

SUMMARY

The method of Nephelometry is studied. It consists in the "in vitro" assay of sensitising antigens and is based on the fact that the turbidity of sensitised serum does not clear up on addition of clear solutions of antigen, as would be expected from serum dilution; this is accounted for by the turbidity due to antigen-antibody reaction. By means of this method the sensitisation of rabbits to crystallised ox albumin is studied.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Nephelometriemethode überprüft, welche eine Methode "in vitro" zur Bestimmung der sensibilisierenden Antigene darstellt und auf der Trübe des sensibilisierten Serums beruht, wenn bei Hinzufügung von transparenten Antigenlösungen die, durch Verdünnung des Serums zu erwartende Klärung ausbleibt. Die Erklärung ist in der Trübe zu suchen, die durch die Reaktion Antigen - Antikörper hervorgerufen wird. Mit Hilfe dieser Methode konnte die Sensibilisierung von Kaninchen dem kristallisierten Rindereiweißallergen gegenüber erforscht werden.

RÉSUMÉ

Etude de la méthode de la Néphéloscémie, méthode "in vitro" pour les déterminations d'antigènes sensibilisants, qui se base dans la turbidité du sérum sensibilisé lequel, lorsqu'on y ajoute des solutions transparentes d'antigène ne souffre pas d'éclaircissement comme il devrait correspondre par la dilution du sérum, ce qui s'explique par la turbidité due à la réaction antigène-anticorps.

On étudie avec cette méthode la sensibilisation de lapins à l'allergène albumine-bovine cristallisée..

OBSERVACIONES PERSONALES SOBRE
ENCEFALITIS EN LA RECIENTE EPI-
DEMIA GRIPAL

J. CALVO MELENDRO y P. SÁNCHEZ-MALO
DE CALVO.

Clinica Médica del Hospital Provincial de Soria.
Director: Doctor J. CALVO MELENDRO.

El primer caso fué visto el 30 de octubre de 1957, en pleno brote epidémico; se trataba de una niña de diez años de edad, procedía de un pueblo donde existían numerosos casos de gripe y en su casa toda la familia la había pasado;

estando convaleciente apareció letargo, oftalmoplejia y fiebre; el cuadro era tan típico que no dudamos en el diagnóstico. En la primera quincena de noviembre vimos otros cuatro casos; con estas observaciones hicimos una comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid, publicamos un trabajo en REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA, otro en la revista *Ibys* y discutimos el asunto en la sesión inaugural del Seminario de Enfermedades Neurológicas, en el Servicio del doctor OBRADOR ALCALDE. Actualmente, abril de 1958, consideramos ya pasada la epidemia; hemos visto 15 casos en total, el último el 7 de marzo. Nos parece momento adecuado para recopilar la experiencia.

Como cuestión previa, queremos dar a conocer el método seguido en nuestro estudio y las dudas o certezas que hayamos podido tener respecto al diagnóstico; no se nos oculta que tanto la gripe como la encefalitis carecen de una prueba objetiva patognomónica, salvo la identificación del virus, cuya técnica no estaba a nuestro alcance ni ha entrado todavía en la práctica corriente de la medicina; no obstante el ambiente epidémico, por una parte, y el conjunto de síntomas por otra, así como las circunstancias de aparición en la convalecencia del proceso infeccioso, nos ha permitido creer que el diagnóstico ha sido correcto. Hemos tenido en cuenta la facilidad con que se cae en el error cuando se está haciendo un determinado estudio enfocando todo lo que se ve desde el punto de vista que por el momento llena nuestra atención. No es difícil que cualquier síndrome nervioso empiece aparentemente después de una gripe que ataca a la mayor parte de la población; así nos pasó en el caso de una chica de trece años, la cual en el período postgripal presentó dolores de cabeza, mareos, diplopia y paresia del miembro superior izquierdo; el caso parecía no tener duda, incluso mejoró bastante con prednisona; tenía estasis papilar en ambos ojos, pero como hay encefalitis seudotumorales, todavía no descartamos ésta por completo; en posición echada, como las hacemos siempre, y con toda clase de precauciones, nos decidimos a hacer una punción lumbar: la aguja del manómetro de Claude chocó violentamente contra el tope máximo; esto, y la progresión de la sintomatología con intensísimos dolores de cabeza, nos inclinó el ánimo hacia tumor cerebral; por lo menos estaba indicada una trepanación descompresiva: resultó ser un quiste hidatídico del hemisferio cerebral derecho. En otro caso, después del diagnóstico inicial de encefalitis postgripal, la valoración más precisa de los síntomas nos llevó al diagnóstico de tumor, confirmándolo así la intervención quirúrgica realizada por el doctor OBRADOR, cuyo informe precisa que se trata de un astrocitoma de cerebelo; en otro caso la evolución nos ha hecho rectificar en el sentido de creer actualmente en esclerosis en placas lo que en un principio nos pareció encefalitis.

