

dos los casos de las formas idiopáticas, pudo existir una infección anterior no percibida por el enfermo, o bien que el virus causante, sin dar lugar a enfermedad, provocó cambios en el organismo capaces de hacer posible la aparición de la encefalitis. Nos parece demostrativo a este respecto nuestra observación número 4.

4.º Que terapéuticamente poseemos, al parecer, un arma bastante eficaz en la prednisona, aunque no sabemos todavía si podrá influir en la presentación de secuelas; y

5.º Que el hecho de la mejoría con los derivados de la cortisona hace suponer una patogenia alérgica y va en contra de la actuación directa del virus.

RESUMEN.

Durante la primera quincena de noviembre de 1957, coincidiendo con el desarrollo de la gripe en la provincia de Soria, han acudido a nuestra consulta particular y Servicio del Hospital Provincial cinco enfermos con el cuadro clínico

correspondiente a la encefalitis letárgica de VON ECONOMO, siendo el letargo el síntoma predominante en cuatro de ellos. La encefalitis apareció en todos, menos uno, entre el cuarto y octavo día de convalecencia del proceso gripal; al parecer, en un caso no hubo infección gripal anterior.

La prednisona actuó muy favorablemente siempre que se hizo uso de ella.

Se hacen algunos comentarios sobre el interés de estos casos en relación con el estado actual del problema.

BIBLIOGRAFIA

- ESPIR y SPALDING.—Brit. Med. J., 1, 1.141, 1956.
VON ECONOMO.—Presse Méd., 798, 1929.
RENÉ CRUCHET.—Presse Méd., 990, 1929.
MILLER, SATANTON y GIBBONS.—Brit. Med. J., 1, 668, 1957.
CURSCHMANN.—Münch. Med. Wschr., 1.846, 1937.
E. MAY.—Nouveau Traité de Medicine. Roger, Widal y Tissier. Paris, 1925.
H. PETTE.—Die Akut Entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems. Leipzig, 1942.
BAUMANN y LEEUW.—Z. Neur., 143, 403, 1933.
MARIE THERÈSE COMBY.—Les encephalites aiguës post-infectieuses de l'enfance. Paris, 1935.

UN CASO DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO (*)

F. TRUJILLO CASTRO.

Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife.
Director: T. CERVIÁ.
Hospital Insular Central. Director: F. TRUJILLO CASTRO.
Santa Cruz de Tenerife.

La tiroiditis constituye en menos del 1 por 100 de las enfermedades del tiroides. Aceptamos, con BLANCO SOLER, que constituyen entidades nosológicas y características las descritas, respectivamente, por RIEDEL en 1896, por HASHIMOTO en 1912, por DE QUERVAIN en 1904, sistematizada más tarde (1936) por DE QUERVAIN y GIORDANENGO. No entramos, pues, en las discusiones que han suscitado y suscitan aún las tiroiditis respecto a si deben ser consideradas o no como estadios distintos de una misma enfermedad.

Se acepta, comúnmente, que estos tres cuadros clínicos se presentan en una proporción aproximada de 70 : 10 : 1 para la de HASHIMOTO, granulomatosa de DE QUERVAIN y de RIEDEL, respectivamente.

Refiriéndonos concretamente a la tiroiditis de HASHIMOTO, parece que su frecuencia ha aumentado en los últimos años, y así, mientras GRAHAM, en 1931, afirmaba haber encontrado sólo 24 casos en la literatura mundial, CRAIG, SPANN y LOWBEER encuentran en 1952 nada me-

nos que 562 casos, a lo que habría que añadir, desde entonces, 170 de LINDSAY y 70 más de BREWER y ORR. Puede pensarse, desde luego, que el mejor diagnóstico y la publicación de más casos que hubieran quedado antes inéditos contribuyen a este sorprendente aumento en las cifras conocidas.

En nuestro Hospital Central de Santa Cruz de Tenerife han sido vistos desde abril de 1954 34 bocios, distribuidos así: 17 hiperfisoides, 16 normofisoides y un hipofisoides, de los cuales hemos operado nueve. Nuestra provincia no es bociosa, si se exceptúa un núcleo en la Isla de La Palma, pero que no aporta sus casos por tener dicha isla servicios médicos y hospitalarios eficientes. DURÁN MOLINA, en una encuesta sobre bocio en nuestra capital, encuentra una proporción de un caso por cada mil habitantes, aproximadamente, cifra reducida, y que confirma lo anteriormente expuesto. Debe tenerse en cuenta que la encuesta está hecha sobre enfermos procedentes no sólo de la isla de Tenerife, sino también de las de Gomera e Hierro.

