neurrológicos son la primera manifestación clínica del proceso en el 24 % de los enfermos. Como en el primer grupo, la sintomatología nerviosa es muy variada y no puede detallarse un síndrome característico. Predominan en general los signos focales, con manifestaciones mentales asociadas o sin ellas. Los nódulos metastásicos son, a menudo, múltiples y muy diseminados en el cerebro y las meninges; a pesar del tamaño y número de las lesiones cerebrales, se observan signos de hipertensión craneal en menos del 10 % de los casos. La situación primitiva más frecuente es el pulmón, los bronquios, la mama, la próstata y los órganos hematopoyéticos.

Comentario. — En el período de 20 años que comprende este estudio, la proporción entre los tumores metastásicos y el número total de tumores y granulomas de las regiones respectivas, es del 27.2 % para el cerebro y el 64 % para la médula o el espacio epidural medular. La elevada frecuencia de los tumores de sistema central puede explicarse en parte por el origen de los enfermos, procedentes de las clínicas médica, quirúrgica, del cáncer y neurológica. El diagnóstico resulta muy difícil cuando las manifestaciones neurológicas preceden a los signos del tumor extraneural primitivo, lo que ocurre muy a menudo. Cuando los signos que se refieren al tumor inicial aparecen precozmente, el diagnóstico ante mortem es más fácil; en general, debe tenerse en cuenta la frecuencia de la reacción nerviosa y buscar detenidamente su origen. Todo enfermo de más de 40 años con síntomas neurológicos debe ser considerado como sospechoso. La historia clínica es muy importante para el diagnóstico y los rayos X proporcionan a menudo datos de extraordinaria importancia. El tratamiento de las lesiones metastásicas de sistema nervioso es sólo paliativo, excepto en los enfermos con lesión intracerebral solitaria y operable.

PEDIATRIA

ERITROBLASTOSIS Y TRANSFUSIÓN DE INTERCAMBIO

EN un informe reciente, en el que resumen los resultados de 28 casos, describen WEINER y WEXLER el método de tratamiento de la eritroblastosis fetal con transfusiones de intercambio. En su opinión, en el caso típico, el niño eritroblástico Rh positivo nace con sus hematíes revestidos de anticuerpos Rh («univalentes»), procedentes de la madre por filtración transplacentaria; en algunos casos es posible que a consecuencia de las contracciones uterinas ocurridas durante el parto pasen a la circulación fetal otros anticuerpos Rh del tipo «bivalente» (aglutininas).

En cualquier caso, los anticuerpos que actúan sobre los hematíes del niño pueden hacer que se hemolicen o que se aglutinen. En los casos en los que sólo se produce hemolisis, se origina una anemia hemolítica que responde a las transfusiones simples de sangre Rh negativa. La aglutinación intravascular, cuando se produce, probablemente lo hace en grado máximo después del nacimiento, ya que en el útero el contenido de conglutinina del plasma fetal es bajo. Los autores creen que con el nacimiento del niño el contenido de conglutinina puede elevarse hasta una concentración suficiente para producir aglutinación de los hematíes. Si durante las fases iniciales de la enfermedad se ex-

trae la sangre del niño y se sustituye simultáneamente por sangre Rh de un grupo sanguíneo compatible, se considera probable que la enfermedad sea abortada, ya que los glóbulos de tipo Rh no pueden ser aglutinados por los anticuerpos Rh en el organismo del niño.

Todas las mujeres embarazadas deben ser investigadas para determinar si son Rh positivas o Rh negativas. Se determina el grupo sanguíneo y el tipo Rh-Hr del marido y de todos los hijos vivos de estas embarazadas que son Rh negativas, y se obtiene información respecto a si el marido, en caso de ser Rh positivo, es homocigótico o heterocigótico. Para obtener esta información hay que examinar en ciertos casos a los padres del marido. Cuando el suero materno contiene anticuerpos Rh univalentes, la gravedad de la enfermedad suele estar en relación directa con el título. En las mujeres ligeramente sensibilizadas se deja que el embarazo llegue a su término, y el niño es sometido a tratamiento expectante, vigilándose el posible desarrollo de anemia, ictericia u otros signos de eritroblastosis.

En aquellos casos en los que se ha desarrollado una sensibilización moderada se termina el embarazo unas dos semanas antes de término y el niño es tratado inmediatamente con transfusión de intercambio, utilizando 500 c.c. de sangre del donante para ello. En las mujeres más intensamente sensibilizadas puede terminarse el embarazo algo antes y el niño es tratado inmediatamente con transfusión de intercambio, utilizando unos 1.000 c.c. de sangre. Cuando el título es muy alto, el feto no suele sobrevivir hasta el período de viabilidad, y los fetos muertos resultantes son extraídos o se permite que nazcan espontáneamente.

Con arreglo a la técnica utilizada por WEINER y WEXLER, se introduce sangre citratada en la vena safena en el tobillo y la sangre del niño es extraída simultáneamente de la arteria radial en la muñeca, previniéndose la coagulación mediante la administración de pequeñas cantidades de heparina. El procedimiento, además de sencillo, es inocuo, no habiéndose producido mortalidad operatoria en más de 40 transfusiones. De los 28 casos tratados, sólo 7 de los niños murieron, y los datos disponibles indican que la mortalidad habría sido por lo menos doble si se hubiera empleado el tratamiento usual con transfusiones simples. Se prefirió la sangre fresca a la conservada por su mayor tiempo de supervivencia y por la menor probabilidad de introducir infección, tanto física como mentalmente y no han presentado secuelas de lesión cerebral.

MIOCARDITIS DIFTÉRICA

UN estudio de 93 pacientes con difteria en los que se había obtenido por lo menos cinco electrocardiogramas durante el curso de su enfermedad, mostró 61 con trazados anormales. Los demás se distribuían por igual entre alteraciones equívocas o limítrofes y trazados normales. Los autores clasifican la anomalía en 4 grados. Las alteraciones de grado 1 se encontraron en 40, las del grado 2 en siete, las del grado 3 en cinco y las del grado 4 en nueve pacientes. Aunque la mortalidad aumenta mucho con los grados crecientes de