

Likewise it is not found possible to establish a prognostic criterion.

Nor is it possible to arrive at an exact diagnosis of this type of peripheral tumour unless thoracotomy is performed.

ZUSAMMENFASSUNG

Es handelt sich um den ersten Fall in Spanien von einem peripherischen bronchial Adenom. Es werden die klinischen und hystologischen Merkmale beschrieben, sowie auf die Tatsache der potenziell bösartigen Tendenz des Ablaufes, wie in diesem Falle, hingewiesen. Gegenwärtig ist es unmöglich genaue Kennzeichen für die Klassifizierung dieser Geschwülste aufzustellen.

Gleicherweise ist es auch unmöglich ein Kriterium für die Prognose zu bestimmen.

Die Art von peripherischer Geschwulst kann vor der Thorakotomie nicht diagnostiziert werden.

RÉSUMÉ

Il s'agit du premier cas espagnol d'adénome bronchial périphérique. On relève les caractéristiques spéciales et histologiques et la tendance évolutive maligne potentielle, qui peut se généraliser, comme dans le cas qui nous occupe. On considère, encore aujourd'hui impossible de pouvoir établir une idée exacte pour le classement de ces tumeurs.

On considère également impossible de fixer un jugement pronostique, et impossible, de même, d'arriver à un diagnostic exact avant de faire la thoracotomie dans ce genre de tumeur périphérique.

TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON PREDNISOLONA

MANUEL LOSADA L. y OKE FRANCE S.

Departamento de Reumatología de la Cátedra E de Medicina de la Universidad de Chile y del Servicio de Medicina del Hospital del Salvador de Santiago.

Prof. Dr. R. HERNÁN ALESSANDRI.

La prednisolona, cuya fórmula química es Delta 1,4 pregnadiona-11 beta, 17 alfa 21 triol-3-20 diona, es un derivado de la hidrocortisona (delta 1 dehidro-hidrocortisona) por doble ligadura entre el C₁ y el C₂ del primer hexágono (figura 1). La modificación de la estructura química confiere a este cuerpo propiedades nuevas, que consisten fundamentalmente en: aumento de las actividades anti-inflamatorias y glucocor-

ticoide, disminución de la acción sobre el sistema linfático y de las perturbaciones electrolíticas. Estos hechos se han comprobado experimentalmente y han sido puestos en evidencia también en la investigación clínica.

MATERIAL Y METODO

El presente trabajo se basa en la experiencia adquirida en el tratamiento con prednisolona (1) de ocho casos de artritis reumatoide, con evidente actividad clínica y de laboratorio.

Las enfermas tenían una edad que fluctuó entre veinticuatro y cincuenta y nueve años; la duración del proceso varió entre un mes y veinte años. En cuanto a la etapa, tres correspondían al grado II y cinco al III de la clasificación de la American Rheumatism Association. La capacidad funcional en uno era de grado 2; en seis, de grado tres, y en uno, de tres a cuatro. La sedimentación globular estaba elevada en todas, fluctuando entre 19 y 130 mm. por minuto.

Las pacientes fueron hospitalizadas para su mejor observación; recibieron régimen alimenticio normal, sin restricción de sal y con ingestión libre de líquidos, conteniendo alrededor de 12 gramos de Na Cl (204 mEq. de Na, 204 mEq. de Cl) y 3 a 4 gramos de K (39 a 52 mEq. de K).

Antes de iniciar el tratamiento se efectuaron los siguientes exámenes: radioscopia de tórax, radiografías articulares, electrocardiograma, orina, hemograma, sedimentación, recuento de eosinófilos, glucemia, colesterolemia, electrolitos en la sangre y en la orina.

Desde la iniciación de la terapia las enfermas fueron controladas diariamente, desde el punto de vista clínico y en forma sistemática, en lo referente a exámenes de laboratorio.

Dosis.

La prednisolona se administró cada seis horas. Las dosis iniciales fueron las siguientes: 30 miligramos en cuatro enfermas; 25 miligramos en una; 20 miligramos en dos, y 15 miligramos en una. Estas dosis se fueron bajando paulatinamente, en plazos variables de tres a quince días, para llegar a la dosis de mantención, que fué de 20 miligramos en una paciente, de 15 miligramos en tres, y de 10 miligramos en cuatro.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO.

