

cases. The incidence of haemorrhage, perforation and pyloric stenosis and the clinical and roentgenologic signs of both types of ulcer are also analysed.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Verteilung von Magen- und Pylorus-Duodenalgeschwüren nach Alter und Geschlecht bei insgesamt 1.187 Fällen studiert. Einer eingehenden Prüfung unterzogen wird auch das Auftreten von Blutungen, Durchbrü-

chen und Pylorusstenosen, sowie die klinischen und roentgenologischen Zeichen beider Arten von Geschwüren.

RÉSUMÉ

On étudie la distribution, selon l'âge et le sexe, de l'ulcère gastrique et de la pyloro-duodénale sur un total de 1.187 malades. On analyse également la fréquence des hémorragies, perforations et sténoses pyloriques, ainsi que les signes cliniques et radiologiques des deux genres d'ulcères.

TRATAMIENTO HORMONAL DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE

I. P. AGOTE y J. GAMINDE.

Hospital Civil de Basurto (Bilbao).
Servicio II de Medicina Interna.
Director: E. DE MIGUEL.

I

En la histórica del tratamiento con ACTH y glucocorticoides del síndrome de Guillain - Barré (G. B.) corresponde el lugar de iniciador, según parece, a TOLENTINO, quien en 1951 comunicó el primer caso de G. B., tratado de esta forma, a la Sociedad Ligur de Medicina. SELTZER y LICHTY (1952), STILLMAN y GANONG (1952), NEWHEY y LUBIN (1953), BLOOD, LOCKE y CARABASI (1953) han sido los que han realizado las primeras publicaciones a este respecto después de TOLENTINO.

Desde entonces, varios autores han publicado sus resultados; aunque las publicaciones no son copiosas a este respecto, debido sin duda a la poca frecuencia del síndrome que nos ocupa. En España, GILSANZ, PALACIOS y SEGOVIA han sido los primeros en publicar un caso tratado con hormonas. Nosotros nos proponemos exponer aquí los resultados que hemos obtenido en cuatro casos de G. B. tratados por este método.

II

Observación núm. 1. Enfermo F. G. P., de veintiocho años. Ingresa el 18-XI-55. Seis días antes de su ingreso comienza con hormigueos en ambos pies. Al día siguiente nota cierta pesadez de miembros inferiores con dificultad para la marcha y dolor en las pantorrillas; debe encamarse. En los días siguientes hay afectación progresiva de miembros superiores, de la deglución y de la vista. Estreñimiento y pérdida discreta de peso.

Exploración.—Parálisis de los cuatro miembros con abolición de reflejos y masas musculares fláccidas; parálisis facial bilateral; paresia de VI par derecho con diplopia; voz nasal. Sensibilidad, normal. Fondo de ojo, normal. Apirético. Datos de laboratorio: V. S. G., 8,20. G. R., 4.500.000. Hb., 90 por 100. G. B., 9.500. Fórmula:

66 neutrófilos, 1 eosinófilo, 31 linfocitos y 2 monocitos. Wassermann, negativo. Orina, normal. Líquido cefalorraquídeo: Discretamente amarillo con 5 células, 0,95 gramos de albúmina y globulinas positivas.

Evolución.—El enfermo es tratado con vitaminoterapia: B₁, B₁₂, C, gamma globulinas y aureomicina. A pesar de ello, la paresia facial y la del VI par se acentúan; además, comienza con desviación de lengua y de úvula hacia la izquierda. Al quinto día de su ingreso se instaura tratamiento con 100 mg. de cortisona por día; desde entonces, el carácter progresivo desaparece y permanece el cuadro estacionario durante dos días, al cabo de los cuales vira hacia la mejoría. Al 12 día de su ingreso los fenómenos cefálicos han desaparecido y la movilidad de las extremidades y los reflejos son casi normales. Se reduce la cortisona a 50 mg. por día. El 20 día comienza a andar ayudado por otra persona; se suprime definitivamente la cortisona. El 35 día de su ingreso el enfermo abandona el hospital completamente restaurado.

Observación núm. 2. Enfermo A. P. G., de sesenta años. Ingresa el 12-II-56. Ocho días antes de su ingreso sufre un proceso gripeal de cuatro días de duración. Tres días antes de su ingreso nota cierta fatigabilidad de piernas; al día siguiente debe guardar cama por ser incapaz de andar; también nota entonces pérdida de fuerza en los brazos. El día anterior a su ingreso la deglución y la palabra se hacen difíciles. Estreñimiento; pérdida discreta de peso.

