

Vista a los dos años de la intervención sigue en el estado que muestra la figura 3, con las úlceras completamente cicatrizadas, pero con pie equinovaro bilateral irreductible que le impide incluso sostenerse de pie.

De los casos expuestos se desprende la necesidad de una terapéutica precoz. Debe tratarse la causa antes de aparecer la complicación ulcerosa y en los casos en que ésta ya ha aparecido no pueden dejarse los enfermos abandonados a su suerte porque terminan siempre en plazo más o menos lejano, convirtiéndose en unos inválidos.

RESUMEN

La inmensa mayoría de úlceras crónicas supramaleolares internas son debidas a dos procesos vasculares: Varices esenciales y flebitis.

Si no se trata la enfermedad causal y sigue la úlcera su curso crónico, el pie adopta una posición viciosa antiálgica en equinismo o en equinovaro en las úlceras internas.

Dicha posición con el tiempo se convierte en una deformación ósea del pie en equinovaro, completamente irreversible, aunque cure la úlcera tratando correctamente su causa.

Debe aplicarse, pues, una terapéutica precoz, antes de la aparición de la úlcera, o una vez establecida, inmediatamente después de su aparición, para evitar dicha deformidad y curar íntegramente al enfermo.

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA CON PREPARADOS DE BISMUTO

M. FUENTES GÓMEZ

Beneficencia y Hospital Municipal (Merida)

Sin duda el método de KREHL para el tratamiento de la fiebre tifoidea supuso un avance notable en nuestros recursos contra tan peligrosa enfermedad. Pero el tratamiento con el piramidón de los procesos tíficos requiere experiencia y cautela en el manejo de dicho fármaco, que administrado alegremente y sin un buen control de sus efectos, puede no sólo ser ineficaz, sino hasta peligroso. Todo el que haya tratado muchos tíficos con dicho método sabe cuánto hay que individualizar y vigilar en cada caso, único modo de sacarle al método lo que de verdaderamente valioso encierra.

Por las razones anteriores no dejan de ser impresionantes los resultados logrados por DOMINGO CAMPS y SACRISTÁN TERRADILLAS con el yodobismutato de quinina en el tratamiento de la fiebre tifoidea, según dichos autores relatan en artículos aparecidos en esta misma *Revista*. Es natural que los que dedicamos nuestros afanes a la clínica diaria

quisiéramos comprobar en nuestro material los resultados descritos por dichos autores, entre otras razones, aparte del interés puramente científico, porque, como dice CAMPS, es interesante y útil conocer y difundir los resultados de una terapéutica que parece eficacísima para una enfermedad contra la que tan precariamente estamos armados.

Nosotros hemos ensayado el yodobismutato de quinina y otro preparado bismútico en once enfermos afectos de fiebre tifoidea o de paratífus A, y exponer los resultados obtenidos es el objeto del presente trabajo.

Como señala CAMPS, parece que ya LANGERON usó dicho compuesto en los procesos tíficos. También SAHLI, según STAEHELIN, usó un preparado de bismuto y yodo — el Quimby — con el mismo objeto. STAEHELIN, por su parte, dice que él no obtuvo resultados netos con dicho preparado.

En nuestros once casos los resultados obtenidos concuerdan, en general, con los señalados por CAMPS y SACRISTÁN. Sin embargo, nosotros no hemos visto efectos tan rápidos ni tan netos, sin dejar de ser marcados en la mayoría de los casos. En ninguno hemos conseguido la desaparición de la fiebre en crisis, sino en una lisis más o menos rápida. Pero en todos, salvo un caso, el descenso de la temperatura ha sido evidente desde las primeras inyecciones, la mejoría del estado general manifiesta y en los casos en que había estupor se consiguió su desaparición con las primeras inyecciones. El acortamiento del período febril es el hecho más llamativo: salvo el caso ya citado, en todos se ha reducido notablemente la duración de la enfermedad, consiguiéndose la apirexia a la tercera inyección en algunos, y en los más a la cuarta o a la quinta.

Las inyecciones se han practicado por vía intramuscular, cada dos o tres días, según la altura de la fiebre y los días que llevaba de duración el proceso. Salvo el dolor local que el yodobismutato produce, han sido perfectamente toleradas. En todos los enfermos se ha vigilado la orina y se ha observado la boca con cuidado para despistar la aparición de síntomas de estomatitis o nefritis bismúticas, que ningún enfermo ha presentado.

