

de la compresión de la carótida por la repercusión inmediata en el pulso de la temporal. La compresión se mantiene 30 segundos como máximo en el caso de que no aparezcan síntomas de ningún tipo, ya que en este caso ha de suspenderse la compresión.

Se estudia detenidamente el efecto de dicha compresión en los casos de oclusión de la carótida contralateral, consistentes en crisis jacksonianas y generalizadas. De 46 pacientes de este tipo, la compresión carotídea fue positiva en 26. También se estudia el efecto que produce en los enfermos con hipersensibilidad del seno carotídeo. En este caso los fenómenos de escotomas, vértigo, parestesias, síncope, etc., ocurren después de un intervalo más prolongado que en el caso de la oclusión carotídea contralateral. Por el contrario la compresión directa del seno carotídeo determina el rápido establecimiento del cuadro descrito. Otro carácter diferencial consiste en la mayor facilidad de desencadenamiento de las crisis en la posición vertical en los casos de hipersensibilidad.

Por último se estudia el efecto de la compresión carotídea en otras enfermedades cerebrovasculares, concluyendo que esta maniobra debe ser incluida en el examen neurológico de rutina, aunque debe ser practicada siempre con las debidas precauciones.

Brucelosis

BRUCellosis: EXPERIENCES WITH 224 PATIENTS. Schirger, A., D. R. Nichols, W. J. Martin, W. E. Wellman y L. A. Weed. *Ann. Int. Med.* 52: 827, 1960.

Los autores exponen su experiencia recogida de la observación de 224 pacientes de la Mayo Clinic, de los años 1940 a 1958. De estos casos, 47 presentaban bacteriemia, 42 infecciones localizadas y

135, en los que los cultivos fueron negativos, presentaban títulos positivos de aglutinación variables. En los pacientes con bacteriemia, los títulos de aglutinación suelen ser muy altos y la enfermedad cursa con carácter de marcada gravedad. En los pacientes con infecciones localizadas, el proceso puede persistir a lo largo de muchos años y cursar de un modo relativamente asintomático; los títulos de aglutinación son muy bajos o completamente negativos en este grupo. Finalmente en el tipo llamado serológico por el autor no existe bacteriemia, ni infección localizada, pero los títulos de aglutinación son también altos. La brucelosis es considerada en los Estados Unidos como una enfermedad profesional. En efecto, más de la mitad de los pacientes estudiados trabajaban con animales. Es de notar que la numeración de leucocitos y la velocidad de sedimentación estaban aumentadas solamente en un reducido número de pacientes. En los pacientes con bacteriemia dio muy buen resultado la asociación de tetraciclina y estreptomycin. En los casos de infección localizada el drenaje quirúrgico o la excisión además del tratamiento general se mostró así mismo de gran eficacia.

Corticotropina en la «miastenia gravis»

THE PLACE OF CORTICOTROPIN IN THE TREATMENT OF MYASTHENIA GRAVIS. Leo D. Freyberg. *Ann. Int. Med.* 52: 806, 1960.

Se revisa el tan discutido problema del tratamiento de la miastenia con corticotropina. Después de revisar los trabajos de Dougherty y White, de Simpson y col., de Torda y Wolff, de Schlezinger, etc., el autor concluye que la corticotropina tiene un papel indiscutible en el tratamiento de la miastenia. El método aplicado en los 5 casos que el autor presenta es el

de Torda y Wolff, consistente en la administración de 100 unidades diarias de corticotropina durante 5 días. Como es sabido la corticotropina desencadena un empeoramiento del cuadro clínico durante los días que dura el tratamiento. No obstante el autor dice que sólo debe interrumpirse el mismo cuando los síntomas respiratorios lleguen a ser alarmantes. Por otra parte estos fenómenos secundarios responden bien a la dieta sódica, a la neostigmina y a la administración de 2 ó 3 gr. de cloruro potásico al día. Como mecanismo de acción de la droga en los casos de miastenia se invoca su efecto

lítico sobre el tejido linfático. Se sabe en efecto que en la miastenia existe un aumento de dicho tejido en diversos órganos y que la corticotropina reduce estas masas de tejido linfoide acumulado de forma anormal. A modo de hipótesis se expone la posibilidad de que el timo sea el origen de una toxina mioneural responsable en unión de las linforragias musculares.

El autor ha tratado 5 enfermos. En cuatro el resultado ha sido altamente satisfactorio. En uno no ha habido mejoría. El tratamiento puede repetirse con períodos de intervalos prudenciales.