Exploración.—Estado general alarmante; respiración broncopléjica; parálisis total de las cuatro extremidades con masas musculares fláccidas y abolición absoluta de reflejos. La sensibilidad, por el contrario, está conservada. Fondo de ojo, normal. Apirético. Datos de laboratorio: V. S. G., 12-20. G. R., 4.300.000. Hb., 85 por 100. G. B., 7.500. Fórmula: 13 bastonados, 75 neutrófilos, 11 linfocitos y 1 monocito. Wassermann, negativo. Orina, indicios de albúmina. Líquido cefalorraquídeo: Claro, con 3 células, 0,55 gr. de albúmina y discreta positividad de las reacciones de globulinas.

Evolución.—El enfermo es tratado desde el primer día con 100 mg. de ACTH por día (vía intramuscular), vitamina B₁₂ y cocarboxilasa y terramicina. El cuadro se hace estacionario durante tres días, al cabo de los cuales el enfermo maneja sus brazos, traga normalmente y la tos se hace efectiva. Desde entonces la mejoría es continua y progresiva. El cuarto día comienza a mover las piernas. El 11 día su estado es muy satisfactorio, ha recuperado su movilidad y el tratamiento, excepto la vitaminoterapia, es suprimido. El 15 día es capaz de marchar ayudado por dos personas. La recuperación de fuerzas es rápida y el 35 día abandona el hospital completamente restablecido.

Observación núm. 3. Enfermo E. E. U., de sesenta y cuatro años. Ingresa el 24-II-56. Veinte días antes de su ingreso sufre un proceso gripeal de una semana de du-

ración. Seis días antes de su entrada en nuestro Servicio comienza con hormigueos y fatigabilidad de ambos pies. Esta invade progresivamente las extremidades inferiores, después afecta las superiores, llegando a la parálisis. La palabra y la deglución, con reflujo nasal y tos, se afectan sucesivamente. Constipación; pérdida mediana de peso; cefaleas discretas; dificultad para la micción.

Exploración.—Afectación del estado general; parálisis de las extremidades inferiores; paresia acusada de las superiores; abolición absoluta de reflejos en las cuatro extremidades; masas musculares flácidas. Sensibilidad, normal. Fondo de ojo, normal. Fiebre, 37,8°. Datos de laboratorio: V. S. G., 25-50. G. R., 4.400.000. Hb., 88 por 100. G. B., 11.600. Fórmula: 8 bastonados, 80 neutrófilos, 7 linfocitos y 5 monocitos. Wassermann, negativo. Orina: Indicios de albúmina. Líquido cefalorraquídeo: Claro, con 2 células, 0,60 gr. de albúmina y reacciones de globulinas positivas.

Evolución.—Desde el primer día el enfermo es tratado con 100 mg. de cortisona por día (vía intramuscular); vitaminoterapia, B₁, B₂, C y penicilina. El cuadro deja de progresar y se hace estacionario. El tercer día utiliza las extremidades superiores, puede mover las inferiores y la palabra y la deglución se hacen normales. La mejoría es continua y progresiva desde entonces; se reduce a 50 mg./día la cortisona desde el séptimo día, momento en que la fiebre desaparece definitivamente. El 15 día ha recuperado totalmente reflejos y movilidad; se suprime todo tratamiento. Desde el 17 día comienza a marchar ayudado. La recuperación de fuerzas es rápida y abandona el hospital el 30 día completamente restablecido.

Observación núm. 4. Enfermo R. B. V., de treinta y ocho años. Ingresa el 25-VIII-56. Dos semanas antes de su ingreso nota una afectación del estado general, seguida dos días más tarde por un exantema constituido de pequeñas manchas puntiformes rojas, diseminadas por el tronco y las cuatro extremidades; el exantema desaparece en el plazo de cinco días y el enfermo vuelve al trabajo. Sin embargo, ya desde entonces comenzó a percibirse de una suerte de fatigabilidad de las cuatro extremidades, más acusada en piernas. Tres días antes de su ingreso se presentan parestesias de pies y manos, al mismo tiempo que dificultad para hablar y para la mimica. La pérdida de fuerzas es progresiva y dos días antes de su ingreso el enfermo debe permanecer en cama por no poder mover las piernas; apenas si podía mover los brazos. Pérdida de peso discreta; constipación; dificultad para tragar.

