

dition has failed, as well as in all cases of thyrotoxic heart disease.

Dosage of radioactive iodine should be based on the principle "small doses at weekly intervals" with which no untoward effects (such as bone marrow inhibition, radiation sequelae, thyroiditis, etc.) will be observed.

The writers treated eight patients. Remarkably favourable results were attained in two cases and moderate improvement in other two.

Since the number of cases under review was rather limited it would be rash to estimate the percentage of cases of improvement or failure; the writers hope to present a larger number of cases in subsequent publications which will enable them to ponder on first-hand evidence the actual value of radioiodine in the treatment of severe cardiac insufficiency.

ZUSAMMENFASSUNG

Die chirurgische Schilddrüsenentfernung bei dekompensierter Herzinsuffizienz kann durch die Therapie mit radioaktivem Jod ersetzt werden.

Wir glauben, dass diese Therapie unbedingt angezeigt ist bei Kranken mit dekompensierter Herzinsuffizienz, Euthyreoidia, bei welchen die klassische Behandlung versagt hat, sowie auch in allen Fällen von thyreotoxischem Herzleiden.

Es ist angezeigt bei der Dosierung mit radioaktivem Jod der Regel von "kleinen Gaben die wöchentlich wiederholt werden" zu folgen, wodurch das Auftreten von schädlichen Anzeichen, wie Depression des Knochenmarks, Folgeerscheinungen der Strahlung, Thyroiditis, usw. verhütet wird.

In zwei Fällen unter unseren 8 Patienten erzielten wir richtiggehende günstige Ergebnisse und in zwei anderen eine leichte Besserung.

Angesichts der geringen Anzahl der Fälle erscheint es uns noch verfrüht die Besserung oder den Misserfolg in Prozenten auszuwerten, hoffen aber in weiteren Artikeln eine grössere Kasuistik aufweisen zu können, welche uns dann auch erlaubt den endgültigen Wert des radioaktiven Jods in der Behandlung der schweren Herzinsuffizienz zu erwägen.

RÉSUMÉ

La thérapeutique de l'insuffisance cardiaque décompensée au moyen du yode radioactif vient remplacer celle de la thyroïdectomie chirurgicale.

Nous croyons qu'elle a une indication absolue chez les malades souffrant insuffisance cardiaque décompensée, euthyroïdiens où le traitement classique de l'insuffisance a échoué, ainsi que dans tous les cas de cardiopathie thyroïdique.

Le dosage du yode radioactif doit se faire suivant la ligne de conduite des "petites doses, répétées chaque semaine", avec lesquelles nous n'obtiendrons pas de signes nocifs, comme dépression de la moëlle osseuse, séquelles de radiation, thyroïdite, etc.

De nos 8 malades, on obtint des résultats franchement favorables chez deux, et discrète amélioration dans deux autres.

Etant donné le nombre réduit des cas étudiés nous ne croyons pas indiqué évaluer le pourcentage d'amélioration ou échec; nous pensons pouvoir présenter une casuistique plus élevée dans de successives publications qui nous permettront de considérer personnellement la valeur que peut avoir en définitif le radioyode dans le traitement de l'insuffisance cardiaque grave.

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA MENINGITIS TUBERCULOSA CON LA ASOCIACION DE LAS HORMONAS ESTEROIDES A LA MEDICACION ESPECIFICA

P. A. BUYLLA y J. A. LLAVONA.

Hospital Provincial de Oviedo.
Clínica Médica del Doctor ALVAREZ BUYLLA.

El haber estudiado 14 enfermos de meningitis tuberculosa tratados con ambas medicaciones, y siendo poco conocido este proceder de evidente valor coadyuvante, y existiendo escasas publicaciones sobre este asunto, nos animó a dar a conocer los resultados obtenidos y puntualizar sus indicaciones y modo de administración.

De toda la patología infecciosa, tan totalmente renovada por los cada día más numerosos y eficaces antibióticos, es sin duda la tuberculosis, y en particular su localización meníngea, lo más discutido en cuanto a pautas terapéuticas a seguir. Tras el descubrimiento y aplicación clínica de la estreptomicina, hay un acuerdo general, inicial, sobre la necesidad de uso de este antibiótico por vía intramuscular e intratraquídea simultáneamente en el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa; pero con el advenimiento de las hidrazidas, pronto, ante los magníficos resultados obtenidos, hubo autores que consideran suficiente el uso de la estreptomicina por vía intramuscular y hasta quien prescinde totalmente de ello, lográndose así un elevado porcentaje de curaciones.