Aparte del tratamiento dietético y rigurosas medidas de higiene, no hemos usado otro tratamiento que el bismuto. Hasta que se hacía el diagnóstico biológico los enfermos tomaban piramidón; cuando aquél se establecía se prescindía de éste, no administrándose nada más que las inyecciones de bismuto para que no hubiera interferencia de efectos.

De nuestros once casos, los resultados se pueden calificar de francamente buenos en ocho; manifestos, pero no rápidos, en dos, y nulo en uno. Los resultados han sido tanto mejores cuanto más precozmente se empezó el tratamiento y cuanto menos intensidad ofrecía el cuadro clínico. Precisamente en el único caso cuya sintomatología era alarmante y la gravedad manifiesta desde el principio, la influencia del tratamiento ha sido nula. En otros dos casos tratados muy tardíamente, la influencia sobre la temperatura no tardó en manifestarse y el estado general también se influenció favorablemente, pero la apirexia total sólo se consiguió al cabo de mu-

chos días, evolucionando el proceso con una temperatura baja pero tenaz.

En ningún caso ha habido complicaciones, ni accidentes debidos al medicamento. Aun en el caso en que no se obtuvo resultado ninguno, la enfermedad siguió con su carácter maligno progresivo hasta el *exitus*, pero sin que en todo su curso se presentara ningún accidente.

La convalecencia ha sido la ordinaria en estos enfermos: todos han llegado a ella en gran estado de desnutrición y astenia; pero en la mayoría el apetito ha renacido a los pocos días; algunos se han recuperado rápidamente.

A continuación damos una relación muy resumida de los casos. La mayoría de ellos proceden de un pueblo de este partido en el que a final de verano hubo un pequeño brote epidémico. Desde aquí damos las gracias al doctor GALLEGO, médico de dicho pueblo, por la colaboración que nos ha prestado.

CASO I. — Gregorio C., de 13 años. Le traen a nuestra consulta particular a los ocho días de fiebre. Presenta cuadro tífico bastante acentuado: fiebre de 39.3 grados, bradicardia, lengua tostada, fuliginosidades labiales, meteorismo, estreñimiento. Estupor mediano. Aglutinación para el Eberth positiva al 1 por 200. Se le ponen inyecciones de Yodismut Abelló cada dos días, sin otra medicación. Desde la primera inyección empieza a descender la temperatura de modo gradual. Apirexia a la tercera inyección, poniéndose una cuarta aún a los cuatro días. Convalecencia normal.

CASO II. — Joaquín M., 39 años, casado. Fiebre alta desde el principio, con escalofrío previo violento; inquietud motora y psíquica. Estreñimiento tenaz. Dos gotas gruesas en los seis primeros días resultan negativas. Al noveno día, aglutinación positiva para el Eberth al 1 por 300. Fiebre de 38.5 a 40 grados. Lengua saburrosa, no tostada. No estupor, pero insomnio e intranquilidad. Bradicardia. Bazo ligeramente palpable. Yodismut al principio en días alternos, después cada tres días. A la segunda inyección cae la temperatura hasta los 38 grados; a la cuarta inyección apirexia. A los tres días nuevo ascenso hasta 38 grados. Una nueva inyección da cuenta definitivamente del proceso.

CASO III. — Ángel P., 30 años, casado. Cuando le vemos lleva 20 días de fiebre continua, de 38 a 39 grados, con cefalalgia, estreñimiento, lengua saburrosa, húmeda, gorgoteo en fosa ilíaca derecha, no bazo, algunos estertores de bronquitis muy difusos. Sensorio despierto. Bradicardia muy manifiesta. Aglutinación positiva al paratífico A al 1 por 200. Yodismut cada tres días. Descenso lítico de la temperatura, desaparición de la cefalalgia, renace el apetito. Apirexia a la tercera inyección. (Era éste un caso tratado tardíamente, pero muy leve, que obedeció en seguida al tratamiento.)