Exploración.—Voz nasal, parálisis de las cuatro extremidades y de los dos territorios faciales de ambos lados; abolición de reflejos absoluta; masas musculares flácidas. Hay zonas restringidas de hipoalgesia en las extremidades inferiores, sintiendo únicamente los pinchazos muy energicos en las mismas. Apiretico. Fondo de ojo, normal. Datos de laboratorio: V. S. G., 15-26. G. R., 4.300.000. Hb., 90 por 100. G. B., 6.300. Fórmula: 58 neutrófilos, 35 linfocitos, 1 monocito y 6 células plasmáticas. Wassermann, negativo. Orina: Indicios de albúmina. Líquido cefalorraquídeo: Claro, con 2 células, 0,80 gr. de albúmina y reacción positiva de globulinas.

Evolución.—El enfermo es tratado desde el primer día con 15 mg. de prednisona por día. Vitaminoterapia, B₁, B₂, C, cocarboxilasa y terramicina. Durante dos días la progresión del cuadro se detiene; el tercer día, comienza a valerse de los brazos; el cuarto, a esbozar movimientos de piernas. Desde entonces la mejoría es continua y progresiva, recuperando movilidad y reflejos rápidamente. Los trastornos faciales involucionan muy lentamente; los de la sensibilidad desaparecen desde los primeros días. El 17 día el enfermo es capaz de andar. El 23 día abandona el Servicio completamente repuesto de sus extremidades, pero con persistencia de fenómenos faciales como parálisis orbicular bilateral, lagoftalmos y fenómeno de Bell, junto con una tasa de albúmina ligeramente elevada en L. C. R.

Hemos vuelto a ver a este enfermo varias veces; tra-

Observación	Comienzo	Ingreso	Tratado desde	Hormona	Dosis total	Suspension	RECUERACION		
							Deambulación	Alta	23-XII-55
Número 1.	12-XI-55	18-XI-55	23-XI-55	Cortisona.	1.100 mg.	8-XII-55	8-XII-55	27-II-56	18-III-56
Número 2.	4-II-56	12-II-56	12-II-56	ACTH	1.100 mg.	23-II-56	27-II-56	10-IV-56	23-IV-56
Número 3.	18-III-56	24-III-56	24-III-56	Cortisona.	1.050 mg.	7-IV-56	10-IV-56	23-IV-56	Total.
Número 4.	18-VIII-56	25-VIII-56	25-VIII-56	Prednisona.	345 mg.	17-IX-56	12-IX-56	17-IX-56	Paresia orbicular; hiperalbuminorraquia discreta. Ambas han ido regresando paulatinamente.

ja normalmente, aunque su oficio es muy duro. Sin embargo, en febrero de 1957 aún le quedaban ligeros trastornos orbiculares, y aunque por la mañana, cuando no está fatigado, cierra los ojos con toda facilidad, al atardecer encuentra dificultad, no llegando a cerrarlos del todo. Ella va cediendo paulatinamente y el enfermo controla perfectamente la mejoría. Los trastornos de L. C. R. han desaparecido por completo.

III

Acabamos de exponer cuatro casos de G. B. tratados de la siguiente forma: dos, con cortisona; uno, con ACTH, y uno, con prednisona. Antes de realizar los comentarios que nos merecen, resumimos en la tabla adjunta las dosis de las hormonas empleadas, la evolución de los casos y los resultados obtenidos.

La influencia del tratamiento hormonal ha sido evidente—a nuestro juicio—en todos los casos. Desde el comienzo de la administración del mismo, la evolución del proceso—hasta ese momento amenazadoramente progresiva—se ha detenido. Después de dos o tres días de estabilización se ha establecido una regresión franca y continua hacia la recuperación definitiva del enfermo. Hay que hacer la reserva oportuna para la observación núm. 4, la única que ha presentado secuelas que, por otra parte, a más de ser muy discretas, han experimentado una tendencia netamente regresiva.

Así, pues, los resultados podemos calificarlos de muy buenos, aunque nosotros jamás hayamos encontrado la mejoría inmediata, casi instantánea, que algunos (NEWY y LUBIN) han observado con la perfusión intravenosa de ACTH, asistiendo a la recuperación casi completa de un enfermo paralizado en el lecho hasta el momento de comenzar dicha perfusión. Hemos de advertir que nosotros no hemos empleado la vía intravenosa.

