

**BRITISH MEDICAL INFORMATION SERVICE.
3, HANOVER STREET.—LONDON, W. 1.**

Autores, Williams, D., Denny-Brown, D. Revista, Brain. Tomo 64, páginas 223-238. Fecha, 1941.

ALTERACIONES CEREBRALES ELECTRICAS EN LA CONCUSION EXPERIMENTAL

Williams (1941) ha registrado mediante encefalograma las alteraciones progresivas en la actividad eléctrica cerebral, resultantes de lesión cerebral de guerra, y las ha descrito. Denny-Brown y Russel (1941) estudiaron las alteraciones en la actividad refleja y en los mecanismos vasculares y cardio-respiratorios después de producir concusión en animales bajo condiciones standard, y concluyeron que la concusión es un estado de inactividad central traumática directa o parálisis. Estas observaciones se refieren a la actividad funcional de las estructuras del tronco del encéfalo, y no fué posible llevar a cabo observaciones similares sobre la función cerebral.

Los autores del presente trabajo, realizaron pues experimentos con el fin de establecer una relación entre los efectos inmediatos de la concusión sobre las funciones reflejas inferiores y sobre la actividad eléctrica de los hemisferios cerebrales.

Se produjo trauma cerebral local y general en gatos bajo los efectos de ligera anestesia y se registraron electro-encefalogramas continuos durante todos los experimentos desde puntos en ambos hemisferios por medio de electrodos fijados en el cráneo, en contacto con la dura mater. También se registraron las alteraciones cardíacas y respiratorias y asimismo se observaron las alteraciones en la actividad refleja y movimiento espontáneo.

Se vió que los golpes que determinan la concusión causaron siempre una disminución instantánea y generalizada en la actividad cerebral eléctrica, registrada en el electro-encefalograma, que persistió hasta después que había vuelto la actividad refleja. Hubo luégo una aparición diferida de ondas anormalmente lentas similares a las observadas después de la concusión en el hombre. La actividad refleja volvió antes de que se observaran estas ondas anormalmente lentas.

Las alteraciones eléctricas cerebrales producidas por trauma local se limitaron al área lesionada, pero fueron semejantes a las alteraciones generalizadas observadas en la concusión.

No se halló relación alguna entre las alteraciones eléctricas cerebrales y las del mecanismo cardio-respiratorio, o en la actividad refleja.

Los autores concluyen que:

1. La concusión va asociada con disminución o cesación de la actividad eléctrica de la totalidad de los hemisferios cerebrales, como lo registra el encefalograma.

2. La aparición diferida de ondas anormalmente lentas de cambio poten-

cial eléctrico cerebral, pudieran representar una fase en el restablecimiento después de la concusión.

3. Los cambios reversibles causados por trauma cerebral local y general, son idénticos.

4. La concusión es el resultado directo de violencia mecánica a las células cerebrales. No depende para su iniciación de alteraciones secundarias tales como edema, anoxia o hipoglucemias.

Referencias:

Denny-Brown, D., & Russell, W. R. (1941) Brain, 64, 93. (Véase resumen BMIS 532).

Williams, D. (1941) J. Neurol. Psychiat., 4, 107. (Véase resumen BMIS 431).

Williams, D. (1941) J. Neurol. Psychiat., 4, 131. (Véase resumen BMIS 432).

Autores, Burn, J. L. Revista, Lancet. Tomo 2, páginas 655-656. Fecha 22/11/41.

VISITA DOMICILIARIA A LAS PACIENTES DE ENFERMEDADES VENÉREAS QUE DEJAN DE ASISTIR A LA CONSULTA

Este trabajo relata con entusiasmo los resultados de la labor de un año de puesta en práctica de un plan por el cual la visitadora sanitaria que se hallaba empleada parcialmente como enfermera en el Consultorio de Enfermedades Venéreas de Barnsley y parcialmente en labor maternal e infantil, se dedicó a visitar los domicilios de aquellas enfermas que habían dejado de asistir al Dispensario Antivenéreo, con el fin de convencerlas de que volvieran. La ventaja de utilizar una visitadora para dicha labor consistió en que no se sabía que la misma tuviese nada que ver con los servicios antivenéreos; por otra parte, su posición la permitía permanecer en contacto con otros servicios sanitarios tales como los de maternidad e higiene infantil, así como con los de higiene escolar. La visita se llevó a cabo en 163 casos, y el número de visitas fué de 305; el número de horas empleadas en este trabajo fué de alrededor de 50, de manera que resultó relativamente barato. El número de visitas fué: 1 en 92 casos, 2 en 28, 3 en 23, 4 en 15, 5 en 3, y 6 y 7 en los dos casos restantes. De las 163 enfermas, 26 se habían mudado y 3 habían fallecido, dejando 134 que fueron vistas por la visitadora; de estas, 50 o sea 37 por ciento, asistieron regularmente al dispensario como resultado de las visitas y 16 con menos regularidad. El autor cita experiencias de otros centros de tratamiento en los cuales la visita domiciliaria de pacientes que dejaron de asistir a la consulta consiguió persuadir de que regresaran a ella a una elevada proporción. El autor señala que una clase de enferma muy inclinada a dejar de asistir al tratamiento en el consultorio, es la madre sifilítica después del parto, porque tiende a creer que el aspecto saludable de la criatura indica que ella se encuentre curada; a veces, esta impresión se ve apoyada por el propio médico particular, quien asegura a la paciente que ya no necesita seguir asistiendo.

El autor manifiesta que la visita descubre incapacidades sociales que pueden ser remediables a menudo, y muchas razones de inasistencia que pueden resolverse mediante explicación o arreglando las condiciones clínicas. (p. e. horas incómodas). El autor concluye que la visitadora domiciliaria es un miembro esencial del personal de todo Dispensario Antivenéreo.

(Resumen procedente del Bulletin of Hygiene, 17, 177, marzo, 1942).