Es importante que todos los casos les hayamos podido seguir durante su evolución. En los seguidos de fallecimiento no nos ha sido posible realizar examen anatopatológico.

Consideramos que podemos hacer alguna aportación a los problemas de patogenia, sintomatología, pronóstico y tratamiento; prescindiremos de comentar la anatomía patológica, ya que carecemos de datos a este respecto; fijaremos algo la atención sobre ciertos detalles aislados.

EL SÍNDROME ASTÉNICO NEUROVEGETATIVO POST-GRIPAL Y LAS LOCALIZACIONES HIPOTALÁMICAS.

Acaso la gripe deja más que otras enfermedades infecciosas un estado posterior de abatimiento, cansancio y astenia; da la impresión de que su intensidad y duración son superiores a lo que podría esperarse como consecuencia lógica de unos días de fiebre, inapetencia y mala alimentación; hace pensar en una intoxicación con lesiones específicas de cápsulas suprarrenales, hígado u otros órganos; es posible que así sea; nosotros mismos realizamos hace años investigaciones que nos descubrieron síndromes hepatorrenciales inaparentes. Como algunas veces el síndrome se acompaña de alteraciones funcionales en distintos aparatos, nos sugiere que todo ello pueda ser debido a localizaciones hipotalámicas, constituyendo una variedad especial de encefalitis; contribuyen a esta idea síntomas tales como poliuria, obesidad, somnolencia, insomnio, inversión del ritmo hípnic, febrícula, hipotermia e hipotensiones arteriales; también contamos con observaciones acompañadas de molestias gástricas imprecisas, estreñimiento hasta de veinte días, palpitaciones al corazón, parestesias, angustias, etc. Pudieran tener el mismo origen los mareos, náuseas, vómitos y cefaleas que se presentan en la fase febril y en la convalecencia. En la sesión del 2 de diciembre de 1957 de la Academia Médico-Quirúrgica, ARIAS VALLEJO habló de *ulcus péptico postgrupal y duodenitis ulcerosa con hemorragias de mediana intensidad*; el autor lo pone en relación con la medicación salicilada; es indudable que sí puede ser, pero deben tenerse en cuenta las gastrorragias y ulceraciones neurógenas de una posible localización hipotalámica.

Sería exagerado pensar que las múltiples manifestaciones funcionales con desequilibrio vegetativo vistas a diario en la clínica son debidas a encefalitis pasadas de origen gripal; no obstante, es bueno recordar los hechos relatados, reflexionar sobre ellos y con las reservas debidas tenerlos en consideración.

Presentamos a continuación algunos ejemplos:

Número 1. Mujer de treinta y seis años de edad, que tiene gripe el 15 de octubre de 1957; a los pocos días de convalecencia náuseas, vómitos, dolor de cabeza, déjimas, manchas rojas por las piernas, insomnio, continúa con esta sintomatología un mes y entonces poliuria de

tres a cuatro litros diarios con densidad de 1.004. Tensión arterial, 10 de máxima. El insomnio es muy pertinaz, contrastando con que antes de la gripe dormía siempre bien. Fué vista el 7 de febrero de 1958; sometida a tratamiento con prednisona, desaparecieron por completo los síntomas y a los dos meses su estado general es satisfactorio.

