surge la dificultad de atribuir una reacción precisa a un medicamento determinado.

La ocurrencia de secuelas es un problema importante. Es necesario no perder de vista que las secuelas suelen ser la conscuencia de la infección meníngea, pero es preciso averiguar la posible participación de los medicamentos en la evolución de estas complicaciones. Aunque los trastornos del octavo par se han revelado en todas las formas de tratamiento con la estreptomicina, no se perderá de vista que las alteraciones de la audición son también harto frecuentes en los casos de meningitis. Resulta digno de meditación el hecho de que no hubo aumento de la frecuencia de las secuelas en los pacientes en quienes se demoraron los beneficios del tratamiento.

●

LA TORULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Dres. WILLIAM H. MOSBERG, Jr. y JAMES G. ARNOLD, Jr.

Del Servicio de Neurología Quirúrgica, Escuela de Medicina de la Universidad de Maryland, Baltimore, Md.

La torulosis del sistema nervioso central ha sido reconocida desde hace más de medio siglo en las más diversas localidades. En 1816, ZENKER citó el caso de un hombre que murió a consecuencia de una afección miósica del sistema nervioso, posiblemente con la *Torula histolytica* como agente etiológico. Von HANSERMANN, en 1905, refirió un caso de meningitis en el cual descubrió pequeños quistes gelatinosos con levaduras en su interior. En 1916, STODDARD y CUTLER describieron el cuadro clínico y patológico de la torulosis. En 1925, SHAPIRO y NEAL consiguieron reunir 15 casos de la literatura médica, aumentados a 43 en 1931.

Diagnóstico

La menigitis torulense es una afección inflamatoria crónica provocada por la invasión del sistema nervioso central por el hongo conocido como *Cryptococcus neoformans*. Debido a que la enfermedad presenta un cuadro neurológico muy variado, el diagnóstico no puede confirmarse a base de la sintomatología que, según las ocasiones, puede sugerir el origen piógeno, luético, tuberculoso o de meningitis coriolinfocítica. La enfermedad, en general, puede confundirse con un tumor cerebral, con una hemorragia subaracnoidea, con un absceso intracraneal, con una encefalitis o con un hematoma subdural. La mayoría de los casos siguen una evolución ligeramente febril, sin que la temperatura suela elevarse más de los 39 grados C.; el pulso, a veces, puede tener un ritmo de sólo 40 latidos por minuto. El examen de la sangre no revela nada de particular,

---

"Annals of Internal Med., junio, 1950.

con la excepción de que en pocos casos se han conseguido Torulas por hemocultivo. En casos de lesión cutánea o pulmonar, los cultivos pueden obtenerse del exudado de la úlcera o del esputo.

El diagnóstico en vida de la meningitis torulense sólo puede precisarse mediante el examen del líquido c.r., por más que los datos que proporciona son inconstantes. Aunque no siempre, el líquido suele ser opalescente, de tinte amarillento, emitido a presión más elevada que la normal; el número de células casi siempre es elevado, con predominio de los linfocitos y menos veces de los polinucleares. El azúcar y los cloruros tienden a disminuir, en tanto que aumenta la concentración de proteínas. El examen microscópico no siempre revela la presencia del agente en el líquido, e incluso puede ser negativo el cultivo, por lo cual, aunque no se descubra en éste la presencia de Torulas, no debe excluirse la posibilidad de un diagnóstico de torulosis. No sólo deben repetirse las tentativas, sino que los cultivos deben incubarse por un período mínimo de un mes.

Comentario a las observaciones de cinco casos personales

Los cinco casos que hemos observado de torulosis del sistema nervioso central presentan cuatro características interesantes: la larga supervivencia y la ausencia de comprobación a la autopsia en el caso 3; la moniliasis general coexistente en el caso 5; las complicaciones neuroquirúrgicas en los tres primeros casos; y las medidas terapéuticas empleadas en todos ellos.

La duración conocida de la torulosis en el caso 3 fué de 38 meses. Después del examen de autopsia se reconoció que la ventrículocisternostomía podía haber prolongado la vida del enfermo. Aunque el desenlace de la afección es casi siempre la muerte, hay numerosas diferencias con respecto a la gravedad y duración del curso clínico, muchas veces con períodos de remisión; el término que se concede a la resistencia del paciente es de 1 a 6 meses, pero, por una parte, hay invasiones que pueden ser fulminantes, en tanto que se conoce de un caso tan prolongado, que se conservaba con vida 8 años después del comienzo de la afección. Algunos autores han querido explicar estas diferencias por el distinto grado de virulencia de la *Torula histolytica,* el cual podría apreciarse por la dificultad mayor de hallarla por cultivo en los casos más prolongados.

La moniliasis se ha descrito asociada a la enfermedad de HODGKIN, pero no hay un solo caso en que la primera se hallara en coexistencia con la torulosis, como ocurrió en nuestro caso 5. Otros estados mencionados en la literatura que se han sufrido junto a la torulosis son: la leucemia, la diabetes, la endocarditis, la pielonefritis, la encefalopatía saturnina, y la histoplasmosis.

