

óptico (tuber cinereum)—posthipófisis en alguno de sus eslabones, siendo necesaria la indemnidad anatómica y funcional de la prehipófisis. No hay acuerdo en cuanto a si lo primario es la poliuria o la polidipsia y qué es lo que mueve a lo otro; pero las discusiones en este sentido parecen de escaso valor si se considera lo difícil que es prescindir de un criterio unitario o global en la regulación neurocrina de la apetencia por el agua, su circulación en el medio interno y su excreción. Como dato de utilidad práctica debemos retener que la D. I. T. no es forzosamente permanente, es menos rara de lo que se imagina y su búsqueda debe hacerse sistemáticamente en traumatología cerebral. En los Servicios neuroquirúrgicos bien dotados, donde se estudia de rutina el balance hidroelectrolítico de los enfermos cerebrales, puede advertirse siempre la D. I. T. En nuestro caso hubo de ser un episodio de "intoxicación hídrica" el que nos puso en la pista del trastorno, puesto que el enfermo no era vigilado por personal competente y nadie nos había advertido su poliuria ni su polidipsia.

Nuestro caso segundo muestra cómo un trauma banal puede originar una grave compresión del óptico por esquirlas etmoidales sin que la radiografía simple muestre fractura orbitaria o craneal ni deformidad en el forámen óptico. Es difícil no preguntarse acerca de si la pérdida del otro ojo con anterioridad no influiría de algún modo en la mala evolución del trastorno visual en el contrario con pronta aparición de atrofia primaria.

Ambas observaciones muestran los complejos matices que a veces han de ser tenidos en cuenta al plantear el tratamiento quirúrgico de los traumas del nervio óptico, tratamiento que ha de ser precoz para ser útil.

RESUMEN.

Se presentan dos casos de lesión del II par en traumatismos cráneo-encefálicos, en uno de los cuales se asociaba la compresión de uno de los ópticos a una sección anteroposterior del quiasma, a lesión del III par y a diabetes insípida. Se insiste en la necesidad de la descompresión operatoria precoz del nervio óptico para evitar secuelas permanentes.

BIBLIOGRAFIA

- DANDY, W. E.—*Hirnchirurgie*, págs. 316 y 317. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1938.
 DIETRICH, PH.—*Presse Méd.*, 61, 1.043, 1953.
 HOOPER, R. S.—*Brit. J. Surg.*, 39, 126, 1951.
 LAZORTHES, G.—*Neurochirurgie*, 1, 52, 1955.
 LAZORTHES, G. y ANDUZE, H.—*Rev. Neurol.*, 87, 540, 1952.
 LAZORTHES, G. y CAMPAN, L.—*Neurochirurgie*, 1, 243, 1955.
 PORTER, R. J. y MILLER, R. A.—*Journ. of Neurol., Neurosurg. & Psychiat.*, 11 (new series), 258, 1948.

SUMMARY

Two cases are reported of second cranial nerve lesion as a result of head injury. In one of them pressure upon the optic nerve was

associated with antero-posterior division of the chiasm, third-nerve lesion and diabetes insipidus. Stress is laid on the need for early operative decompression of the optic nerve for the prevention of permanent sequelae.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden zwei Fälle von Beschädigung des Paar II bei Schädel und Gehirnverletzung beschrieben; bei einem bestand eine Abdrosselung eines der optischen Nerven mit antero-posteriorer Sektion des Chiasma und Verletzung des Paar III, sowie Wasserharnruhr. Um Dauerfolgeerscheinungen zu verhüten wird ausdrücklich auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen operativen Druckentlastung des optischen Nerven hingewiesen.

RÉSUMÉ

On présente deux cas de lésion du II paire à conséquence de traumatismes crâneo-encéphaliques; dans l'un on associait la compression d'un des optiques à une section antero-postérieure du chiasma, à une lésion du III paire et à un diabète insipide. On insiste sur le besoin de la décompression opératoire précoce du nerf optique, pour éviter des séquelles permanentes.