Número 2 (21-II-58). Hombre de veinticinco años de edad, casado. Gripe en octubre de 1957; desde entonces, pocas ganas de comer; le han salido habones por la piel, que el médico de cabecera califica de urticaria; dolor de cabeza intenso, vómitos, mucha sed, sólo por la noche orina dos litros; pinchazos en lado derecho de vientre, estreñimiento (hasta veinte días sin hacer), gran astenia, déjimas y pérdida de peso. Tensión arterial normal. Sometido a tratamiento con prednisona, mejoría inmediata, que persiste hasta la fecha.

Número 3 (6-III-58). Hombre de treinta y siete años de edad; hace dos meses, gripe; después, malestar general, aplanamiento, gran astenia, mareo, torpeza mental, insomnio y "tirantez" en la nuca. Se pone el termómetro varias veces al día y tiene siempre por debajo de 36°. Ha ganado 12 kilos de peso. Obesidad. Se confirma la hipotermia tomando la temperatura rectal. Antes de la gripe no dormía bien, pero ahora mucho peor; siempre ha sido muy sensible al tabaco y al alcohol, produciéndole gran excitación nerviosa aun en pequeñas cantidades.

Con el mismo tratamiento que los anteriores se obtiene la regresión de los síntomas.

Tenemos otro caso con hipotermia que detallaremos más adelante y varios más con febrícula. En relación con esta última, nos viene a la memoria la frecuencia con que hemos oído decir a bastantes personas que vienen a la consulta por febrículas que su elevación de la temperatura empezó después de la gripe; creemos que cualquier médico con algo de práctica en medicina general se habrá encontrado con hechos semejantes; nosotros lo interpretábamos como una febrícula existente ya antes de la gripe, pero que había pasado inadvertida; pensamos ahora que es mucho más probable la afección hipotalámica para infecciosa; en este sentido nos proponemos dirigir la investigación ulterior.

UN CASO CON HIPOTERMIA Y SÍNDROME VESTIBULAR.

Sensación momentánea de pérdida del equilibrio y falta de estabilidad sin alteraciones de la conciencia ni caída al suelo, es queja corriente entre toda clase de enfermos; ellos la expresan así: "Se me va la cabeza", "se me corre la vista"; nuestros encefalíticos la tienen casi todos; por regla general no hay sensación vertiginosa ni les impide continuar la vida corriente; en el enfermo que vamos a presentar constituyó un trastorno mucho más perturbador, impidiendo al individuo levantarse de la cama en los primeros días: fué casi la sola manifestación de enfermedad.

He aquí el caso:

Número 4. Individuo de cuarenta y dos años de edad, casado, visto en consulta el dia 20-I-58; hace ocho días que ha pasado la gripe; al cabo de este tiempo, súbitamente empieza con mareos, que le hacen imposible incorpo-

rarse en la cama ni levantarse; estando echado y quieto se encuentra bien, los movimientos de las extremidades son normales, no hay obnubilación de la conciencia, ninguna alteración psíquica y vómitos alimenticios el primer día; en este estado permanece una semana; entonces mejora algo, pudiendo tenerse en pie y dar algunos pasos; el cambio de postura de la cabeza y los movimientos bruscos le producen más mareo, no vértigo; siente "tirantez" en la nuca y algo de dolor de cabeza; no ha tenido fiebre. La exploración neurológica es negativa, la marcha es a pequeños pasos, no nistagmus ni signos cerebelosos y las sensibilidades y reflejos son normales; igualmente la audición; el reconocimiento del otorrino tampoco da alteraciones significativas. Siente mucho el frío, "como nunca le había pasado". Las temperaturas están siempre por debajo de 35°; se confirma la hipotermia en tomas rectales. Va mejorando lentamente y a los quince días puede andar bien; solamente si mueve la cabeza de prisa o hace movimientos bruscos tiene mareo; bradicardia de 56 pulsaciones al minuto; mes y medio después de ser visto la primera vez puede considerarse normal.

Nos parece un caso típico de síndrome vestibular o vestíbulo-espinal de Barré-Subirana.