Podríamos resumir las tendencias existentes en estos grupos: Uso de la estreptomicina intramuscular e intratecal con hidrazida. Uso de

la estreptomicina intramuscular más la hidrazida; y Uso de la hidrazida solamente, si bien por vía bucal o asociada a la intrarraquídea; o como hicieron algunos autores, RAVINA entre ellos, por vía rectal, o asociándola al FAS; aprovechando al citar este medicamento indicar las dificultades prácticas que encierra su aplicación por la vía venosa, que evidentemente es la más activa.

Los partidarios de la exclusión terapéutica de la vía raquídea aducen las molestias que suponen las repetidas punciones lumbares y la irritación meníngea consecutiva a la introducción de la estreptomicina en las meninges.

Para muchos autores el uso de la estreptomicina intratecal se reservaría para los casos de evolución poco favorable, pero nosotros creemos, fundándonos en la experiencia adquirida habiendo tratado cerca de 200 meningitis tuberculosas, que en una afección como ésta, en la que tanta trascendencia tiene el comenzar pronto e intensamente el tratamiento, no debe de suprimirse, por lo menos, en los dos primeros meses.

A poco de entrar en el uso clínico las hormonas esteroides (Cortisona y ACTH), rápidamente se apuntó un puesto entre las contraindicaciones de su aplicación, la existencia de procesos tuberculosos latentes o activos, al observarse casos de graves reactivaciones.

A pesar de ello, KINSELL, en 1951, aporta la primera sugerencia de su aplicación en las tuberculosis de las serosas pleural y peritoneal de evolución aguda.

BULKELEY indica, dos años más tarde, que para prevenir la formación de exudados y el desarrollo de endarteritis bacilares, causa de la mayoría de los fracasos terapéuticos en las meningitis tuberculosas, y de las graves secuelas de aracnoiditis y bloqueos, es conveniente la aplicación de las hormonas esteroides, particularmente de ACTH, en dosis moderadas de 25 a 100 mg. durante ocho a diez días, no habiendo observado diseminaciones ni reactivaciones en los 31 casos por él tratados.

En 1954, LINQUETE, GOUDMAND y WAROT dan cuenta de la eficacia de las hormonas esteroides en las inflamaciones con gran exudación, y aunque no olvidan la posibilidad de exaltación de procesos tuberculosos, creen indicado su prudente uso en muchos casos.

Ya en el año actual, son varios los autores que publican su experiencia sobre el uso de estas hormonas en procesos fírmicos y concretamente en las meningitis. ASHBY y GRANT hacen referencia a 12 casos, seis tratados con dosis de 100 a 300 mg. de cortisona y después con ACTH, que cursan sin secuelas, mientras que los otros seis, tratados sin esteroides, uno fallece y cuatro curan defectuosamente.

EVEN y SORS, habiendo comprobado su utilidad en otras inflamaciones serosas, emplean en un caso de meningitis tuberculosa reciente, apa-

recida en el curso de un miliar en tratamiento con antibióticos que entra rápidamente en fase comatosa, 10 mg. de ACTH en perfusión con suero glucosado y heparina; a los ocho días se normaliza el cuadro clínico y los valores del líquor, opinando que debe emplearse precozmente sin esperar a que aparezcan complicaciones, concluyendo opinando que no es frecuente la acción desfavorable de estas hormonas sobre la evolución de los procesos tuberculosos bajo la cobertura de antibióticos.

Tienen gran interés las opiniones de TURIAF y PARAF, pues coinciden en la bonanza de esta asociación medicamentosa en el tratamiento de la meningitis tuberculosa.

DE LAVERGNE y cols. presentan 18 casos de meningitis tuberculosa tratados con cortisona con resultados terapéuticos muy interesantes y sin ninguna agravación de lesiones extrameninginas.

También interesa la comunicación de DEPARIS y SARRAZIN, en la que exponen el resultado de dos casos tratados con ACTH, en la que califican de espectacular el resultado.

En 1954 propone LUCHERINI el uso de la hidrocortisona intrarráquídea en procesos dolorosos reumáticos y nerviosos (ciáticas, lumbagos, neuralgias diversas), y aunque obtiene excelentes resultados antiálgicos, lo que en este momento nos interesa resaltar es su perfecta tolerancia por vía intratecal.