Por disponer de escasa cantidad de droga, nuestros tratamientos fueron cortos, de quince a veintiocho días, con un promedio de 21,1 días. En tiempo tan breve hemos podido estudiar solamente la efectividad del medicamento, su tolerancia y efectos secundarios iniciales.

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO.

Los analizaremos desde el punto de vista clínico y de laboratorio.

I. ASPECTOS CLÍNICOS.

1. *Fiebre*.—En cinco enfermas que presentaban fiebre de 37,2 a 37,5, ésta desapareció a las veinticuatro horas. Dos enfermas afebriles, evidenciaron febrículas de 37,2 a 37,4 durante algunos períodos del tratamiento.

(1) Hemos empleado el producto bajo la denominación comercial de "Meticortelona", que la Schering Corporation puso gentilmente a nuestra disposición.

2. *Manifestaciones articulares.*—En las ocho enfermas el dolor, el aumento de volumen y la impotencia funcional se influenciaron favorablemente desde las veinticuatro horas de iniciado el tratamiento.

5. *Presión arterial.*—En cuatro enfermas no experimentó variaciones; en dos hubo elevación transitoria de 22 mm para la máxima; en dos, de 25 mm., y en una, descenso de 40 mm.

EFFECTOS SECUNDARIOS.

1. *Transpiración.*—Se observó en todas las enfermas; en dos fué muy intensa; en 5, de regular cuantía, y en una, de carácter discreto.

2. *Euforia.*—Todos los casos evidenciaron sensación de bienestar y optimismo; siete de ellos con euforia (seis, moderada, y uno, acentuada).

3. *Aumento de apetito.*—Se presentó en seis: moderado en cuatro; intenso en dos.

4. *Insomnio.*—En cinco enfermas; acentuado en dos, moderado en tres.

5. *Astenia.*—En dos, moderada, y en una, leve.

6. *Molestias digestivas.*—Se observaron en tres casos, de los cuales en dos, leves (un ardor epigástrico y un dolor epigástrico fugaz), y una colitis de veinticuatro horas de duración (ano-rectosigmoiditis catarral).

7. *Redondeamiento facial.*—Se presentó con carácter discreto en dos enfermas.

8. *Nerviosidad.*—En un caso, con carácter acentuado, en el período de dosis altas.

9. *Cefalea.*—Se observó en una enferma con carácter discreto.

10. *Dolores musculares.*—En dos enfermas, con carácter discreto.

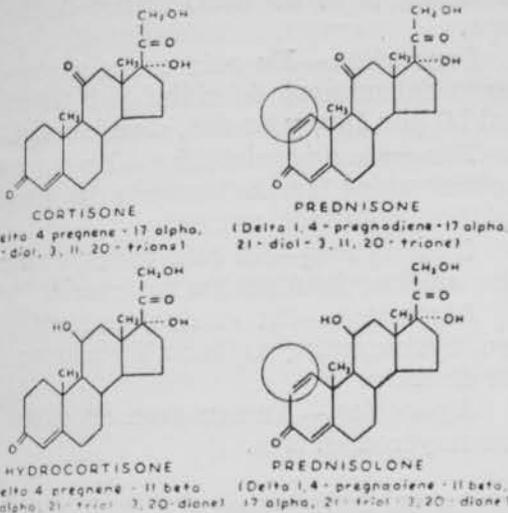


Fig. 1.—Estructura química de la Prednisona y la Prednisolona.

3. *Peso.*—En seis enfermas no experimentó variaciones; en dos hubo ligero aumento de 1,5 a 2,2 kilogramos.

4. *Diuresis.*—En todos los casos se observó aumento de la cantidad de orina: en dos, del 300 por 100; en dos, del 250 por 100; en dos, del 50 por 100; en uno, del 75 por 100, y en uno, del 30 por 100.

TRATAMIENTO CON PREDNISOLONA (C.R.)