ENCEFALITIS LETÁRGICA.

La enfermedad de Von Economo, caracterizada principalmente por fiebre, estupor y oftalmoplejia, fué vista con bastante frecuencia en la época considerada como de su descubrimiento (1917), y los años posteriores, hacia el 1921, alcanzó proporciones epidémicas en todos los países de Europa. En 1924 se notificaron en Inglaterra 5.039 casos; en los años siguientes sólo hubo casos esporádicos, siendo ya extremadamente rara en 1939; después ha despertado poco interés. Recientemente muchos la niegan como entidad clínica independiente.

Casi todos los autores están de acuerdo en que la encefalitis letárgica es independiente de la gripe: su coincidencia en los años 1918 al 1921 fué pura casualidad. Según CURSCHMANN, la enfermedad de Von Economo fué anterior a la gripe, señalándose en Rumanía en el año 1915 y en el 1916 entre las tropas francesas de Verdún. En todos los demás brotes de gripe no hubo ningún aumento en la morbilidad encefalítica. H. PETTE dice que son muchos los hechos que hablan en contra de la creencia de que la gripe tiene algo que ver en la etiología de la encefalitis letárgica, aunque el hecho de la coincidencia en los años referidos no puede desestimarse; lo más probable, según el autor, es que el perjuicio local de las mucosas abra las puertas del organismo al virus encefálico o también que se cree una situación inmunobiológica favorable a las infecciones neurales.

Debemos discutir si se puede identificar la encefalitis de forma letárgica que nosotros hemos observado en la convalecencia de la infección gripe con la enfermedad de Von Economo. Si para realizarlo tenemos que apoyarnos en una anatomía patológica semejante y evolución hacia la aparición de secuelas típicas como el parkinsonismo, es evidente que no podremos hacerlo por carecer personalmente de anatomía patológica

y no haber observado hasta la fecha secuelas; clínicamente nos parecen iguales, siendo imposible la diferenciación, como quieren algunos autores, por la mayor o menor alteración del líquido cefalorraquídeo y la profundidad del sueño.

Número 5. Niña de diez años de edad (1-XI-57). Coinciendo con ambiente gripal en el pueblo y dentro de su casa, hace diez días cae enferma con fiebre, dolor de cabeza, tos seca y conjuntivitis; tres días después se encuentra bien, habiendo desaparecido casi por completo toda la sintomatología; pasada una semana más, y estando sin molestias, empiezan a notarla que duerme mucho; se pasa en pleno sueño todo el día, del cual sólo sale con fuertes estímulos para volver en seguida al letargo; si se la obliga a mantenerse despierta aparece ligera irritabilidad y agitación motora. La exploración es negativa, salvo pequeña ptosis palpebral y mirada fija, sin que sea posible conseguir movimientos de rotación o convergencia en los globos oculares. Se la sometió a un tratamiento de coramina, bencedrina y sulfato de estricnina; mejoró algo; volvió a recaer a los quince días, administrándose entonces prednisona, desapareciendo rápidamente todos los síntomas sin que hayan vuelto a repetirse hasta la fecha.

Número 6. Chico de dieciséis años de edad (7-XI-57). Veintiún días antes, varios miembros de la familia tuvieron gripe; él mismo fué afectado de dolor de cabeza, fiebre de 40° y tos seca; bajó la fiebre poco a poco hasta quedarse sólo en décimas, que llegaron a desaparecer también; poco después, tres días antes de ser visto por nosotros, 38° de fiebre; le notaron que no se daba cuenta bien de las cosas; en seguida sueño profundo, del cual se le logra despertar con dificultad; alguna vez ha llegado a orinarse sin sentirlo. Come cuando le obligan, pero vomita todo; estreñido. Ptosis palpebral, mirada fija, globos oculares sin movimientos, gran hipotonía muscular, bradipnea y bradicardia; algunas pausas en la respiración. El resto de la exploración, incluyendo el líquido cefalorraquídeo, normal. Mejoría espectacular con prednisona; después de ocho días, recaída, que cede algo con el mismo tratamiento, aunque no del todo; nueva recaída, que ya no se influencia por la prednisona, y fallecimiento por parálisis respiratoria.

