obtenerse el mismo efecto mediante un proceder más sencillo. En opinión de RUSSELL, la sección del tallo hipofisario, en su unión con la glándula, ofrecería las mismas perspectivas de eficacia, siendo técnicamente más sencilla.

Hasta ahora, las opiniones eran discordantes sobre los efectos de seccionar el tallo de la hipófisis. En un caso de CUSHING se produjo la muerte, en caquexia hi-

pofisaria, tres días después de la sección. DODD, por el contrario, no observó efectos sobre la función de la hipófisis después de seccionar su tallo. DANDY refiere un caso en que seccionó el tallo en un punto medio entre el hipotálamo y el techo de la silla; se produjo una diabetes insípida, pero no alteración del lóbulo anterior de la glándula.

RUSSELL ha podido estudiar tres casos en los que se había seccionado el tallo hipofisario. Llega con esta base a la conclusión de que la repercusión sobre el lóbulo anterior depende principalmente de la altura a que el tallo sea seccionado. Ello dependería de la cuantía en que son lesionados los vasos portales que irrigan el lóbulo anterior y cuya sección o trombosis origina necrosis de la citada parte de la glándula. Ya SHEEHAN había insistido en la importancia de la trombosis de los vasos, por debajo del nivel del tallo, para que se produjese el cuadro del hipopituitarismo, y DANIEL y PRICHARD han obtenido experimentalmente en la rata necrosis del lóbulo anterior por la cauterización de los vasos portales. En relación con este problema se hallan los estudios anatómicos de XUEREB y cols.; han demostrado que las arterias hipofisarias superiores penetran

en la hipófisis y algunas ramas se anastomosan con asas de las arterias hipofisarias inferiores, en la proximidad de la inserción del tallo; de estas anastomosis parten ramas ascendentes, que se resuelven en capilares, en la parte inferior del tallo; la sangre es recogida de esta zona por vasos porta y distribuida por el lóbulo anterior. De aquí se deduce que, cuanto más bajo sea el nivel de sección del tallo, más se lesionarán los sistemas porta y tanto más sufrirá la nutrición del lóbulo anterior de la hipófisis. Por esta razón, cuando se desea lograr tal necrosis, en el tratamiento de cánceres avanzados, se puede hacer la sección del tallo hipofisario en la proximidad de la unión con la glándula, conforme realiza actualmente NORTHFIELD, en el Hospital de Londres, siguiendo la sugestión de RUSSELL.

#### BIBLIOGRAFIA

- CUSHING, H.—"The pituitary body and its disorders". Filadelfia, 1912.  
DANDY, W. E.—J. Am. Med. Ass., 114, 312, 1940.  
RUSSELL, D. S.—Lancet, 1, 466, 1956.  
SHEEHAN, H. L.—J. Path. Bact., 45, 189, 1937.  
XUEREB, G. P., PRICHARD, M. M. L. y DANIEL, P. M.—Quart. J. Exper. Physiol., 39, 199, 219.

## INFORMACION

### MINISTERIO DE JUSTICIA

Orden de 14 de julio de 1956 por la que se regula el Curso de Capacitación a que se refiere la de 5 de diciembre último, que convocaba oposiciones al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. (*Boletín Oficial del Estado* de 3 de agosto de 1956.)

### MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 23 de julio de 1956 por la que se convoca concurso voluntario de traslado para proveer diversas vacantes existentes de Médicos Puericultores del Estado de la plantilla unificada de Médicos Puericultores y Maternólogos del Estado. (*Boletín Oficial del Estado* de 4 de agosto de 1956.)

Orden de 26 de julio de 1956 por la que se promueve en corrida reglamentaria de escala a los empleos que se citan a dos funcionarios de la plantilla de Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional. (*Boletín Oficial del Estado* de 7 de agosto de 1956.)

Orden de 26 de julio de 1956 por la que se declara desierto el concurso voluntario de traslado convocado por Orden de 28 de mayo último para proveer vacantes existentes en la plantilla de Otorrinolaringólogos de los Servicios Provinciales de Sanidad. (*Boletín Oficial del Estado* de 8 de agosto de 1956.)

### MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Orden de 6 de julio de 1956 por la que se anuncia concurso de traslado entre quienes pertenezcan al Cuerpo Médico-Escolar del Estado. (*Boletín Oficial del Estado* de 6 de agosto de 1956.)

### ADMINISTRACION CENTRAL

#### TRABAJO

##### Dirección General de Previsión.

Convocando concurso definitivo para proveer vacantes de Facultativos de Especialidades del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Gerona. (*Boletín Oficial del Estado* de 2 de agosto de 1956.)

Convocando concurso definitivo para proveer vacantes de Facultativos de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Pontevedra. (*Boletín Oficial del Estado* de 6 de agosto de 1956.)

Convocando concurso para proveer con nombramiento definitivo vacantes de Facultativos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en la provincia de Baleares. (*Boletín Oficial del Estado* de 8 de agosto de 1956.)

Resolviendo concurso para nombramientos definitivos de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Alava. (*Boletín Oficial del Estado* de 8 de agosto de 1956.)

Rectificando a la convocatoria del concurso de especialidades del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en la provincia de Baleares. (*Boletín Oficial del Estado* de 8 de agosto de 1956.)

Convocando concursos para proveer con nombramiento definitivo vacantes de Facultativos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad en las provincias que se citan. (*Boletín Oficial del Estado* de 9 de agosto de 1956.)

Convocando concurso definitivo para proveer vacantes de Facultativos de Especialidades del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Barcelona. (*Boletín Oficial del Estado* de 10 de agosto de 1956.)