

The basic innovations in deep psychology are studied and it is considered that the "Method of experimental diagnosis of the Instincts" may be in the future applied to Spanish subjects after having made certain changes.

ZUSAMMENFASSUNG

Man betrachtet die "Bestimmungsanalyse" von Lipot Szondi als eine dritte psychoanalytische Schule, die nach der von Freud und Jung kommt und die die Untersuchung des Unterbewusstseins in bis jetzt nicht untersuchten Richtungen mit eigenen originellen Methoden vornimmt.

Man untersuchte die Neuheiten und fundamentalen Beiträge zur Tiefenpsychologie; man glaubt, dass die "Methode der experimentellen

Diagnose der Instinkte" in der Zukunft auch mit gewissen Modifizierungen bei den Spaniern angewandt werden kann.

RÉSUMÉ

On considère "l'analyse du Destin" de Lipot Szondi comme une troisième Ecole psychoanalytique qui, après celle de Freud et de Jung, vient compléter l'étude de l'inconscient vers des directions inexplorées jusqu'à présent et avec des méthodes originelles propres.

On étudie ses innovations et ses applications fondamentales à la psychologie profonde, et on estime que la "Méthode de diagnostic expérimental des Instincts" peut être appliquée à l'avenir, avec des certaines modifications, chez les sujets espagnols.

NOTAS CLINICAS

LA ESTREPTOMICINA COMO TRATAMIENTO DE LA PERICARDITIS TUBERCULOSA EXUDATIVA

(Comentarios a dos observaciones.)

P. A. BUYLLA

V. A. BUYLLA ACEVEDO

Profesor de Sala del Hospital Provincial de Oviedo.

Asistente a la Clínica.

Es indudable la frecuencia de la etiología bacilar en las pericarditis agudas con derrame, pues aunque recientemente algunos autores ingleses asimilan la casi totalidad de ellas bien al reumatismo o al grupo de las pericarditis idiopáticas, tanto los tratados clásicos como nuestra propia experiencia nos inducen a considerar a la tuberculosis como la causa (después de la reumática) más frecuente de las pericarditis flúxionarias no purulentas de curso agudo. Esta afirmación se ve avalada por el hallazgo necrópsico de lesiones de esta serosa en el 1 por 100 de todas las secciones y en el 4 por 100 de las efectuadas en sujetos que en vida padecieron de tuberculosis. Son estas cifras indicadoras de una relativa frecuencia de lesiones pericárdicas en el curso de las más variadas formas de tuberculosis, lo que nos obliga a recoger y estudiar cuantos avances se produzcan en la terapéutica de la tuberculosis pericárdica.

Ya hace algún tiempo que uno de nosotros, con GARCÍA MORÁN, señaló la utilidad de la pericardirotomía con drenaje interno en el tratamiento de la pericarditis aguda tuberculosa con de-

rrame, señalando entonces la escasez de medios con que se disponía para tratar esta grave afección: Las punciones, con su frecuente repetición; las inyecciones de aire, lipiodol, calcio, etcétera, fracasaban las más de las veces por tratarse únicamente de terapéutica paliativa.

Con el advenimiento de la estreptomicina y su indudable eficacia en el tratamiento de diversas localizaciones serosas del bacilo era de esperar se prestase pareja atención al tratamiento de la anidación bacilar en membrana pericardíaca; sin embargo, no fué así, siendo muy contados los autores que se han ocupado de ello hasta el presente. Unicamente hemos encontrado en "Annals of Internal Medicine" de noviembre de 1947 un caso publicado por McDermott de pericarditis aguda tuberculosa con derrame, en el que el tratamiento con estreptomicina dió excelentes resultados; otro de CARUSSELLI, en "La Riforma Medica", en 1948, en el que se trata con éxito mediante la estreptomicina una pericarditis exudativa con derrame pleural bilateral; los cinco enfermos tratados con este antibiótico, y publicados en el "Journ. Am. Med. Ass." de 23 de octubre de 1948 por el Consejo de Farmacia y Química de la "American Medical Association", como continuación de otro informe publicado en la misma Revista un año antes, y de cuyo ensayo no se atreven a llegar a conclusión alguna. Por último, es publicado en "Tubercle" de 1949 un caso por GOLDSTEN, en el que la estreptomicina hizo regresar la pericarditis al mismo tiempo que una miliar concomitante, y en "American Heart Journal" de enero de 1949 nos refiere MEREDITH un nuevo enfermo afecto

de pericarditis aguda tuberculosa exudativa concomitante con tuberculosis pulmonar y ganglionar, en quien el tratamiento estreptomicínico pertinente fué seguido de éxito, siendo el componente cardíaco el más rápido en regresar.