Aunque la enfermedad suele tomar la forma de meningitis o de meningoencefalitis, pueden predominar los signos de infección general. En muchos casos, el árbol respiratorio se ha considerado la vía por donde

el hongo penetra en el organismo, pero también se ha admitido la posibilidad de que el criptococo penetre por las mucosas digestivas, las amígdalas, o incluso por una lesión cutánea. WADE y STEVENSON han demostrado, con pruebas, que la enfermedad es una verdadera septicemia, pero, por otra parte, también se ha experimentado que puede ser local, limitada a la faringe, a la lengua, al hueso del pubis, a los músculos raquídeos, a los pulmones, a los tejidos subcutáneos, y a la región inguinal.

Se han citado 5 casos de torulosis en forma de tumores localizados del sistema nervioso central; cuatro de ellos eran intracraneales, y el restante era un tumor de la medula espinal. Cada una de estas lesiones era una masa que desplazaba al tejido nervioso, por lo que en 3 ocasiones se intentó la excisión quirúrgica.

En la revisión de 64 casos hemos encontrado que la ventrículografía se practicó en 8 ocasiones. En 5 casos se procedió a la trepanación exploradora, en 2 a la exploración de la fosa craneal posterior, y en uno a la de la fosa anterior. Otras tentativas quirúrgicas fueron la descompresión subtemporal para aliviar la cefalalgia, la trepanación para el drenaje ventricular, y la craneotomia del cerebelo para reducir una hernia uncinada.

Después de las consideraciones de los médicos que se han enfrentado con casos de tolurosis, se deduce que su tratamiento es más médico que quirúrgico. La obtención de los agentes antibióticos y quimioterápicos en los años recientes junto a los diagnósticos más certeros y precoces, ha decidido el empleo de diversos medicamentos para combatir la afección.

Del análisis de los resultados se obtiene la convicción de que, cada esperanza conseguida con una respuesta aparentemente favorable en un caso, se neutraliza por el fracaso de esta misma substancia en otro. El antígeno torulense, empleado por algunos autores, puede ser de algún valor. Los medicamentos sulfamídicos y la penicilina, en cambio, no parecen de acción notable. El sistema de MEZEY tiene cierta importancia, ya que el paciente tratado todavía vive, aunque no se ha empleado en ninguna otra circunstancia; sin embargo, en virtud de algunos experimentos *in vitro* recientes, se supone que el empleo del mafarsén por este autor fué de más utilidad que la inyección intravenosa continua de una solución de alcohol al 5 %. Estas medidas deben compararse a las del enfermo de BINFORD, quien lleva una vida de trabajo normal después de un ataque de torulosis meningítica sólo tratada con aspirina y punciones lumbares.

Respecto a nuestros 5 casos, debemos decir que el uno no respondió a la sulfanilamida. El curso clínico del caso 2 no se alteró con el Furacín. En el caso 3 se emplearon varias medidas, incluso la vacuna antitífica, la penicilina intramuscular y la estreptomicina intratecal; es imposible decidir si alguna de estas medidas influyó en el estado del sujeto, pero

lo cierto es que pareció mejorar clínicamente después de prescribir la terapia de alcalinización, sólo para recaer unos meses más tarde y morir en pleno cuadro neurológico. El caso 4 también mejoró con la alcalinización, pero también recayó y tuvo la misma terminación fatal. El caso 5, como hemos dicho, padecía moniliasis al mismo tiempo; no dió resultado la hiperpirexia prolongada y el paciete también murió.

A pesar de los estudios experimentales de BECK y MUNTZ, no se espera que la estreptomicina sea de valor en la torulosis, puesto que el *Cryptococcus* tiene la propiedad de producir ácido. Este hecho se relaciona con el de que el aumento de la acidez del medio impone el aumento de la estreptomicina para que ésta tenga efecto en la inhibición de las bacterias. Aunque la hipertermia prolongada parece influir experimentalmente en la supervivencia del *Cryptococcus neoformans,* Cox ha observado que los casos febriles de torulosis sucumben aún más rápidamente que los afebriles. En nuestra clínica se ha usado la hipertermia en 2 casos, sin resultados apreciables.

ANOREXIA ESENCIAL DE MUJERES JÓVENES Y ENCEFALOPATÍA ATROFIANTE

Dres. R. LAFON y BILLET B.

EN la sesión del 26 de junio de 1950, los autores presentaron en la Societé Médico-Psychologique, los resultados del estudio de tres enfermas con el síndrome de anorexia mental, y esecialmente las conclusiones del examen electroencefalográfico y neumoencefalográfico.

La primera enferma,, de 14 años de edad, que indujo a los autores a un estudio similar en otras pacientes, era un típico caso de anorexia mental y que por sus antecedentes personales (vértigo pasajero; al mes, un episodio febril con temblor paroxístico de la mano izquierda y hormigueo en la pierna, con líquido céfalorraquídeo normal), se supuso un discreto episodio encefalítico, y se creyó útil un trazado electroencefalográfico que demostró anomalías "que podían hacer pensar en una disfunción del tronco cerebral superior y más particularmente de la región subtalámica". Al examen neumoencefalográfico, se comprobó una hidrocefalia ventricular muy neta y un agrandamiento importante de los lagos de la base, que hacían creer en una atrofia de la región infundíbulotuberiana.

La segunda enferma, también de 14 años de edad, inicia su enferme-

---

Anales Médico-Psychologiques, julio de 1950.