Número 7 (15-XI-57). Muchacha de diecinueve años de edad. Nos dicen que quince días antes de su ingreso en el hospital han pasado la gripe todos los de la casa menos ella. Hace dos días la notaron que se la torcía la boca y hablaba con dificultad; fiebre alta. Se confirma en la exploración parálisis facial izquierda, reflejos rotulianos exaltados e hiperestesia; no pueden hacerse los movimientos de los globos oculares de convergencia y hacia los extremos; las pupilas reaccionan bien a la luz; no hay signos meningeos. El líquido cefalorraquídeo es normal; dos días después aparece tendencia acentuada al sueño, que va aumentando hasta constituirse un verdadero letargo; coincidiendo con esto, los reflejos rotulianos disminuidos y gran hipotonía muscular sin parálisis; tiene dificultad para tragar, pero no hay parálisis del velo del paladar. Con tratamiento de prednisona desaparece inmediatamente el letargo y los demás síntomas. Permanece sin recaídas y completamente bien hasta la fecha.

FORMAS MENTALES PURAS.

Dos de nuestros casos corresponden a enfermos que en la convalecencia de la gripe desarrollaron confusión mental con desorientación en el tiempo y en el espacio, alucinaciones y agitación psicomotriz; en uno de ellos se inició con depresión psíquica, pasando al día siguiente a la fase opuesta; en el otro, desde el comienzo,

existieron signos de agitación; ambos se pusieron bien en cuatro días, cediendo el cuadro mental a las pocas horas de ponerles cortisona; se les trató también en los primeros momentos con largactil en inyecciones. No han tenido secuelas y pueden considerarse actualmente normales desde el punto de vista mental.

Nos parece difícil en estos casos diferenciar si se trata de una encefalitis, ya que la exploración neurológica resultó negativa, o de una psicosis febril del tipo de la reacción exógena de Bonhoeffer, psicosíndrome orgánico de Bleuler (psicosis sintomática): su presencia en la convalecencia y la desaparición rápida con el tratamiento antialérgico nos inclina a favor de encefalitis. Es evidente que en ninguno de los dos se ha tratado del estallido de una psicosis endógena movilizada por agentes tóxicos externos desencadenantes.

NEUROSIS DE ANGUSTIA.

Una chica de veintiún años, completamente normal desde todos los puntos de vista, enferma con gripe el 20 de octubre de 1958, tuvo fiebre hasta de 40° un día, pero no hubo ninguna complicación. Nosotros la vemos el 7 de diciembre de 1958; nos cuenta que a los cinco días de pasárselle la gripe empezó a tener sensación molesta en el estómago y garganta con angustia y opresión al pecho, mal gusto de boca, temblores, tiene miedo de todo, por la noche se despierta sobresaltada creyendo en una muerte inminente; duerme muy mal. En el pueblo le dicen que no tiene nada. Ha ganado de peso. Tensión arterial, 15 de máxima y 8 de mínima; décimas la mayor parte de los días. Le receta prednisona, pero no la toma porque otros la aconsejan que no lo necesita; persiste la sintomatología durante las dos semanas siguientes, al cabo de las cuales ingresa en el hospital. La exploración es negativa, salvo la sintomatología reseñada; insisto en el mismo tratamiento recomendado antes, realizándolo así, y desapareciendo la sintomatología en dos o tres días. Ha continuado sin recaídas ni otros síntomas dignos de mención.

Este caso de neurosis de angustia postgripal nos hace reflexionar sobre la etiopatogenia general de esta afección, considerada corrientemente como psicógena; es posible que la gripe despertara en nuestra enferma un miedo exagerado a la enfermedad y que esto engendrara la neurosis, pero más creemos que se trata de una localización diencefálica de una forma atenuada encefalítica rápidamente reversible y sin secuelas ni persistencia del cuadro clínico gracias a la medicación precoz antialérgica.

SÍNDROMES CONVULSIVO, HEMIPLÉJICO Y DE PARALISIS ASCENDENTE DE LANDRY.

