

discal, la meralgia parestésica discal, síndromes seudotumorales intrarraquídeos, la braquialgia o monorradiculalgia discocervical y las paraplejías o paraparesias oligosintomáticas crónicas por hernia discodorsal moderada.

Detalla la sintomatología general, sintomatología topográfica y formas clínicas de la ciática discal y los datos clínicos para el diagnóstico diferencial con la ciática neurítica.

En la neuralgia del femorocutáneo o meralgia parestésica en que faltan signos clínicos de otras afecciones irritativas del fémorocutáneo, hay que admitir la probabilidad de una compresión radicular por hernia del segundo o tercer disco lumbar y si la sección del nervio no da el resultado apetecido, deberá practicarse la hemilaminectomía exploradora.

Los tumores intrarraquídeos descritos como encondromas o encondrosis por los autores clásicos, en su mayoría son hernias discales que pueden localizarse a cualquier nivel de la columna vertebral; en muchos casos la sintomatología de compresión medular se establece con gran rapidez, en forma subaguda, como si se tratase de una mielitis transversa o de un tumor medular de evolución muy rápida, siendo sumamente difícil establecer clínicamente el diagnóstico diferencial con tumor intrarraquídeo, sobre todo cuando falta el antecedente traumático. Cuando la hernia se localiza en algunos de los últimos discos cervicales, el cuadro puede presentar cierta similitud con la esclerosis lateral amiotrófica.

Existe un grupo de paraplejías o paraparesias espasmódicas oligosintomáticas de evolución muy lenta, debidas a hernia discal dorsal moderada y que fácilmente pueden confundirse con las debidas a la esclerosis múltiple o a otras esclerosis medulares.

Finalmente, describe con extensión, los caracteres clínicos de la braquialgia por prolapso discocervical, previas unas nociones anatomo-fisiológicas y acompañando algunas observaciones comprobadas radiológicamente.

(Publicada íntegramente en la «Revista Clínica Española», 15-IX-1918, página 305).

●

Aneurisma ventricular

Prof. Dr. M. SORIANO JIMÉNEZ y Dr. E. JUNCADELLA DE FERRER

PRESENTAN el caso de un enfermo, el cual a partir de un síndrome de infarto de miocardio, fué desarrollando un aneurisma en ventrículo izquierdo, que le condujo a la muerte en un plazo de cerca de dos años. El síndrome inicial de infarto fué de sintomatología poco aparatosa, siguiéndole inmediatamente un síndrome de insuficiencia cardíaca, prácticamente irreductible hasta el final. Al mes del comienzo, podía ya apreciarse la imagen radiológica del aneurisma, en forma de abombamiento marcado del borde izquierdo cardíaco, cercano a la punta. En el transcurso de su enfermedad, pudo apreciarse en sucesivas radiografías el progresivo aumento del aneurisma. La posición en que mayormente destacaba, era la oblicua posterior derecha, con ligero ángulo de inclinación. En el estudio tomográfico, aparecía la imagen con la mayor nitidez en el plano situado a una profundidad de 6 cms.

El estudio electrocardiográfico seriado reveló datos de sumo interés. Existía

una onda QS en una amplia zona, desde el punto V₂ al V₆, demostrando la existencia de una amplia área de miocardio inactivable, y que correspondía a la situación del aneurisma. Asimismo, en toda esta zona la onda T era apenas existente, lo que corrobora la ausencia de miocardio activable. Es muy importante el hecho de que la imagen electrocardiográfica persistió sin variación alguna, durante todo el curso de la enfermedad, incluso con signos semejantes a los de un infarto reciente (elevación de ST en primera derivación).

En la autopsia se halló un aneurisma en ventrículo izquierdo, cercano a la punta, del tamaño de una naranja. Al corte se apreciaba que en la periferia del aneurisma la pared ventricular era gruesa, pero en el aneurisma iba adelgazándose hasta que en la parte central del mismo, el espesor no sobrepasaba los dos milímetros. En la cara interna existían coágulos en vías de organización. La coronaria descendente anterior izquierda, estaba obstruida a unos dos cms. de su comienzo, y en un trecho de 0,7 cm., por un trombo en parte calcificado.

Histológicamente podía apreciarse que la pared del aneurisma estaba constituida casi solamente de tejido conjuntivo, observándose tan sólo escasas fibras musculares entre las fibras colágenas.

Valor clínico de la dosificación de la bilirrubinemia total, porcentaje de reacción directa y urobilinuria

Dr. P. NOGUÉS RIBAS

RESUMIMOS aquí el trabajo que, bajo este título, presentóse como Tesis Doctoral.

Se llama *Bilirrubina de reacción indirecta* (B. I.) o *directa* (B. D.) según necesite o no catalizador para su acoplamiento con el reactivo diazoico.

Existen actualmente métodos que las dosifican por separado. Nosotros empleamos, con algunas modificaciones, el de JENDRASSIK, CLEGHORN Y GROF, utilizando el Fotómetro de Pullfrich.

Efectuamos las lecturas a las dos horas de haber añadido el reactivo diazo. La lectura del tubo al que se ha añadido catalizador (caféina-benzoato sódico) nos indica la *Bilirrubinemia total* (B. T.). La lectura del tubo que no tiene catalizador nos indica la B. D. La B. I., o sea la B^a que ha reaccionado gracias al catalizador, se obtiene restando la B. D. de la B. T. Se llama *porcentaje de reacción directa* (% R. D.) a la relación, multiplicada por cien, entre la B. D. y la B. T.

En sujetos normales encontramos valores de B. T. entre 0,20 y 0,60 mgs. % (promedio 0,36): Siempre encontramos cierta cantidad de B. D. El % R. D. de estos casos (inferior a 20 %) fué 8,9 de promedio.

Estas son, pues, determinaciones *cuantitativas*. Otra cosa es «la reacción cualitativa de H. v. d. Bergn», que puede ser inmediata o retardada; pero siempre es positiva si se espera lo suficiente. Corresponde ésto al hecho de que en los sueros normales se dosifique siempre cierta cantidad de B. D.

Se ha homologado la B^a. *cloroformo-extraíble* (método de VARELA FUENTES y RECARTEI con la B. I. y la no extraíble con la B. D.). A partir de aquí utilizamos nosotros el % de B^a. no cloroformo-extraíble como nomólogo al % R. D.

Hemos dosificado también la *urobilina en orina*, según el método de ROYER