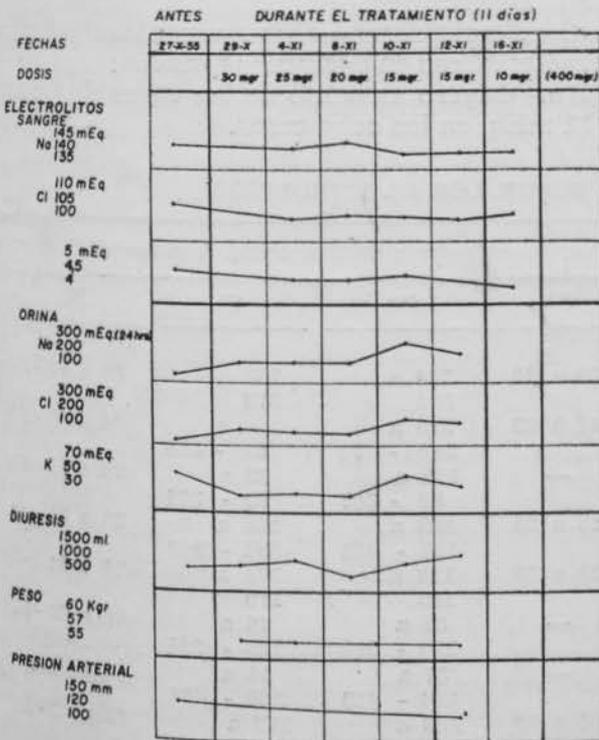


Fig. 2.—Efectos del tratamiento en la enferma C. R.

TRATAMIENTO CON PREDNISOLONA (R.L.C.)

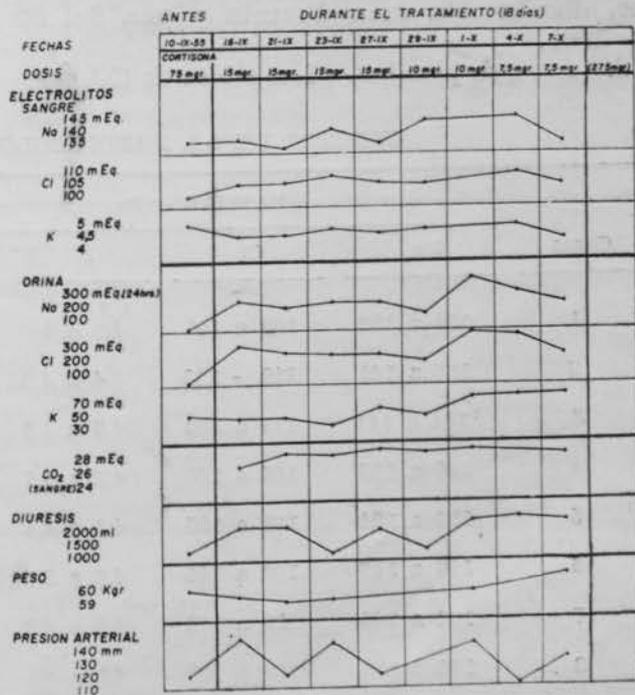


Fig. 3.—Efectos del tratamiento en la enferma R. L. C.

II. ASPECTOS DE LABORATORIO.

Las principales alteraciones que observamos fueron las siguientes:

1. *Sedimentación globular.*—En dos enfermas se normalizó; en cuatro bajó a cifras de 15 o menos; en una bajó francamente (130 a 38), y en una permaneció igual.

EFECTOS DE LA PREDNISOLONA SOBRE LA SEDIMENTACION Y RECUENTO GLOBULAR

Caso n.º	Sedimentación	Glóbulos rojos	Glóbulos blancos
1	24 a 1	—	6.000 a 9.100
2	50 a 12	3,5 a 4.300.000	5.000 a 7.000
3	72 a 13	3,4 a 4.300.000	4.300 a 10.000
4	98 a 15	3,5 a 5.200.000	5.500 a 10.000
5	130 a 38	4 a 4.500.000	6.100 a 9.900
6	30 a 14	4 a 4.500.000	5.400 a 9.800
7	28 a 10	4,5 a 5.000.000	7.300 a 5.600
8	19 - 19	—	5.100 a 10.000

2. *Hemáticas.*—En seis enfermas controladas se comprobó aumento de la cifra de glóbulos rojos.