Esta sorprendente pobreza bibliográfica, aún más acentuada en Europa, ya que en estadísticas tan numerosas como las de TAPIA, en Portugal; ETIENNE BERNARD, en Francia, y PARTEARROYO, en España, no se menciona siquiera la posible influencia de la estreptomicina sobre la tuberculosis pericardítica, es lo que nos indujo a dar a conocer dos enfermos afectos de pericarditis aguda tuberculosa fluxionaria, que uno de nosotros ha tratado recientemente con estreptomicina, y cuyas historias clínicas pasamos a referir.

Enferma de cuarenta años de edad, casada, tres hijos sanos; constitución asténica con fondo hipertiroideo. Después de una prolongada lactancia, comienza con cuadro agudo febril, con tos y disnea, apreciándosele a los pocos días del inicio un exudado pleural del lado izquierdo, confirmado por punción, y una pericarditis con derrame, que aun cuando ya se sospechó su existencia por los síntomas clínicos (roce pericardítico característico), fué confirmado radioscópicamente sin dejar lugar a dudas, pues el derrame era lo suficiente abundante para dar la imagen típica de este proceso.

Como el cuadro tóxico imprimía gravedad a la marcha del proceso pleuropericardíaco, de origen indiscutible bacilar (pues aunque no se hizo inoculación al cobaya ni microscopía del líquido pleural no conocemos apenas otra causa capaz de producir una pleuropericarditis serofibrinosa de marcha aguda), fracasadas ya la punción pleural y el consabido alicio vitamínado, en nuestro intento de hacer variar la evolución maligna que tan marcadamente se arraigaba en nuestra paciente, la que además ya comenzaba a presentar signos de adias-tolia, nos decidimos a tratarla con estreptomicina.

Esto sucedía a los diez días de iniciarse el proceso. Su temperatura era de 38,5; pulso a 130, con alguna extrasistole; tensión arterial de 10 máxima y 8 mínima; velocidad de sedimentación, 60 mm. a la hora y fuerte reacción positiva al von Pirquet.

Se le administra gramo y medio de estreptomicina en las veinticuatro horas repartido en 6 inyecciones intramusculares, a más de tónicos cardíacos, calcio, vitaminas, etc.

A los seis días de comenzar el dicho tratamiento la temperatura era subfebril, y a los doce días había desaparecido, así como el cuadro tóxico, la disnea y la taquiarritmia. Se le disminuye la dosis a un gramo, con el que se continúa durante veinte días más, o sea, hasta un total de 38 gr., los que toleró perfectamente, excepto la presencia de fenómenos alérgicos de tipo urticario, que cedieron dócilmente al benadryl.

En este momento, a los cuarenta y dos días del comienzo de su enfermedad, es nuevamente explorada radiológicamente, apreciándose una sombra cardíaca de tamaño normal, y la desaparición del derrame pleural, quedando únicamente como reliquia una ligera pleuritis residual del seno costodiaphragmático izquierdo. A la auscultación no se percibe roce pericárdico.

Se la recomiendan tres meses de cura de reposo, que al cabo de los cuales, y ya totalmente repuesta, comienza una vida normal, con ligeras restricciones.

El segundo enfermo se trataba de un joven de dieciocho años de edad, de constitución asténica, desnutrido; practicando deporte en exceso. Antecedentes familiares y personales, negativos en cuanto a tuberculosis se refiere, no reumatismo ni procesos sospechosos de ello en la infancia.

Es visto por uno de nosotros con motivo de la pre-

sentación de un cuadro febril, con disnea pronunciada en decúbito y al esfuerzo, acompañado de pérdida de peso, astenia y dolores precordiales, que se acentúan con el ejercicio.