Hemos considerado que tiene algún interés aportar un caso más de esta enfermedad, que hemos tenido ocasión de ver y tratar, y que es el siguiente:

Enferma M. R. D., de cuarenta y dos años de edad, y natural de Valle Gran Rey (Gomera), acude al Hospital con molestias en fosa ilíaca derecha que ella atribuye a una apendicitis crónica, que no se confirmó, y por sufrir frecuentes "asfixias", particularmente a los cambios de posición de la cabeza. A la exploración se aprecia un tiroides moderadamente aumentado de volumen

(*) Comunicación a la III Reunión Hispano-Lusa de Endocrinología. Valladolid, octubre 1957.

y muy duro. La radiografía demuestra una desviación notable de la tráquea. El metabolismo basal es de 4 por 100 y las pruebas habituales de laboratorio son normales.

A la vista de este cuadro decidimos practicar una tiroidectomía, que se llevó a efecto con anestesia local y

raba casi irremediable. El curso postoperatorio fué sin incidentes.

La pieza operatoria fué estudiada por nuestro competente anatómopatólogo doctor ALBELA, que nos dió el dictamen de bocio de Hashimoto (véase microfotografías).

Esta enferma fué vista por nosotros a los diez meses, en pleno mixedema, el cual, mal diagnosticado, había sido tratado de muy diversas maneras sin experimentar, claro está, variación alguna. Con la administración de hormonas tiroideas se modificó rápida y teatralmente.

Llamamos la atención sobre el hecho de que, a pesar de haber dejado el istmo tiroideo, se instaurara tan rápida y tan plenamente el mixedema, lo que parece demostrar la hipofunción latente de la glándula, que si cuando se hallaba íntegra bastó a cumplir su función, no ocurrió así con el fragmento dejado, en contra de lo que ocurre cuando la función tiroidea no está alterada. Seguramente de no haber sido extirpada la glándula se hubiera instaurado de todas maneras el mixedema, aunque seguramente con mayor lentitud.

BIBLIOGRAFIA

- CRAIG, SPAIN y LOWBEER.—Amer. J. Surg., 84, 286-292, 1952.
JOLE.—Brit. J. Surg., 27, 351-359, 1939.
LINDSAY y cols.—J. Clin. Endocrinol., 12, 1.578-1.660, 1952.
BLANCO SOLER y OTTE.—Rev. Iber. Endocrinol., 12, 191, 1954.
PIULACHS y CAÑADELL.—Enfermedades del tiroides. Barcelona, 1950.
DURÁN MOLINA.—Memorias y trabajos del I. P. T., 1957.



Fig. 1

sin más incidencias dignas de mención que haber tenido que separar determinadas zonas del tiroides de la tráquea con bisturí por hallarse íntimamente adheridas. Se dejó el istmo, pensando en aminorar, o al menos dilatar, el plazo de presentación del mixedema, que se conside-

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO MEDICO DE LAS SUPURACIONES BRONCOPULMONARES PRIMITIVAS

J. ALIX Y ALIX, B. COVAS Y A. ALIX TRUEBA.

Centro Colapsoterápico de Madrid (P. N. A.)
Director: Dr. J. ALIX.

Deliberadamente vamos a ceñirnos solamente a lo que consideramos que es fundamental, en el estado actual de la terapéutica de estos procesos, apoyándonos en los datos de nuestra experiencia.

La experiencia nuestra se extiende desde el año 1942 hasta la fecha actual. Los casos correspondientes hasta 1949 fueron tratados casi sistemáticamente por la cirugía, ya que a nuestras manos llegaban en lo que entonces se podría considerar como fase crónica. De aquellos casos, que en total alcanzaban el número de 47, murieron 32 (téngase presente la fecha y las posibilidades prácticamente nulas de aquellos tiempos para la cirugía de exéresis), lo que eleva el promedio de mortalidad a un 68 por 100, aproximadamente. No podemos establecer un pa-

rangón por nuestra casuística entre los casos médicos y los quirúrgicos a partir de 1949, porque desde esa fecha no hemos vuelto a intervenir, o a hacer intervenir, quirúrgicamente a ninguno de nuestros casos de supuraciones pulmonares, salvo a los que mostraban un predominio cirrótico o eran secundarios.

Es necesario aclarar que nos referimos a los casos de supuraciones primitivas. A esta cuestión vamos a limitarnos, porque los procesos supuradores broncopulmonares secundarios o complicativos a previas alteraciones broncopulmonares (bronquiectasias, tumores, quistes parasitarios o congénitos, malformaciones, etc.), justifican tratamiento médico, únicamente con el fin de conducirlos a la intervención quirúrgica o con fines paliativos. De la misma manera, los casos en los que ya se ha producido una transformación cirrótica o indurativa, entran de lleno dentro en las indicaciones quirúrgicas.

Nos vamos a ocupar, en suma, del tratamiento del absceso primitivo del pulmón, ya sea agudo o crónico, en el que existen procesos inflamatorios y necróticos y que aún no ha llegado a la carnificación, única indicación quirúrgica absoluta, según nuestra opinión.