3. *Hematocrito.*—En cuatro casos estudiados se evidenció aumento del hematocrito.

4. *Hemoglobina.*—En tres pacientes controlados se demostró aumento franco de la hemoglobina.

5. *Leucocitos.*—En seis casos se comprobó aumento del número de glóbulos blancos superior al 50 por 100, y en dos, disminución.

a) *Recuento de eosinófilos.*—En cinco enfermos observamos franco descenso del número de eosinófilos, y en tres, aumento.

b) *Neutrófilos.*—En seis casos, franco aumento; en dos, disminución moderada.

c) *Linfocitos.*—En cuatro, aumento, y en cuatro, disminución; ambas alteraciones de carácter discreto.

d) *Monocitos.*—Aumentaron en cinco casos y disminuyeron en tres.

EFECTOS DE LA PREDNISOLONA SOBRE EL HEMOGRAMA

Caso núm.	Eosinófilos	Baciliformes	Segmentados	Neutrófilos	Linfocitos	Monocitos
1	696 a 16	150 a 91	3.600 a 6.643	4.530 a 6.843	1.106 a 1.729	360 a 455
2	768 a 15	144 a 150	6.336 a 5.346	7.259 a 5.467	2.203 a 1.278	96 a 319
3	46 a 10	92 a 104	3.082 a 9.048	3.284 a 9.328	1.058 a 988	230 a 104
4	46 a 4	275 a 650	3.527 a 6.790	3.630 a 6.990	1.430 a 2.100	440 a 400
5	122 a 19	427 a 693	3.416 a 6.039	4.026 a 6.751	1.952 a 2.376	10 a 59
6	81 a 360	54 a 127	2.376 a 7.162	2.538 a 7.644	2.592 a 1.568	216 a 490
7	10 a 29	474 a 318	4.453 a 4.818	5.037 a 4.000	1.971 a 1.176	254 a 140
8	110 a 500	550 a 2.000	3.080 a 5.900	3.300 a 6.700	2.035 a 2.700	165 a 600

6. *Glucemia.*—En seis enfermas controladas no hubo variaciones significativas.

7. *Colesterolemia.*—En seis casos experimentó aumento importante (en tres, de más del 50 por 100, y en tres, de menos del 50 por 100), y en dos, disminución (una discreta y una del 50 por 100).

8. *Reserva alcalina.*—Las cifras de CO₂ san-

guíneo estudiadas en cinco enfermos revelaron aumento de 4 a 19 volúmenes por 100 durante la terapia.

9. *Electrolitos.*

a) *En el plasma.*—Observamos las siguientes características en exámenes seriados:

Na.—Ligero aumento de las cifras de cuatro a 11 mEq. en los ocho casos.

EFECTOS DE LA PREDNISOLONA SOBRE LOS ELECTROLITOS

Casos	SANGRE (mEq. %)				ORINA (mEq. × 24 horas)		
	Na	Cl	K	CO ₂	Na	Cl	K
1	134 a 130	108 a 101	4,6 a 4	28 a 30	284 a 334	263 a 378	53 a 88-57
2	135 a 141	110 - 110	4 a 4,9	27 a 32	179 a 340 - 70	150 a 61 - 375	54 a 24-60
3	134 a 141	111 a 106	4,9 a 4,8	—	118 a 59 - 307	82 a 62 - 332	22 a 18-60
4	130 a 137	106 a 108	4,5 a 4,7	25 a 28	148 a 187 - 458	118 a 524 - 168	28 a 31-82
5	130 a 134	101 a 105	4,1 a 4,4	29 a 37	118 a 193	114 a 170	18 a 31
6	149 a 145	108 a 105	4,6 a 3,9	—	82 a 135 - 338	46 a 136 - 294	66 a 26-61
7	132 a 143	99 a 108	4,7 a 4,3	—	37 a 196 - 413	14 a 165 - 424	44 a 65
8	130 a 134	109 a 108	4,3 a 4,5	22 a 38	162 a 121 - 76	175 a 129 - 84	46 a 25-16

Cl.—Ligero aumento de uno a ocho mEq. en todos los casos.