SOBRE LA SIGNIFICACION DE LA FRUEBA DE SOBRECARGA DE ACIDO FOLICO EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS DE PULMON (*)

HANS LUDES.

Clinica Médica Universitaria de Colonia.
 Director: Profesor H. W. KNIPPING.

OLEGARIO ORTIZ.

Clinica Médica Universitaria de Valladolid.
 Director: Profesor M. SEBASTIÁN HERRADOR.

En el año 1953 publicó GIRDWOOD sus observaciones acerca de la eliminación de ácido fólico en orina después de la administración de una dosis test de 5 mg. de ácido fólico en inyección subcutánea. La dosificación la hacía en la orina emitida en las veinticuatro horas siguientes a la inyección y con el método microbiológico descrito por TEPLY y ELVEHJEM. Hizo el test, entre otros muchos casos, en gran número de enfermedades malignas y llegó a la conclusión de que si se elimina más del 30 por 100 de la cantidad de ácido fólico administrada es un dato que no excluye la existencia de una de las llamadas en-

(*) Trabajo leído en el IV Congreso Internacional de Enfermedades del Tórax del American College of Chest Physicians. Agosto, 1956. Colonia (Alemania).

fermedades malignas; pero si la administración es menor del 30 por 100, entonces es un indicio de fuerte sospecha de uno de tales procesos (neformaciones malignas, leucemias, linfogramulomatosis maligna, etc.). Simultáneamente a estos trabajos, construyeron HAEHNNER y LUDES un método propio de dosificación de ácido fólico en orina mediante cromatografía en papel y administrando una dosis de 100 mg. por vía oral. La sencillez y exactitud de este método ha permitido reunir la casuística más numerosa de la prueba de sobrecarga de ácido fólico en relación con las enfermedades de tipo maligno.

También se ha comprobado con este método que la excreción de ácido fólico, dentro de las veinticuatro horas siguientes a la toma, excede siempre del 30 por 100 de la cantidad ingerida, mientras que en la mayoría de las enfermedades malignas hasta ahora estudiadas la eliminación es menor del 30 por 100. En los 97 casos

totales hay 80 en que la excreción es inferior al 30 por 100 (prueba positiva) (LUDES, LOZANO y ORTIZ). De los 97 casos, 15 son de enfermedades malignas de los órganos hematopoyéticos, en los que la prueba fué positiva en 13 de los mismos (HAEHNNER, LUDES y LOZANO). Dentro de los mismos figuran también 19 casos de enfermedades malignas de las vías respiratorias altas, en los que el test es positivo en 14 casos (LUDES y STELLER). La prueba es también positiva en las anemias megaloblásticas (HAEHNNER y LUDES).

En el trabajo actual se ha llevado a cabo esta prueba en 32 enfermos crónicos de pulmón. Se trata de 15 casos de carcinoma bronquial, parte de ellos no tratados y la mayoría en vías de algún tratamiento, 16 casos de tuberculosis pulmonar crónica y uno de neumonía crónica inespecífica.

Todos ellos se reúnen y detallan en el cuadro siguiente:

Núm.	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Miligramos excreción 24 horas	OBSERVACIONES
1	P. M.	48	M.	Carcinoma bronquial.	27,4	
2	H. S.	72	M.	Carcinoma bronquial.	24,1	Trat. con radioterapia y Sanamycin.
3	S. J.	68	M.	Carcinoma bronquial.	25,9	Trat. con Sanamycin.
4	G. P.	64	F.	Carcinoma bronquial.	36,0	Trat. con 50 sesiones de radioterapia.
5	M. Z.	58	M.	Carcinoma bronquial.	40,7	Trat. con 50 sesiones de radioterapia.
6	M. P.	64	M.	Carcinoma bronquial.	20,2	
7	G. P.	25	M.	Endotel. bronquial.	25,0	
8	K. A.			Carcinoma bronquial.	10,9	Trat. con derivados benzoquinona.
9	A. J.			Metást. carc. mama linfang. carc.	21,8	Trat con 12 sesiones de radioterapia.
10	P. H.			Carcinoma bronquial.	20,8	
11	K. P.	57	M.	Carcinoma bronquial.	29,85	Trat. con B-55.
12	S. T.	61	M.	Carcinoma bronquial.	10,04	Trat. con B-55.
13	K. M.	57	M.	Carcinoma bronquial.	9,16	Trat. con B-55 y H-4.989.
14	S. H.	58	M.	Carcinoma bronquial.	9,80	Trat. con E-39 y H-4.989.
15	L. P.	51	M.	Carcinoma bronquial.	27,17	Trat. con E-39 y H-4.989.
1	W.	25	F.	Tuberculosis pulmonar.	39,3	
2	R. K.	26	F.	Tuberculosis pulmonar.	32,6	
3	R.	32	F.	Tuberculosis pulmonar.	33,5	Asociado a esclerosis múltiple.
4	S. J.	42	F.	Tuberculosis pulmonar.	46,0	
5	K. Ch.	19	F.	Tuberculosis pulmonar.	33,0	
6	B.		F.	Tuberculosis pulmonar.	37,6	
7	B. C.	65	M.	Tuberculosis pulmonar.	30,9	
8	K. K.	20	F.	Tuberculosis pulmonar.	34,1	
9	Z. M.	23	F.	Tuberculosis pulmonar.	35,5	
10	K. A.	23	F.	Tuberculosis pulmonar.	54,9	
11	S. C.	25	F.	Tuberculosis pulmonar.	37,6	
12	R. G.	15	F.	Tuberculosis pulmonar.	31,8	
13	K. K.	29	F.	Tuberculosis pulmonar.	33,45	
14	S. I.	16	F.	Tuberculosis pulmonar.	27,05	Asociada a meningitis tuberculosa.
15	S. U.	17	F.	Tuberculosis pulmonar.	41,9	Asociada a meningitis tuberculosa.
16	O. E.	22	F.	Tuberculosis pulmonar.	32,8	
17	L.	55	F.	Neumonía crónica.	40,0	

En la casuística puede apreciarse que en 13 de los 15 pacientes de carcinoma bronquial el test es positivo, es decir, la excreción se halla por debajo del 30 por 100 de la cantidad ingerida (9-29,85). Entre éstos se encuentran algunos no tratados y otros tratados con rontgenoterapia y distintos citostáticos (Sanamycin, B-55,

H-4.989, E-39, etc.). Dos enfermos de carcinoma bronquial excretan por encima del 30 por 100 (36-40,7). Estos habían recibido una serie de 50 sesiones de radioterapia cada uno.

Quince de los 16 pacientes de tuberculosis pulmonar crónica y el caso de neumonía crónica inespecífica muestran una prueba negativa (ex-

creción mayor de 30 por 100); solamente un caso de tuberculosis pulmonar crónica elimina por debajo del 30 por 100 (27,0).

Lo mismo que en los otros 97 casos de enfermedades malignas estudiados, la cantidad eliminada no guarda relación con la edad, sexo, cuadro hemático (excepción de lo ya indicado), velocidad de sedimentación ni con el estado general del paciente.

Las causas de esta reducida eliminación de ácido fólico en las enfermedades malignas después de una cantidad administrada son aún desconocidas. Esto impide explicar también las variaciones indeterminadas de la prueba cuando se hace después de haber sido tratadas las enfermedades malignas inclusive después de la extirpación quirúrgica. Cabe pensar, sin embargo, que la reducida eliminación obedezca a un trastorno metabólico general orgánico más que a las consecuencias de los procesos malignos más o menos localizados.

En todo caso, aunque esta reducida eliminación no sea explicable, resalta el hecho indudable de esta gran frecuencia de cifras bajas de eliminación de ácido fólico en los procesos malignos. Por ello se llama la atención en esta ocasión sobre la utilidad y significación de esta prueba en el diagnóstico diferencial de las enfermedades crónicas del pulmón, especialmente si se usa en unión de otros métodos de diagnóstico conocidos y manejados hasta hoy día, como son el cuadro clínico, radiografías, exploración bronquial, velocidad de sedimentación, cambios electroforéticos de las proteínas, etc., etc.