En julio de este año, y basados en la experiencia antes citada de LUCHERINI, BOUDIN, BARBIZET, GUIHARD y CLOP, publicaron los resultados obtenidos en 10 casos, en los que practicaron un total de 120 punciones lumbares, con inyección de hidrocortisona, sin ningún contratiempo. De ellos, tres son pacientes de meningitis tuberculosa, uno con un grave cuadro con paraplejia, incontinencia de esfínteres y bloqueo, con 5 gr. de albúmina en el líquor. Inyectan la hormona en días alternos, comenzando por 2 mg. y aumentando progresivamente hasta 15; al cabo de 20 punciones desciende la albúmina a 0,35, y las células, de 300 a 18, desapareciendo el bloqueo a partir de la tercera administración de hidrocortisona intrarráquídea. En las otras dos observaciones menos graves, también apreciaron un marcado descenso de la hiperálbuminorraquia. Concluyen señalando la gran utilidad y tolerancia de la hidrocortisona intratecal y apuntan su posible aplicación en todos los procesos que como el Guillain-Barré, cursan con gran hiperálbuminorraquia.

Nuestra experiencia se refiere a 14 casos de meningitis, en los que se han hecho uno o varios tratamientos por períodos nunca superiores a diez días consecutivos con ACTH intramuscular retardado o hidrocortisona intrarráquídea.

Para ser breves, solamente publicamos las historias más significativas de la mejoría obtenida con el tratamiento hormonal.

Caso II. Belarmino M., de veinticuatro años, ingresa el 4 de enero, habiendo comenzado su proceso quince días antes con fiebre, cefaleas, rigidez, vómitos, etc.; el primer análisis da el siguiente resultado: Células, 192; albúmina, 1,66, etc. Se le hace el tratamiento de estreptomicina e hidrazida y a los diecisiete días aparece parálisis de recto externo. En la punción de ese día, en que se puede comprobar un b'oqueo, el líquido contiene 2,25 de albúmina; ante esta desfavorable evolución decidimos administrarle 150 mg. diarios de hidrocortisona durante ocho días; al día siguiente de esta serie, la punción nos da un líquido que sale bien y contiene 1,10 de albúmina, la parálisis de recto externo es menos acusada y sigue el tratamiento de fondo (estreptomicina más hidrazida); poco a poco el cuadro empeora y el 2 de marzo se extrae muy poco líquido, que da 2,65 gramos de albúmina; se instaura entonces un tratamiento con ACTH a dosis de 50 mg., en dos dosis diarias, junto con un preparado de penicilina-estreptomicina; se le dan en total 400 mg., con lo que la mejoría es notable en todos los aspectos, bajando a 0,95 la tasa de albúmina. En mayo, nuevo empeoramiento clínico y biológico y nueva tanda de ACTH durante ocho días; también esta vez la mejoría fué sensible y se acucentuando hasta la curación aparente, encontrándose bien en la actualidad.

Caso III. Pilar R., de veintiún años, ingresa el 2 de febrero con un cuadro meníngeo de diez días de evolución, ligera obnubilación y paresia de músculos oculares extrínsecos. Se le hace el tratamiento habitual de fondo y el cuadro, aparte la efervescencia que se logra la primera semana, se estabiliza a los tres meses y los valores del líquor son sensiblemente los mismos que al ingreso; decidimos tratarla con ACTH, 50 mg., ocho días, y esto basta para la desaparición de todo rastro clínico y biológico de meningitis, por lo que con una cura de sólo hidrazida le autorizamos a volver a su casa. En junio le hemos hecho dos punciones de control con análisis de un líquido totalmente normal.

Caso IV. Evangelina F., de once años, ingresa el 2 de marzo con un cuadro meníngeo de doce días de duración y fiebre por encima de 40°. Con el tratamiento habitual regresa totalmente el cuadro clínico en la segunda semana; a los dos meses la niña está aparentemente curada y los valores del líquor son los de un caso de buena evolución: 77 células y 0,49 de albúmina; pero a mediados de mayo tiene una evidente recaída, llegando a 160 células y 1 gr. de albúmina; nuevamente se logra la mejoría forzando un poco la dosis de hidrazida: 700 mg. Se le autoriza entonces a irse a su casa para seguir el tratamiento, pero a los nueve días reingresa con una nueva onda febril; se le hace entonces una cura de ACTH de sólo cuatro días, con lo que si bien desaparece la fiebre y demás sintomatología clínica, los resultados del líquido son ligeramente desfavorables. Entonces se le administra hidrocortisona intrarráquídea, dos veces por semana, y con cuatro basta para normalizar la biología liquoral, si bien notamos una ligera tendencia a la hidrocefalia, que desapareció con tres punciones descompresivas. En la actualidad, tomando sólo hidrazida, lleva más de un mes en buen estado.