La exploración clínica es de lo más demostrativa: taquicardia intensa, hipotensión arterial, falta del latido de la punta, notable aumento de la matidez cardíaca y submatidez en plano posterior a nivel de punta escapular izquierda (signo de Ewart y Pins).

Ello nos sugiere el diagnóstico de pericarditis aguda con derrame, que más tarde se comprueba en la pantalla radioscópica por una imagen "en queso de bola", en la que no se aprecian latidos. Una intumescencia manifiesta del ganglio paratraqueal derecho nos inclina a suponer la etiología tuberculosa de su pericarditis.

La abundancia del derrame y su disnea nos hace pensar en la conveniencia de una punción evacuadora, la que, sin embargo, ha de ser pospuesta por la lejanía del domicilio del paciente. En vista de ello se le aconseja un tratamiento con estreptomicina, guardándonos la punción para el caso de que la mejoría no se produzca rápidamente. Debido a que el cuadro tóxico no es acentuado, se inyecta un gramo diario por vía intramuscular, repartido en cuatro dosis. Por dificultades de tipo económico sólo fué posible la aplicación de 20 gr. en total.

Al mes de comenzado el tratamiento es visto nuevamente, apreciándose una sorprendente mejoría del estado general, desaparición total del cuadro subjetivo disneico, y en radioscopia, normalización de la sombra cardíaca, sin que se visualicen adherencias residuales.

Las noticias que después de cuatro meses tenemos de él no pueden ser más halagüeñas, ya que ha comenzado a efectuar una vida de limitado trabajo.

Como ha podido apreciarse por las referidas historias clínicas, el éxito logrado en nuestros enfermos por el tratamiento estreptomicínico ha sido completo, lo que nos exime de prolongados comentarios, ya que la clínica es el mejor juez y ella nos lo demuestra claramente. Es interesante, sin embargo, señalar la extrañeza que nos ha producido ver cómo multitud de pacientes similares a los nuestros son privados de tan maravilloso remedio.

Ya señalamos antes la escasez de citas que a este respecto se encuentran en la bibliografía por nosotros revisada; todas ellas optimistas en cuanto a la acción del antibiótico se refiere, si exceptuamos los casos aportados por el Consejo de Farmacia y Química ya indicados, y de cuyo estudio no pueden emitir juicio definitivo, esperando para hacerlo a una más dilatada experiencia.

La frecuencia y gravedad de la pericarditis aguda tuberculosa nos obliga a levantar la voz y unirla a la de aquellos que cuentan las excepciones de la estreptomicinoterapia en esta afección. No nos hallamos ante una enfermedad leve, contra la cual contaremos con drogas curativas, sino ante una grave afección, la más de las veces mortal y las menos invalizante, frente a la que nos encontramos sin remedio alguno de eficacia demostrada; por eso creemos justo ensalzar la única terapéutica etiológica de comprobado valor, manejable hasta el presente.

La acción de la estreptomicina en la pericarditis aguda tuberculosa no sólo es brillante, sino que es selectiva; y así hemos visto en nuestro segundo enfermo remitir con más celeridad la localización pericárdica que la adenopatía,

cumpliéndose en esta serosa lo ya conocido para la pleural y peritoneal.

Es de señalar que en el caso de MEREDITH hubo también una regresión más rápida de la pericarditis que de las lesiones demostradas en otros órganos.

Es llamativa la poca cantidad de estreptomicina que fué necesaria para curar a nuestros enfermos, hecho de gran interés, ya que así se evitan los costosos tratamientos prolongados y nos demuestra aún más la poderosa acción que sobre este proceso posee el antibiótico.

Respecto a la vía de aplicación, consideramos la intramuscular como la más cómoda y conveniente, si bien creemos de interés asociar la intrapericárdica como tiempo final de una punción evacuadora cuando ésta es aconsejada por los fenómenos compresivos.