Solamente en una de nuestras observaciones tuvieron lugar ataques de tipo epiléptico en relación con la gripe en un adulto de cincuenta años, que llegó al hospital en estado comatoso; según la familia, le empezaron súbitamente en la convalecencia, le repitieron varios más en las horas siguientes al ingreso, llevándose al pueblo por temor a una muerte inminente que, según noticias, en efecto, tuvo lugar pocas horas después de su salida.

En el síndrome hemipléjico hemos de señalar un lactante visto accidentalmente por nosotros, manifestándose los familiares que había otro igual en el pueblo y un tercero que había muerto en circunstancias pareci-

das; no se influenció por el tratamiento y según noticias continúa en el mismo estado.

En un hombre de sesenta años se nos plantearon problemas diagnósticos con trombosis cerebral.

Un chico joven hospitalizado en el Servicio de Cirugía por un traumatismo de codo, fué afectado de gripe al mismo tiempo que los demás de la sala; en la convalecencia se presentó el cuadro clínico de la parálisis ascendente de Landry; después de pequeñas remisiones, coincidiendo con la terapéutica de derivados de cortisona, el enfermo falleció en parálisis respiratoria.

LA PATOGENIA ALÉRGICA.

Puede afirmarse que la capacidad de producir una reacción alérgica local en el organismo sensibilizado es atributo de todos los órganos y tejidos: ninguno hace excepción (F. KLINGE). Por otra parte, aunque el mesénquima sea el tejido más predisposto a las reacciones alérgicas, también en el encéfalo existen de origen mesodérmico las meninges, los vasos y la microglia.

HEINRICH PETTE, en su libro *Die Akut entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems* (1941), creó el capítulo de la neuroalergia, si bien más que como hecho comprobado como una hipótesis de trabajo.

La patogenia alérgica es supuesta para bastantes enfermedades del sistema nervioso: jaqueca, polineuritis, hemiplejías transitorias, ataques convulsivos,cefalalgias, meningitis asépticas, esclerosis en placas y las mismas encefalomielitis postinfecciosas. Nunca ha sido probada de una manera segura. La anatomía patológica no proporciona signos patognomónicos, pues la eosinofilia tisular y evolución de las fases inflamatorias pueden darse en otros procesos. En clínica tampoco se han podido encontrar el alergeno causante, anticuerpos específicos, fenómeno de Arthus característico ni pruebas de transferencia pasiva. Las encefalitis estarían incluidas en la alergia de tipo retardado y, por lo tanto, no transmisibles pasivamente por el suero, como en la prueba de Praunitz-Küstner, por existir los supuestos anticuerpos en el interior de las células; por lo tanto, hay que juzgar por indicios y conjeturas; así, por ejemplo, la frecuencia de enfermedades alérgicas en las familias de los encefalíticos.

Constituyen un serio argumento a favor la presencia de encefalitis y polineuritis en la enfermedad del suero, así como en las vacunaciones antirrábicas y de la viruela; otro dato en el mismo sentido es la concomitancia de síndromes tan genuinamente alérgicos como el asma, urticaria, eritema nodoso y artralgias (en los casos publicados por uno de nosotros de meningitis multirrecurrente benigna alternaron los ataques de asma esencial con los de meningitis).

Leyendo los trabajos experimentales sobre la producción de encefalomielitis desmielinizantes en los cobayas, conejos, ratones, perros y monos, no se queda uno completamente convencido de la similitud de estas formas con las de clínica humana.

Como se sabe, RIVER y cols. observaron lesiones cerebrales en monos después de inyectarles extractos alcohólicos y acuosos de cerebro de conejos, pero son FREUND y McDermott los que crean una nueva fase en el capítulo de la neuroalergia con su técnica de emplear como antígeno la mezcla de emulsiones cerebrales, bacilos tuberculosos muertos, parafina y una sustancia parecida a la lanolina; a las tres semanas se encuentran oftalmoplejías, nistagmus, ataxia, parálisis espásticas, trastornos de esfínteres y síndrome de Landry; la enfermedad transcurrió por brotes y remisiones; algunos curan, otros pasan a estados crónicos y cierta proporción de los animales mueren. Histológicamente se aprecia una pequeña encefalomielitis perivenosa, atacando preferentemente la sustancia blanca y la región subependimaria. La demostración de anticuerpos en esta llamada encefalomielitis isoalérgica no puede compararse con la clínica humana, puesto que en la vacunación antirrábica la presencia de anticuerpos es igualmente frecuente en los que enferman como en los que no tienen esta complicación.