K.—Prácticamente sin variaciones: en cuatro, discreto aumento de 0,11 a 0,97 mEq.; en cuatro, ligera disminución de 0,10 a 0,72 mEq.

b) *En la orina.*—Las eliminaciones de electrolitos por veinticuatro horas presentaron las siguientes modalidades:

Na.—En los ocho casos comprobamos fluctuaciones entre 76 y 548 mEq., siendo las cifras normales alrededor de 150 a 250 mEq.

Cl.—Los valores oscilaron entre 84 y 525 mEq., variando las cifras normales entre 150 y 250 mEq.

K.—Comprobamos cifras entre 16 y 82 mEq., fluctuando las cifras normales alrededor de 40 a 60 mEq.

10. *Electrocardiograma.*—Se controló en seis enfermas y fué normal antes y durante el tratamiento.

GRADO DE MEJORÍA.

Para apreciar en conjunto los resultados de la terapia nos basaremos en el criterio aceptado por la American Rheumatism Association, que distingue cuatro grados de mejoría, al juzgar los efectos de cualquier tratamiento en la artritis reumatoide:

1. Grado I (remisión completa). Ausencia de manifestaciones de actividad clínica general, articular y extra-articular; movilidad articular completa, a excepción de cierto grado de limitación debido a lesiones irreversibles; sedimentación normal.

2. Grado II (mejoría franca). Ausencia de manifestaciones de actividad, aunque persista desequilibrio vasomotor; puede existir cierto grado de aumento de volumen de las articulaciones afectadas, limitación más o menos marcada de la movilidad por procesos irreversibles y sedimentación elevada.

3. Grado III (mejoría discreta). Ausencia de

propagación del proceso reumático a otras articulaciones o tejidos extra-articulares; disminución (pero no desaparición) de fluxiones articulares; limitación de la movilidad por inflamación residual.

4. Grado IV (ausencia de mejoría).

De acuerdo con la pauta señalada, el grado de mejoría alcanzado por nuestras enfermas fué el siguiente:

Grado I: Un caso (etapa II, tres años de evolución).

Grado II: Cuatro casos (dos en etapa II; dos en etapa III).

Grado III: Cinco casos (en etapa III, de uno a veinte años de evolución).

RECAÍDA.

Al suspender el tratamiento la recaída fué inmediata (en las primeras veinticuatro horas) en cinco enfermas; en dos se desconoce la evolución posterior; en una no hubo recaída y la enferma mantiene la mejoría alcanzada con tratamiento áurico iniciado al día siguiente de suspender la prednisolona; mejoría que se mantiene en un control efectuado cuatro meses después.

CORTISONA Y PREDNISOLONA.

De las ocho enfermas consideradas en este trabajo, seis fueron previamente tratadas con cortisona (cuatro con buen efecto y dos con resultados regulares). Las dosis de mantención fueron de 100 miligramos en cuatro, y de 75 miligramos en dos. En esas mismas enfermas las dosis de mantención de prednisolona fueron de 20 miligramos en uno, de 15 miligramos en tres y de 10 miligramos en dos (con buen resultado en tres y regular en tres).

Creemos de interés reunir en un cuadro los resultados obtenidos con ambos esteroides y las dosis de mantención:

ENFERMAS	CORTISONA		PREDNISOLONA	
	Resultados	Dosis de mantención	Resultados	Dosis de mantención
M. V. T.	Bueno.	100 miligramos.	Bueno.	10 miligramos.
H. V.	Bueno.	100 miligramos.	Bueno.	10 miligramos.
M. V.	Bueno.	100 miligramos.	Regular.	15 miligramos.
H. G.	Bueno.	75 miligramos.	Regular.	20 miligramos.
L. B. C.	Regular.	100 miligramos.	Bueno.	15 miligramos.
R. L. C.	Regular.	75 miligramos.	Regular.	15 miligramos.