No es nuestra intención proscribir de la terapéutica de la pericarditis aguda tuberculosa todo tratamiento que no sea el antibiótico; antes bien, creemos que la medicación tónico-general y la evacuación del derrame deberán seguir ocupando un lugar importante en el tratamiento de esta clase de enfermos; pero no ya como métodos de elección, sino como mero coadyuvante el primero y circunstancial el segundo, recayendo siempre la máxima responsabilidad terapéutica sobre la estreptomicina.

CONCLUSIONES.

Primera. La estreptomicina es el tratamiento de elección de las pericarditis agudas tuberculosas.

Segunda. La dosis total de producto necesaria para la curación del proceso es muy inferior a la utilizada en el tratamiento de otras localizaciones del bacilo.

Tercera. Consideramos la vía intramuscular intermitente como la más conveniente.

Cuarta. Creemos interesante asociar la vía intrapericárdica siempre que los fenómenos compresivos obliguen a efectuar una punción evacuatoria.

en lo que se refiere a esta enfermedad febril va a permitirme unas consideraciones, basadas en el tratamiento de casos con tres arsenicales españoles: Neo Faes, Arsenóxido Faes y Clorarsina Faes.

Entiéndase bien que voy a referirme exclusivamente a la F. R. española, transmitida por garrafas, no a la cosmopolita, transmitida por piojos.

Todos mis casos, diagnosticados por gota gruesa, poseen el antecedente de la picadura de la garrafa del cerdo o *Ornithodoros erraticus*. El que el espiroqueta de Obermayer ceda al tratamiento arsenical, tanto experimental como clínicamente, hizo que se tratases todos los casos de espiroquetosis española con arsénico, creyendo a priori en su eficacia. Todos los clínicos hemos tratado esta dolencia de un modo rutinario, creyendo como artículo de fe que el Neo era específicamente curativo. La indole recurrente del proceso, el tener que tratar a los enfermos de un modo ambulatorio y el hecho de las remisiones espontáneas, ha impedido un estudio detenido del curso y, por consecuencia, el poder formar un criterio ajustado a la realidad clínica. Escéptico después de un sin número de fracasos en cuanto a la eficacia del Neosalvarsán, en cuanto apareció en el mercado el nuevo preparado arsenóxido traté con él una serie de casos, ensayando a continuación de modo análogo la clorarsina.

Antes de exponer mis resultados, intentaremos ponerlos de acuerdo respecto al término curabilidad. La mayoría de los autores guían su criterio terapéutico por el curso de la fiebre y por la presencia de los espiroquetas en sangre periférica, desdenando el resto de la sintomatología. Aunque la fiebre y la presencia de espiroquetas en sangre sean dos síntomas esenciales, presenta esta enfermedad tal número de ellos, tanto clínicos como de laboratorio, asociados a la fiebre, que entre tanto no desaparezcan todos durante un tiempo prudencial, dada la recurrencia del cuadro clínico no puede hablarse de verdadera curabilidad. Clínicamente son corrientes las afecciones de tipo ocular (iritis) y las del sistema nervioso (parálisis faciales), y, precisamente en un período tardío de la fiebre, o cuando se han despedido ya los accesos febriles. Curabilidad hay que entenderla como esterilidad. El estudio de la sintomatología secundaria (cefalea, molestias gástricas, insomnio, reflejo palmomenoniano) y las pruebas de laboratorio (velocidad de sedimentación aumentada, linfocitosis con monocitosis) unido al curso, son los datos que en clínica debemos apoyarnos para valorar la eficacia curativa de los agentes quimioterápicos.

El Neo es el arsenical clásico y el de más uso en la F. R. Las dosis que hemos manejado han sido en general débiles; asusta poner como primera dosis 0,75 gr. a un enfermo que no sabemos cómo va a reaccionar al recibir esta cantidad de arsénico. Con frecuencia, los accesos de

LOS ARSENICALES EN EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE RECURRENTE ESPAÑOLA

E. DÍAZ FERRÓN

¿Es realmente el arsénico un remedio específico de la espiroquetosis que produce la fiebre recurrente española? ¿Aparte de su eficacia terapéutica, es el arsénico capaz de producir al enfermo efectos nocivos independientes de la enfermedad? Creo haber encerrado en estas dos preguntas el candente problema terapéutico de esta variedad de F. R. Mi dilatada experiencia