

bajo excesivo durante años en el segundo, y el trabajo en una fábrica de carpetas antigás con benzol y otros tóxicos en local cerrado en el tercero.

Aneurismas intracraneales (*)

Dr. I. GISPert CRUZ

SE ha comprobado la existencia relativamente frecuente de malformaciones aneurismáticas congénitas en las arterias del polígono de Willis. En cuanto al papel etiológico de la sífilis y arterioesclerosis en la formación de aneurismas, parece ser mucho menos importante de lo que se creía. En cambio, son más corrientes los aneurismas debidos a procesos infecciosos capaces de provocar una embolia séptica de una virulencia lo bastante débil para no llegar a provocar una meningoencefalitis localizada o un absceso cerebral. Tal sucede con relativa frecuencia en la endocarditis progresiva. Se han descrito formas familiares de aneurismas y el traumatismo sólo habría de tenerse en cuenta como factor etiológico en los aneurismas arteriovenosos.

Ha de considerarse una sintomatología general (cefalalgias, vértigos, éstasis papilar, soplo o murmullo, etc.), y otra focal. Esta varía según se trate del aneurisma sacciforme carotídeo (cefalalgias localizadas, oftalmoplegia brusca y frecuente alteración del nervio óptico); aneurisma arteriovenoso carotídeo con exoftalmo, soplo continuo, pulsación del ojo, quemosis, parálisis oculares y éstasis papilar.

Son más excepcionales los aneurismas de la cerebral media, comunicantes y cerebral posterior.

Los signos radiográficos tienen un valor definitivo, especialmente por la angiografía que pone de manifiesto claramente la existencia, situación y tamaño del aneurisma como puede verse en algunos de los ejemplos que se muestran de aneurismas carotídeos.

La complicación casi inevitable de estos aneurismas es la hemorragia subaracnoidea a menudo mortal. Ocurre de una manera fulminante acompañada de una cefalalgia intensísima y de un cuadro de meningismo que si sobrevive el paciente puede durar bastantes días.

La terapéutica del aneurisma craneal es quirúrgica a pesar de la gravedad que implica. Ligadura de la carótida que puede asociarse a ligadura de los vasos intraorbitarios. Si es preciso intervención osteoplástica con decompresión. En caso de ruptura del aneurisma, hemostasia directa por fragmentos de músculo.

Evolución clínica y radiológica del ulcus gastroduodenal (*)

Dr. J. SALA ROIG

UNA particularidad característica del ulcus péptico (gástricouretral, pilórico, duodenal, o de boca anastomótica) es su evolución por brotes. Estos brotes afectan tanto al aspecto clínico como al radiológico del ulcus y aparecen con cierta independencia de los factores extrínsecos, para remitir después de un tiempo, de manera espontánea o al menos sin gran relación aparente con factores externos. Estas remitencias no sólo se refieren

(*) Sesión celebrada el 30 noviembre de 1946

(*) Sesión celebrada el 7 de diciembre de 1946.