Caso VII. Manuel D., de veinte años, ingresa el 21 de abril en estado comatoso después de veinte días de enfermedad y con 2,50 de albúmina en líquido cefalorraquídeo; al décimo día, no habiéndose obtenido apenas mejoría, se añade ACTH al tratamiento habitual, 50 mg., ocho días, con lo que no mejora más que discretamente, mejoría que se mantiene durante el mes de mayo; pero en junio, nueva recaída, por lo que se le repite el ACTH en la misma forma, con lo que al terminarlo, aparte del excelente estado general, tiene sólo 0,58 de albúmina y 44 células; al mes de esto, y ante un nuevo desfavorable resultado del análisis liquoral, se le da un tercer tratamiento con ACTH de diez días de duración, sin que logremos más que una discreta mejoría, por lo que se le sigue de administración de

hidrocortisona intrarráquídea, 6 mg., dos veces por semana; a la cuarta punción la albuminorraquia baja de 1,10 a 0,48; recientemente, a finales de octubre, nuevo retroceso biológico con una segunda tanda de hidrocortisona intrarráquídea, a dosis de 12 mg., dos por semana: baja de 0,62 a 0,16 la albuminorraquia.

Caso XI. Alvarina R., de veintiséis años, ingresa el 24 de septiembre después de llevar enferma más de dos semanas con 170 células y 1,40 de albúmina. Al quinto día de hospitalización, y en período comatoso, se le instaura tratamiento con ACTH, 25 mg., ocho días, con lo que la mejoría es extraordinaria; pero después comienza de nuevo el cuadro a retroceder hasta llegar a tener el 26 de octubre 2,10 de albúmina y 260 células. Se comienza con hidrocortisona intrarráquídea a la dosis de 12 mg., dos veces por semana, y después de la cuarta inyección la albúmina había descendido a 0,60 y a 108 las células. Se continúa con el tratamiento.

CONCLUSIONES.

Perfecta tolerancia de las hormonas esteroides por vía bucal la cortisona y por vía intramuscular el ACTH retardado, administrando 150 mg. de cortisona en las veinticuatro horas en cuatro dosis de 33 mg. durante diez días, repitiendo después de otros tantos días de descanso hasta la modificación de los análisis del líquido cefalorraquídeo, tanto en la cantidad de albúmina como en el número de células y de las globulinas, continuando como es natural con el tratamiento de fondo con estreptomicina e hidrazidas por vía intramuscular y bucal, respectivamente. Cincuenta miligramos diarios de ACTH en una sola inyección de un preparado retardado durante el mismo tiempo.

No hemos observado reactivación de focos tuberculosos ni signos de intolerancia.

Para la hidrocortisona intrarráquídea, perfectamente tolerada, no excedemos la dosis de 12 mg. en días alternos o dos veces a la semana, según la gravedad del caso.

Creemos muy indicado el uso del ACTH en aquellos casos de comienzo grave o en los tratados tardíamente, y en los que tras dos meses del tratamiento que pudieramos llamar clásico no siguen una buena evolución.

La hidrocortisona intrarráquídea en los enfermos que presentan alta hiperalbuminorraquia o tendencia al bloqueo y que no se resuelven con el ACTH.

Aunque limitamos a estos casos las indicaciones obligadas, no nos parece desacertado el consejo de EVEN y SORS de su aplicación en todas las formas, aun en las recientes.

Con respecto al modo de acción, aparte del poder anti-inflamatorio inespecífico por todos admitido, LURIE ha comprobado las profundas modificaciones que sobre el factor terreno ejerce la hormona córticosuprarrenal, señalando que si bien facilita la fijación del bacilo de Koch sobre el árbol respiratorio de los animales de experimentación, también aumenta la resistencia de los mismos al ulterior progreso de la enfermedad, apoyando esta suposición la reciente observación de ETIENNE BERNARD del aumento de la reacción tuberculínica en los tuberculosos

tratados con hormonas esteroides a la par de la medicación específica.

RESUMEN.

Se exponen los resultados obtenidos en 14 casos de meningitis tuberculosa con la asociación de hidrocortisona o ACTH a la medicación específica. Estos fueron buenos, sin que se observaran reactivación de focos tuberculosos ni signos de intolerancia.