Solamente en la enferma R. L. C. se procedió a la sustitución inmediata de cortisona por prednisolona; en las otras, la cortisona se había suspendido por plazos variables entre dieciocho días y cinco años.

Por los hechos expuestos se puede apreciar que en nuestras enfermas la equivalencia entre prednisolona y cortisona fluctuó bastante en los diversos casos: en 2, la relación fué de 1 a 10; en 2, de 1 a 6,5; en 1, de 1 a 5, y en otra, de 1 a 3,1.

CONCLUSIONES.

1. La prednisolona se presenta como una droga de intensa y rápida actividad en la terapia de la artritis reumatoide.

2. De los ocho casos tratados, en uno se produjo remisión completa; en cuatro, mejoría franca, y en tres, alivio discreto.

3. El efecto es transitorio, pues al suspender el esteroide, vuelve la actividad del cuadro clínico. Solamente en uno de los ocho casos tratados se logró mantener la mejoría alcanzada al proseguir el tratamiento con sales de oro.

4. En nuestras enfermas las dosis supresivas fluctuaron entre 20 y 30 miligramos, y las de mantenimiento, entre 10 y 20 miligramos.

5. La tolerancia clínica fué buena, con escasos fenómenos secundarios de poca importancia. No observamos retención hidrosalina ni alteraciones electrolíticas significativas.

6. En todas las pacientes se produjo aumento de la diuresis (entre el 30 y el 300 por 100) y transpiración.

7. La sedimentación globular se normalizó en dos; bajó en forma manifiesta en cinco, y no experimentó variaciones en uno.

8. Las cifras de glóbulos blancos y de hemáties aumentaron en todas las enfermas controladas; en seis se apreció una intensa baja de los eosinófilos, y en dos, aumento.

9. Las cifras de colesterol sanguíneo aumentaron en seis casos y disminuyeron en dos. No hubo variaciones significativas en los valores de glucemia.

10. La prednisolona es más activa que la cortisona, hecho que pudo comprobarse en seis enfermas que fueron tratadas alternativamente con ambos esteroides; pero la equivalencia fluctuó bastante en los diversos casos.

11. Por tratarse de un preparado muy activo, que puede producir manifestaciones secundarias importantes, según la experiencia de diversas clínicas (especialmente sobre el aparato digestivo y en el metabolismo de los glúcidos) deben seleccionarse cuidadosamente los pacientes y vigilarlos con regularidad.

BIBLIOGRAFIA

- BUNIM, J. J.; PECHET, M. M., y BOLLET, A. J.—*Journ. Am. Med. Ass.*, 157, 311; 1955.
- BOLLET, A. J.; BLACK, R., y BUNIM, J. J.—*Journ. Am. Med. Ass.*, 158, 459; 1955.
- BOLAND, E. W.—*Notas Médicas*, 9, 190, 7, 8; 1955.
- COHEN, A.; TURNER, R., y DANSMORE, R.—*New England. J. Med.*, 253, 1,150; 1955.
- DE FOSSEY, B. M.—*Notas Médicas*, 9, 196, 7, 8; 1955.
- FREYBERG, R. H.—*Notas Médicas*, 9, 190, 7, 8; 1955.
- FARAH, LUIS; GUTIÉRREZ C., RAFAEL; DE BALDERRAMA, D., y GONZÁLEZ ALBERTO.—*Notas Médicas*, 9, 177, 7, 8; 1955.
- KAMMERER, W. H. y CECIL, R. L.—*Notas Médicas*, 9, 191, 7, 8; 1955.
- KINSELL, L. W.—*Notas Médicas*, 9, 194, 7, 8; 1955.
- GÓMEZ, M.; JUNEMANN, C.; GRAU, J.; BERRÍOS, R.; DURÁN, F.; MELÉNDEZ, O., e ITURRIAGA, M.—*Soc. Med. de Santiago*, sesión del 10-VI, 1955.
- LOSADA, L. MANUEL y ZAÑARTU, O. JUAN.—*Rev. Méd. de Chile*, 81, 361; 1953.
- LOSADA, L. MANUEL y FRANCE S. OKE.—*Rev. Méd. de Chile*, 79, 439; 1951.
- MARGOLIS, H. M.; BARR, J. H.; STOLZER, B. L.; EISENBEIS, C. H., y MARTZ, E. W.—*Journ. Am. Med. Ass.*, 158, 454; 1955.