RESUMEN.

Al dar una sobrecarga de 100 mg. de ácido fólico por vía oral, los normales eliminan por la orina en las veinticuatro horas siguientes más del 30 por 100. De 15 enfermos con cáncer de pulmón, 13 eliminan menos del 30 por 100 (prueba positiva). De 16 casos de tuberculosis pulmonar crónica, 15 eliminan como los normales, más del 30 por 100 (prueba negativa). Esta prueba tiene un gran valor diagnóstico en los procesos crónicos del pulmón.

BIBLIOGRAFIA

- GIRDWOOD, H. R.—*Brit. Med. Journ.*, 2, 741, 1953.
 HAEHNNER, E. y LUDES, H.—*Münch. Med. Wschr.*, 96, 477, 1954.
 HAEHNNER, E. y LUDES, H.—*Münch. Med. Wschr.*, 96, 582, 1954.
 HAEHNNER, E., LUDES, H. y LOZANO, R.—*Münch. Med. Wschr.*, 98, 500, 1956.
 LUDES, H., LOZANO, R. y ORTIZ, O.—En prensa.
 LUDES, H. y STELLER.—En prensa.
 PEPLY, M. y ELVEHJEM, C. A.—*Journ. Biol. Chem.*, 157, 303, 1945.

SUMMARY

After an overdose of 100 mg. of folic acid given by mouth, normal subjects excrete over 30 % in the urine in the next 24 hours. Of

15 patients with lung cancer, 13 excreted less than 30 % (positive test). Of 16 cases of chronic tuberculosis of the lungs, 15 excreted over 30 %, like normals (negative test). This test is a great aid in the diagnosis of chronic diseases of the lung.

ZUSAMMENFASSUNG

Nach Verabreichung einer Belastungsdose von 100 mg. Folsäure per os, scheiden normale Personen mehr als 30 Prozent innerhalb der nächsten 24 Stunden aus. Unter 15 Patienten mit Lungenkrebs schieden 13 weniger als 30 % aus (positive Probe). Unter 16 Fällen von chronischer Lungentuberkulose wiesen 15 dieselbe Ausscheidung wie normale Personen auf, d. h. mehr als 30 Prozent (negative Probe). Die Probe ist von grossem diagnostischen Wert bei chronischen Lungenprozessen.

RÉSUMÉ

A l'administration d'une surcharge de 100 mg. d'acide folique par voie orale, les normaux éliminent par l'urine, pendant les 24 heures suivantes, plus du 30 %. De 15 malades de cancer de poumon, 13 en éliminent moins du 30 % (preuve positive). De 16 cas de tuberculose pulmonaire chronique 15 éliminent, de même que les normaux, plus du 30 % (preuve négative). Cette preuve a une grande importance diagnostique sur les processus chroniques du poumon.

TROMBOS Y EMBOLIAS EN LOS ENFERMOS MITRALES

(*Su aspecto quirúrgico*).

C. DE OTADUY.

Cirujano Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del S. H. C. de Basurto, de Cirugía Cardíaca del Instituto de Cardiología de la F. V. Pro-Cardiacos y Cirujano Jefe de la Residencia Sanatorial del S. O. E. de Bilbao.

CONSIDERACIONES PREVIAS.

Vamos a hacer unas consideraciones acerca de las trombosis y embolias de los enfermos mitrales, desde un punto de vista quirúrgico, basados en los hallazgos encontrados, y conducta que hemos seguido en la serie de enfermos mitrales que hemos operado hasta la fecha de hacer este trabajo, un total de 140 operados, en los que hemos encontrado en 28 trombos, o sea, el 20 por 100, y en los que ha habido cuatro embolias cerebrales operatorias (2,8 por 100), de las que dos fueron mortales y dos se recuperaron, una con hemiplejia, que mejoró notablemente.