BIBLIOGRAFIA

- ASHBY y GRANT.—Lancet, 1, 65, 1955.
 BARRE, DANIGAL y RICHIER.—Rev. de la Tub., 6, 698, 1955.
 BOUDIN, BARBIZET, GUIHARD y CLOP.—B. M. S. M. H. P., 262, 817, 1955.
 BULKELEY.—Brit. Med. Jour., 4, 846, 1, 127, 1953.
 DEPARIS y SARAZIN.—B. M. S. M. H. P., 11, 414, 1955.
 EVEN y SORS.—Rev. de la Tub., 19, 171, 1955 y B. M. S. M. H. J., 9, 325, 1955.
 LINQUETE, GOUDEMAND y WAROT.—Presse Méd., 4, 168, 1954.

SUMMARY

The results attained in the treatment of tuberculous meningitis with association of hydro-

cortisone or ACTH and specific drugs are given. Such results were good. No reactivation of tuberculous foci or signs of intolerance were detected.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die Ergebnisse in 14 Fällen von tuberkulöser Gehirnhautentzündung mit kombinierter Behandlung von Hydrocortison oder ACTH und dem spezifischen Heilverfahren beschrieben. Die Ergebnisse waren zufriedenstellend und es wurde weder eine Reaktivierung, noch Anzeichen von Unverträglichkeit beobachtet.

RÉSUMÉ

Exposition des résultats obtenus chez 14 malades de méningite tuberculeuse, avec l'association d'hydrocortisone ou ACTH à la médication spécifique. Ces résultats furent bons sans qu'on observa la réactivation de foyers tuberculeux ni des signes d'intolérance.

CONCEPTO PERSONAL DEL DOLOR

C. ARANGÜENA GARCÍA - INÉS.

Cirujano del Hospital de Barrantes.
 Burgos.

He expuesto en los anteriores trabajos (*) varios problemas que no tienen explicación posible con ninguna de las teorías conocidas sobre la fisiopatología del dolor. He analizado en ellos: 1.º El fenómeno de Lemaire con novocaína. 2.º El fenómeno de Lemaire con sustancias no anestésicas. 3.º Relaciones del dolor con los estados emocionales. 4.º El fenómeno de Consten. 5.º La maniobra de prueba de Abelló. 6.º La M. A. P. A., de SAMMARTINO; y 7.º El reflejo de la pirámide anal (E. R. P. A.).

Con todos estos métodos y reflejos se consigue la supresión o modificación del dolor con medios que no afectan a la integridad de las vías nerviosas. Por ello, se llega a la siguiente conclusión: *Con distintas maniobras y medios terapéuticos que aparentemente no guardan entre sí ninguna relación, es posible lograr una modificación o supresión del dolor sin afectar a la integridad de las vías nerviosas ni anestesiárlas.*

El deseo de buscar una explicación a estos fenómenos me ha llevado a un concepto personal de la fisiopatología del dolor y de su terapéutica que, en parte, ha sido expuesto en anteriores trabajos.

Dicha concepción es compleja, comprendiendo cuatro puntos fundamentales:

- Formación de uno o varios focos de excitación en el sistema nervioso.
- Concepto terapéutico de la irritación.
- Los fenómenos de inhibición.
- Estimulación diencéfalo-hipofisaria.

El desarrollo de estos cuatro conceptos permite una explicación bastante lógica del dolor referido, del fenómeno de Lemaire, de la M. A. P. A. y del E. R. P. A.

A) FORMACIÓN DE UNO O VARIOS FOCOS DE EXCITACIÓN EN EL SISTEMA NERVIOSO.

El problema que abordo en este momento es de una gran complejidad. Se trata de exponer un concepto fisiopatológico que intenta aclarar no sólo los puntos oscuros del dolor visceral y del dolor proyectado, sino también que permite una explicación de los fenómenos de modificación o supresión del dolor más arriba citados.

Comprendo que soy el más modesto de los cirujanos españoles, que mi concepto tiene que tener errores; pero me anima a escribir este trabajo la ilusión de que pueda tener alguna idea interesante, que proyecte un poco de luz sobre la oscura fisiopatología del dolor, sobre todo del visceral, que, como dice LERICHE, "... existe un problema, el del dolor visceral, que actualmente se cree resuelto, pero que no lo está; las soluciones que se le han dado no se sostienen ante un análisis crítico y todas ellas me parecen susceptibles de revisión".

Ante los fenómenos más arriba estudiados, he vuelto a considerar los trabajos de Ross, STUR-

(*) REV. CLÍN. ESP. 15 mayo, 15 septiembre, 31 octubre y 15 diciembre de 1955.