CASO IV. — Pedro B., 17 años. Empezó con un cuadro de gastritis aguda, con fiebre progresivamente creciente. Le vemos a los ocho días de comienzo. Fiebre hasta de 41 grados, bradicardia, no roséolas, bazo blando a un través de dedo, lengua saburrosa, húmeda, con los bordes y la punta libres. Estreñimiento. Cefalalgia violenta. Ligero estupor. Estertores bronquíticos en ambos hemitórax. Aglutinación para el Eberth positiva al 1 por 300. Yodismut cada dos días y alguna dosis de piramidón los dos primeros días. A la segunda inyección, descenso de la temperatura hasta 38.5 grados y remisión marcada de todos los síntomas. Para obtener la apirexia se necesitaron tres inyecciones más. Llega a la convalecencia con gran apetito y excelente estado general.

CASO V. — Guillerma G., 44 años, casada. Vista a los veinte días de un cuadro febril progresivo. Presenta: fiebre de 39.5 grados. Pulso pequeño, no bradicárdico. Meteorismo acentuado. Dos o tres deposiciones diarreicas diarias. Algunas roséolas en vientre y tórax. Bazo ligeramente palpable. Len-

gua saburrosa, seca, con bordes y punta libres. Estupor discreto. Aglutinación positiva al 1 por 300 para el Eberth. Yodismut cada dos días. Remisión marcada a la segunda inyección, hasta 38 grados, pero persistiendo así, con ligeras oscilaciones. Se ponen hasta seis inyecciones, ya más distanciadas, consiguiéndose al fin la apirexia a la sexta. Convalecencia con gran estado de desnutrición. Tarda muchos días en tener apetito. Curación definitiva. (Caso de bastante gravedad, tardíamente tratado, en el que no se obtuvo un resultado tan franco y rápido como los anteriores.)

CASO VI. — Francisco M., 13 años. Visto al sexto día de enfermedad. Fiebre moderada (38.5 a 39 grados), lengua saburrosa uniformemente, no bazo, no roséola, estreñimiento, meteorismo. Pulso en relación a la temperatura. No estupor. Al octavo día, aglutinación positiva al Eberth al 1 por 400. A pesar de este título alto de la aglutinación, el estado general se conserva bien y no hay impresión de gravedad. Yodismut cada tres días. Descenso brusco de la fiebre con la primera inyección; a la segunda queda en 37.8 grados vespertina; a la tercera, apirexia definitiva. Llega a la convalecencia con apetito voraz y se recupera rápidamente. (Caso leve en el que el efecto ha sido casi teatral, pero sin crisis, sino con lisis rápida.)

CASO VII. — Francisca C., 6 años. — A los doce días de enfermedad la vemos con un cuadro tífico típico: fiebre hasta de 39 grados, lengua saburrosa, seca, algo oscura en el centro, con los bordes y la punta libres; bazo palpable; ligera hepatomegalia; vientre algo timpanizado. Estreñimiento desde el primer día; cefalalgia; anorexia. No hay roséolas. Se hicieron aglutinaciones al final de la primera semana, que fueron negativas. En la imposibilidad de obtener sangre para nuevas aglutinaciones, nos limitamos a una fórmula leucocitaria que da las siguientes cifras: leucocitos, 4.800; neutrófilos, 48; linfocitos, 41; monocitos, 11; eosinófilos, 0. Por estos datos, por el cuadro clínico y por proceder del mismo ambiente epidémico que los anteriores, juzgamos seguro el diagnóstico de proceso tífico. Por no disponer de momento de Yodismut empezamos a tratarla con Bismo-Lecit, lo que además hacíamos de buen grado para comprobar si la acción del yodobismutato se presentaba también con otros preparados de bismuto. Para este objeto nos parecía el más apropiado la combinación de bismuto con lecitina del Bismo-Lecit, por conocer ya este preparado con cierta amplitud en el tratamiento de las amigdalitis y haber comprobado su inocuidad. Se le pone media ampolla de Bismo-Lecit en días alternos. Los efectos han sido sensiblemente los mismos que con el Yodismut, quizá algo más lentos: descenso gradual y moderado de la temperatura desde las primeras inyecciones, con mejoría de todos los síntomas; al séptimo día de tratamiento la niña se sienta en la cama, habla, está alegre. Se consigue la apirexia total con la sexta inyección. Renace el apetito en seguida y la convalecencia se hace sin ningún incidente. (Es éste un caso de sintomatología bastante intensa en el que el tratamiento con bismuto ha demostrado su eficacia de modo indudable, sin tratarse ya de la asociación yodo-bismuto-quinina.)