- PESTEL, M.—*Presse Méd.*, 63, 1,179; 1955.
- SANTAMARINA, V.; ROCES, E.; LCPETEGUI, A.; GUTIÉRREZ C.; ANIDO FRAGUO, V.; DELGADO, G., y COMAS, M.—*Rev. de la Confederac. Méd. Panamericana*, 2, 56; 1955.
- SANTAMARINA, V.—*Notas Médicas*, 9, 192, 7, 8; 1955.
- SAFFIE, F.; HERMOSILLA, M.; GORDILLO, L.; TÉLLEZ, L., y VIDELA, P.—*Soc. Méd. de Santiago*, Sesión 11-XI-1955.
- VALENZUELA, F.; CANESSA, I.; MADRID, M.; SRTAS, VELA, Y., y TORRES, N.—*Soc. Méd. de Santiago*, Sesión 30-IX-1955.

SUMMARY

Prednisolone appears to be a drug of intense, quick activity in the treatment of rheumatoid arthritis.

Eight cases were treated. There was complete remission in 1, distinct improvement in 4 and mild improvement in 3.

The effect is transient, since the activity of the clinical picture return as soon as the steroid is discontinued. Only in 1 case out of the eight treated was it possible to maintain the improvement attained, by continuing treatment with gold salts.

In our patients, the suppression doses ranged between 20 and 30 mg., those of maintenance between 10 and 20 mg. Clinical tolerance was good, with infrequent untoward side-effects of little importance. Retention of salt and water and significant electrolytic changes were not detected. In all the patients, increase in diuresis (between 30 % and 300 %) and in transpiration occurred.

The erythrocyte sedimentation rate became normal in 2; it dropped remarkably in 5 and showed no change in 1. The white and red blood counts were increased in all the patients under control. A marked decrease in eosinophils occurred in 6 and a increase in 2. There were no significant changes in blood sugar levels.

Prednisolone is more active than Cortisone, which is borne out by the findings in 6 patients who were alternately treated with both steroids. However, equivalence fluctuated within wide limits in the different cases.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Prednisolon erweist sich als eine Droge von rascher und intensiver Wirksamkeit in der Therapie der rheumatoiden Arthritis.

Bei einem der acht behandelten Fälle wurde eine gänzliche Remission erzielt; bei vier weiteren eine offensichtliche Besserung und bei drei eine leichte Linderung.

Die Wirkung ist vorübergehend und nach Aussetzen der Steroidgabe taucht neuerdings das klinische Bild der Aktivität auf. Nur bei einem der acht Fälle war es möglich die erzielte Besserung durch eine Behandlung mit Goldsalzen aufrecht zu erhalten.

Die Dosen zur Behebung des Zustandes schwankten bei unseren Patienten zwischen 20 und 30 mg. und die Dosen zur Aufrechterhaltung der Besserung zwischen 10 und 20 mg.

Die klinische Verträglichkeit war gut und die Nebeneffekte selten und unbedeutend. Es wurde weder eine Kochsalz-Wasser-Retention noch elektrolytische Störungen von Bedeutung beobachtet.

Bei allen Patienten kam es zu einem Anstieg der Diurese (zwischen 30 und 300 Prozent) und Transpiration.

Bei zwei Fällen kehrte die Blutkörperchensenkung zum Normalwert zurück; bei fünf war ein deutlicher Abfall bemerkbar und bei einem blieb sie unverändert.

Die Zahl der weissen und roten Blutkörperchen stieg bei allen Patienten die erfolgreich behandelt wurden, an; bei 6 Fällen kam es zu einem bedeutenden Absinken der Eosinophilen und bei 2 Fällen zu einem Anstieg.