Podríamos decir, resumiendo, que la neuroalergia es un problema sin resolver, pero lleno de interés y con fuertes indicios de que constituya una realidad. Así las cosas, nos parece interesante aportar algún dato que ayude a formar opinión y esclarecer el asunto; es indudable que también la clínica puede aportar su grano de arena.

A nuestro juicio, tiene significación que en tres de los casos personales los síntomas nerviosos hayan coincidido en su aparición, desarrollo y evolución con manifestaciones como urticaria en dos y eritema nodoso en otro sin que hubiera otras causas capaces de explicar la etiología de esta asociación. Tampoco puede desestimarse el fenómeno constante del efecto beneficioso inmediato, espectacular en algunos casos, de la cortisona y sus derivados, comprobado en todas las observaciones que tenemos, pues es bien conocida la acción antialérgica de estos compuestos.

RESUMEN.

Comentan los autores quince observaciones personales de encefalitis en el curso de la última epidemia gripe.

Se detallan algunos casos correspondientes a síndromes hipotalámicos, vestibular e hipotérmico, febriculares, neurosis de angustia y encefalitis letárgica.

Se discute la posibilidad de una patogenia alérgica, proporcionando algunos datos de observación clínica favorables a esta hipótesis.

BIBLIOGRAFIA

Las referencias bibliográficas pueden encontrarse en nuestros trabajos anteriores: Rev. Clín. Esp., 67, 184, 1957 y revista *Ibys*, enero 1958.

SUMMARY

The writers make some comments on 15 personal cases of encephalitis seen in the course of the latest epidemic of influenza.

Some cases corresponding to hypothalamic, vestibular and hypothermic syndromes, anxiety neurosis and lethargic encephalitis are given in detail.

The possibility of an allergic pathogenesis is discussed. Some data are given concerning clinical findings supporting this view.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren berichten über 15 eigene Beobachtungen von Enzephalitis im Laufe der letzten Grippe-Epidemie.

Einige von den Fällen mit Hypothalamus—Vorhof—hypo und hiperthermalem Syndrom, Angstneurose und Enzephalitis werden eingehend besprochen.

Es wird auf die Möglichkeit einer Pathogenie allergischer Art hingewiesen und einige klinische Angaben angeführt, welche diese Hypothese befürworten.

RÉSUMÉ

Les auteurs commentent 15 cas qui correspondent à des syndrômes hypothalamiques, vestibulaire et hypothermique, fébriculaire, névrose d'angoisse et escéphalite léthargique.

On discute la possibilité d'une pathogénie allergique offrant certains points d'observation clinique favorables à cette hypothèse.

INVAGINACION RETROGRADA

M. MARINA VÉLEZ.

Médico interno del Servicio de Aparato Digestivo.
Casa de Salud Valdecilla. Servicio de Aparato Digestivo.
Jefe: Doctor A. GARCÍA-BARÓN.

La escasa frecuencia con que encontramos en clínica la invaginación retrógrada, lo poco conocidas que son sus manifestaciones y las características tan peculiares de la historia que vamos a presentar, nos han animado a escribir estas páginas sobre la invaginación ascendente, no con el fin mezquino de traer a estas columnas algo unusual, sino con la esperanza sincera y desinteresada de que quien tope con este título sienta despertar en su mente el recuerdo de lo que por no hacer uso de ello tenemos dormido, pues este estar en pie de nuevo las ideas es lo que nos hará ser útiles ahora o más tarde.

Sabemos que las invaginaciones, tanto simples como complejas, pueden ser de tipo progre-