CASO VIII. — Narcisa D., de 36 años, casada. La vemos a los veintidós días de fiebre que empezó gradualmente, sostenida en 38-39 grados, con cefalalgia, estreñimiento, gorgoteo en fosa ilíaca derecha, estertores bronquíticos en ambos hemitórax; lengua saburrosa, pero húmeda; bradicardia; el bazo es apenas palpable; sensorio libre. Las aglutinaciones fueron positivas para el paratífico A al 1 por 100. Viene siendo tratada con piramidón sin conseguir la remisión de la fiebre. Se la trata también con Bismo-Lecit, una ampolla entera en días alternos. Remisión rápida de la fiebre, que a la tercera inyección cae por debajo de 37 grados. La enferma se cree curada y abandona el tratamiento. Un nuevo ascenso térmico de 37.7 grados obliga a inyectarla nuevamente, obteniéndose la apirexia definitiva con dos inyecciones más. (Caso leve que obedeció en seguida al tratamiento, a pesar de realizarse éste tardíamente.)

CASO IX. — Petra D., 9 años. — Cuando somos consultados para ver a esta enfermita, lleva 25 días de enfermedad y presenta el siguiente cuadro: gran desnutrición, piel seca, vientre timpanizado, temperaturas de 39 a 40.5 grados; pulso taquicárdico (130), blando y pequeño, no arritmico; tonos

cardíacos débiles y, en punta, un soplo suave; multitud de estertores bronquíticos en ambos hemitórax; bazo que sobrepasa más de un través de dedo la arcada costal; también se palpa el hígado; roséola discreta, apreciándose cinco o seis elementos entre vientre y tórax. La lengua es saburrosa, tostada, con la punta libre; fuliginosidades en labios y dientes; las mucosas secas. Hay signos de meningismo: Kernig manifiesto, ligera rigidez de nuca, hiperestesia, posición acentuada en gatillo. Profundo estupor entrecortado por ratos de delirio. La niña hace dos o tres deposiciones diarias del típico aspecto de puré de guisantes. El cuadro es de gran gravedad. Las aglutinaciones habían dado positividad para el Eberth al 1 por 300 a los ocho días de enfermedad. Ha venido siendo tratada con Yodismut, 2 c. c. cada tres días. El medicamento no ha conseguido la más mínima modificación del cuadro clínico. Desde un principio tuvo la niña fiebre alta, estupor, taquicardia y delirio. Cuando la vemos se han inyectado ya cinco ampollas de Yodismut, que no han producido ningún síntoma de intolerancia, pero la enferma ha ido empeorando progresivamente. Dado su estado actual recomendamos la supresión de medicamento y se la trata con dosis refractas de piramidón, suero glucosado, cardiazol y vitamina C. No se consigue tampoco que el cuadro se modifique. A los tres días, *exitus* en plena hiperpirexia. Aparte de la gran invasión séptica y el cuadro de meningismo, la enferma no ha tenido ninguna de las complicaciones habituales de la fiebre tifoidea, pudiendo considerarse como una de esas formas *siderans* que de por sí arrebatan al enfermo.

CASO X. — Juana B., 6 años. — Proceso febril de tipo remitente, con temperaturas hasta de 39.5 grados. Se palpa el bazo; la lengua es muy saburrosa, pero no tostada; no hay roséola; diarrea los primeros días, después estreñimiento; ligero estupor; cefalalgia. El pulso se mantiene en relación a la temperatura; no hay fenómenos respiratorios. Se la trata con Yodismut, una inyección cada tres días, sin otra medicación: descenso gradual y persistente de la temperatura y mejoría del estupor desde las primeras inyecciones. Desde la tercera inyección se inicia la apirexia, que con dos inyecciones más se obtiene definitivamente. Convalecencia franca. La aglutinación había sido positiva para el Eberth al 1 por 300.

CASO XI. — Eusebio M., 7 años. Fiebre del mismo tipo que la anterior, hasta 39.3 grados, bazo palpable, lengua tostada, no roséola, estreñimiento, no estupor. Aglutinación positiva para el Eberth al 1 por 500. También tratado con Yodismut y en la misma forma. La respuesta ha sido más perezosa, no consiguiéndose descensos marcados de la temperatura hasta después de la cuarta inyección y necesitando hasta seis inyecciones para obtener la apirexia definitiva. También la convalecencia se hace sin el menor incidente.