Die Cholesterolverte im Blute stiegen bei 6 Fällen an, während bei 2 ein Abfall zu beobachten war. Die Blutzuckerwerte zeigten keine beachtenswerten Veränderungen auf.

Die grössere Wirksamkeit des Prednisolon über das Cortison konnte bei 6 Fällen nachgewiesen werden, welche wechselnd mit beiden Steroiden behandelt wurden; das Äquivalent unterlag jedoch bei den verschiedenen Fällen ziemlichen Schwankungen.

RÉSUMÉ

La prednisolone se présente comme une drogue d'activité intense et rapide dans la thérapie de l'arthrite rhumatoïde.

Parmi les 8 cas traités on obtint une rémission totale, 4 sensibles améliorations et 3 légers soulagements.

L'effet n'est que transitoire puisque lorsqu'on suspend l'administration du stéroïde, l'activité du tableau clinique reprend. Seulement dans un des 8 cas traités, on put maintenir l'amélioration obtenue en continuant le traitement avec les sels d'or.

Chez nos malades les doses de suppression oscillèrent entre 20 et 30 mg. et celles d'entretien entre 10 et 20 mg. La tolérance clinique fut bonne avec de rares phénomènes secondaires de légère importance. Nous n'observons pas de retentions hydrosalines ni d'altérations électrolytiques sensibles. Chez toutes les malades augmentation de la diurèse (entre le 30 et le 300 %) et transpiration.

La sédimentation globulaire se normalisa chez 2; descendit sensiblement chez 5 et ne bougea pas dans 1. Le chiffre de globules blancs et d'hématies augmenta chez toutes les malades contrôlées; on apprécie forte diminution des eosinophiles chez 6 malades, augmentation chez 2.

Les chiffres de cholestérol sanguin augmentèrent dans 6 cas et descendirent dans 2. Il n'eut pas de variations significatives dans les valeurs de glycémie.

La Prednisolone est plus active que la Cortisone, effet que l'on put confirmer chez 6 malades qui furent traitées alternativement avec les 2 stéroïdes, mais l'équivalence oscilla assez dans les différents cas.

HIDROCORTISONA INTRAARTICULAR (CORTRIL) EN LAS ARTRITIS Y ARTROSIS

(Con estudios sobre líquido sinovial.)

J. BORRACHERO Y DEL CAMPO.

Cátedra de Patología General. Prof. M. BERMEJILLO.

Servicio de Reumatología. Jefe, Dr. JOSÉ BORRACHERO Y DEL CAMPO.

V Asamblea Cruz Roja.—Servicio de Reumatología. Jefe, Dr. JOSÉ BORRACHERO Y DEL CAMPO.

Madrid.

I.—INTRODUCCIÓN.

Es el objeto de esta breve comunicación clínico-analítica, después de citar nuestras impresiones sobre este tipo de tratamiento local, la importancia demostrativa en él del estudio del líquido sinovial antes y después del uso intraarticular de la hidrocortisona (Cortril).

Siempre que instauremos un tratamiento de base fisiopatológica o sintomática hemos de sentar las siguientes premisas:

- 1.º Que la *aparición* de la mejoría sea lo más rápida posible.
- 2.º La *calidad* de la misma.
- 3.º *Duración* de la mejoría, si es que ésta no es definitiva.
- 4.º Que *carezca* de accidentes sobre otros órganos o tejidos orgánicos.

Una vez pensados estos puntos hemos de elegir el fármaco que a nuestro juicio cumpla todas ellas o al menos el mayor número de las mismas.

Admitido el desconocimiento causal del proceso reumático, pese a las numerosísimas teorías, es por lo que nuestros esfuerzos han de ir encaminados a cumplir los dichos fines sintomáticos o fisiopatológicos que, en este tipo nosológico que interesamos, lo hemos cumplido con la HC. intraarticular.

Ahora bien, para cerciorarse de que esta mejoría sintomática o fisiopatológica se puede utilizar sin cuidados especiales, aparte de utilizar una correcta técnica, es preciso actuar no sólo con la observación empírica, sino también analítica, observando a distancia, aunque de forma indirecta, su acción sobre otros órganos.