Del examen de estos casos y de los publicados por CAMPS y SACRISTÁN se deduce la innegable influencia del bismuto sobre las infecciones tíficas. El descenso gradual de la temperatura, la mejoría del estado general y la menor duración del proceso son evidentes. Y aunque esto sólo lo hayamos observado de una manera neta en los casos leves y de mediana intensidad, ya es bastante reducir tan considerablemente el tiempo de evolución de una enfermedad que de por sí se prolonga semanas y semanas.

En cuanto al mecanismo de acción del medicamento es prematuro decir nada con visos de firmeza mientras no se empleen las investigaciones experimentales, clínicas y biológicas. Nosotros creemos que el yodobismutato sólo obra por el bismuto que entra en su molécula. Por eso usamos también otro preparado de bismuto que ha sido igualmente eficaz. La quinina se ha usado de muy antiguo en la fiebre tifoidea sin otros beneficios que los de su acción antitérmica y ligeramente tónica. En cuanto al yodo, RENAUT empleaba el yodoformo porfir-

zado con pretendidos fines de desinfección intestinal, y, más modernamente, son bastantes los preparados comerciales en que el yodo, bajo la forma de yodometilatos, se recomiendan en ésta y otras infecciones, sin el menor efecto. Debe, pues, ser el bismuto el único elemento que tiene acción en el preparado que nos ocupa.

No es de creer que el bismuto tenga una acción directamente bactericida sobre los bacilos del grupo tífico. Sabemos lo eficaces que los compuestos bismúticos se están mostrando en las amigdalitis inespecíficas y en las fusospirilares. Somos muchos los que hemos podido comprobarlo, y MARAÑES, con numerosos casos tratados, recomienda elogiosamente este tratamiento. La eficacia del bismuto sobre gérmenes tan dispares del bacilo tífico es evidente. Habrá que pensar, por tanto, que en uno y otro caso el medicamento no obra sobre el germen, sino sobre el terreno en que asienta y se desarrolla, poniéndolo en condiciones de defensa y destrucción de aquél.

Sabido es que muchos autores admiten como puerta de entrada del bacilo de Eberth el anillo bucofaringeo. SANARELLI llega incluso a admitir que del anillo bucofaringeo el bacilo pasa ya a la sangre, y STRÜMPPELL habla de un tonsilotifus. Pero según los estudios de SCHOTTMÜLLER y los experimentos de MÜLLER y de ORSKOW y MOLTKE, se admite generalmente hoy que el bacilo penetra por cualquier punto del aparato digestivo para localizarse en seguida en el sistema linfático intestinal — folículos solitarios y placas de Peyer — y de aquí a los ganglios mesentéricos. Desde este sistema linfático intestinal pasa a la sangre para producir la septicemia eberthiana y después las metástasis, originándose así la fiebre y los demás síntomas generales de la infección. Es decir, hay una localización primaria del bacilo: el sistema linfático intestinal, desde donde aquél, por vía linfática, invade la sangre para producir la bacteriemia, y donde aquél se sostiene y multiplica.

Esos órganos donde el bacilo anida son formaciones esencialmente linfoideas, como lo son las amígdalas, y se siente la tentación de pensar que es sobre ese tejido linfoideo sobre el que actúa el bismuto poniéndolo en condiciones de aniquilar a los gérmenes que en él han anidado. Si así fuera, como se sabe que el bacilo no se multiplica en la sangre, al quedar agotadas sus fuentes de origen, la bacteriemia quedaría también agotada por la acción bactericida de la sangre. Por ello mismo cabe suponer que si las lesiones producidas por el bacilo son ya muy intensas, el bismuto no podrá esterilizar los focos originarios, y la bacteriemia y las lesiones secundarias alcanzarán su máxima intensidad también: habría ya una verdadera sepsis contra la que nada podría el medicamento.

RESUMEN

Se hace una exposición de los resultados obtenidos en once casos de infecciones tíficas tratados con compuestos de bismuto. Además del yodobismutato de quinina se ha usado un compuesto de

bismuto y lecitina, cuyos efectos, si bien menos llamativos y más lentos, han sido sensiblemente iguales a los del yodobismutato. De los once casos se han obtenido buenos resultados globales en diez

y fracasó la medicación totalmente en uno de sintomatología muy grave. Se hacen unas consideraciones finales sobre el posible modo de actuar de los compuestos de bismuto en la fiebre tifoidea.

RESUMEN TERAPÉUTICO DE ACTUALIDAD

TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS

CONMOCIONALES

E. LEY GRACIA

Jefe de la Clínica Neuroquirúrgica del Hospital de San José y Santa Adela (Madrid)

No existe quizá un cuadro neurológico clínico más desconcertante que el de la conmoción cerebral. A veces, un traumatismo al parecer insignificante, de poca intensidad, produce al sujeto la pérdida de conciencia y hasta puede conducirle a la muerte, contrastando esto con el hecho que todos estamos habituados a ver, sujetos que con grandes heridas abiertas del cráneo permanecen conscientes y no sucumben de manera inmediata a los mismos. Por eso, en una conferencia dada hace pocos meses, JEFFERSON recordaba la frase dicha por FISCHER al no encontrar lesiones anatómicas en el cerebro de dos casos autopsiados de heridos que murieron con el cuadro de la conmoción cerebral: "... uno se pregunta ante este hallazgo, ¿qué extraña enfermedad es ésta que hoy afecta al enfermo con tan graves síntomas, síntomas que quizá mañana podrán haber desaparecido completamente?...". Este recuerdo de JEFFERSON es indudablemente afortunado, ya que la interrogante de FISCHER continúa aún abierta, sin que los incesantes trabajos clínicos y experimentales hayan podido aclarar la obscura patogenia de los estados conmocionales.

Ante los resultados diversos y hasta contradictorios de estos trabajos, que más adelante revisaremos, se comprende que aun hoy se discuta la autonomía clínica de estos estados, así como también la gran dificultad que existe para encontrar una definición satisfactoria de los mismos.

Aun cuando ya en los trabajos de GALENO e HIPÓCRATES se hace referencia a los estados conmocionales, es AMBROSIO PARÉ, en el siglo XVII, quien emplea por primera vez el término de conmoción, si bien no lo hace en su actual acepción, ya que su *conmotio cerebri* comprende todas las heridas de cabeza, hemorragias, etc., siendo realmente DOIREZ, en el principio del siglo XVIII, quien por primera vez lo aplica para definir estados menos graves, transitorios y de recuperación rápida en los heridos de cráneo. Nosotros consideramos que de todas las

definiciones actuales es la de TROTTER la que mejor se ajusta al cuadro clínico conmocional: "un estado esencialmente pasajero, en relación con una herida de cabeza, de comienzo instantáneo con pérdida de la conciencia y con síntomas difusos de carácter paralítico funcional que no comprenden ninguno que evidencie una lesión de las estructuras cerebrales y que siempre es seguido de amnesia para el momento actual del accidente".

Clínicamente, la conmoción cerebral se caracteriza por la pérdida de la conciencia y a ella se asocian, en grado más o menos intenso, modificaciones de los reflejos, de la presión arterial, del pulso y ritmo respiratorio. Este cuadro clínico fué descrito en su forma más intensa por GUSSEMBAUER, quien tuvo la rara oportunidad de observarlo en un compañero de excursión por los Alpes después de un accidente del que afortunadamente este autor salió ileso.

Dice así:

"Al levantarme, encontré a mi amigo completamente inconsciente; las pupilas estaban dilatadas; el reflejo corneal y los otros reflejos estaban abolidos; todos los músculos estaban flácidos; la cara, mortalmente pálida, y una herida ocasional no sangraba. Él no respiraba y parecía sin vida. Evidentemente, existía conjuntamente una suspensión de la función cardíaca y respiratoria. Después de un corto espacio de tiempo, reaparecieron espontáneamente signos de vida; primero el pulso, muy débil y lento; después la respiración, superficial y lenta; por último, comenzó a sangrar la herida. Más tarde, los reflejos reaparecieron; y el hombre gradualmente comenzó a oír; entreabrió sus ojos; y retornó a un estado de semiinconsciencia. Después de un corto período de tiempo cayó en un sueño que duró 24 horas; y tan sólo después de éste adquirió una conciencia completa. Una semana más tarde, todos los síntomas conmocionales habían desaparecido, salvo el que él había perdido por completo la memoria de los hechos que precedieron inmediatamente al accidente."

Hemos copiado de intento, literalmente, esta descripción de GUSSEMBAUER por ser quizá la única que se encuentra en la literatura, ya que realmente es rarísimo que al neurólogo le sea dado observar desde su comienzo a un enfermo afecto de conmoción cerebral.

¿Cómo se han explicado estos síntomas? Cuan-