No hemos visto ni recaídas ni intolerancias o intoxicaciones medicamentosas.

IV

La etiología virásica del G. B., tal como la mantiene el mismo GUILLAIN, es muy sostenible (CAMBIER); la teoría alérgica presenta también puntos de vista muy sugestivos (HAYMAKER y KERNOHAM, REITMAN y ROTSHILD, FOX y O'CONNOR, PULLEN y SODEMAN). Sea lo que sea —y es muy posible que la etiología sea múltiple, no única—, la afectación radicular con edema e infiltración linfocitaria parece ser un hecho bien determinado (SCHNEIKER, ROSEMAN y ARING).

El G. B. es ciertamente curable (GUILLAIN y CAMBIER); pero curable no significa curación cierta y el pronóstico es malo según muchos autores (FORSTER, HAYMAKER y KERNOHAM). En este último sentido habla también nuestra experiencia prehormonal, pues hemos perdido tres enfermos afectos de dicho síndrome a pe-

sar de la antibioterapia, la hibernación y la globulinoterapia.

Efectivamente, si bien la naturaleza del proceso lleva, en sí misma, una tendencia a la regresión espontánea (GUILLAIN y CAMBIER), es preciso tener en cuenta la afectación mesencefálica, siempre posible, siempre amenazadora, que puede dañar funciones vitales de cuya interferencia se sigue la muerte. Por ello no nos parece ortodoxo aislar el G. B. genuino con un criterio rigurosamente pronóstico. Curabilidad—o si se quiere tendencia a la curación espontánea—es criterio que puede ser empleado para delimitarlo, pero no el de curación cierta. Un paciente afecto de G. B. puede perfectamente morir, a pesar de que su proceso tenga tendencia espontánea a la regresión, si antes de esta última se interfieren las funciones vitales a que antes aludíamos.

Al margen del problema puramente conceptual, lo que llevamos dicho tiene una importancia grande desde el punto de vista del tratamiento que nos ocupa. Al aplicar las hormonas suprarrenales el edema disminuye (BARDIN), y si precisamente el edema es la causa de la alteración funcional, al disminuirlo la función regresa. Lo que, a nuestro juicio, encadena dos hechos del mayor interés pronóstico:

- la mejoría clínica, que lleva, en sí misma, un alejamiento del peligro momentáneo, y con ello,
- el aumento de probabilidades para la aparición de la regresión espontánea.

V

Con excepción de GRANT y LEOPOLD, que han visto aparecer un G. B. en una enferma en pleno tratamiento cortisónico por artritis reumatoide—y en ello ven un argumento contra la teoría alérgica—, los autores (BARDIN, CAMBIER, JEUNE y cols., GERNICH y REIJESTEIN, CHARRAT y BERTRAND, GILSANZ y cols., NEWY y LUBIN, STILLMAN y GANONG, VIRGILI y cols., BRESCHLICH, BLOOD y cols. y SELTZER y cols.) están de acuerdo en afirmar los excelentes resultados que se obtienen con el tratamiento hormonal en dicho síndrome. TOLENTINO, GRISALLI y SCARABICCHI han visto reducirse la duración de la enfermedad de 86,3 días antes de la era hormonal a 36,6 días con el tratamiento cortisónico y 67,5 con el ACTH. La duración desde el comienzo de la enfermedad a la salida del hospital representa, en nuestros cuatro casos tratados con hormonas, una media de 35,8 días.

Creemos que de todo lo anteriormente expuesto se pueden sacar tres importantes conclusiones:

- el tratamiento hormonal tiene una influencia neta sobre el G. B. y acorta y alivia el curso de la enfermedad;
- dicho tratamiento representa una salva-

guardia para el pronóstico, siempre imprevisible, del paciente, — y, finalmente, constituye una obligación perentoria en todo caso de G. B.

RESUMEN.

Los autores presentan cuatro casos de síndrome de Guillain-Barré tratados con cortisona, ACTH y prednisona. Los resultados han sido muy favorables, habiendo recuperado todos los enfermos, a pesar de la afectación mesencefálica, en un plazo breve. No ha habido secuelas más que en un caso y han sido discretas y de carácter netamente regresivo. Según su experiencia, el G. B. no siempre es benigno y su pronóstico es imprevisible. De ello sacan la conclusión de la eficacia terapéutica y pronóstica de dicho tratamiento, que constituye una indicación perentoria en todo caso de G. B.

BIBLIOGRAFIA

- BARDIN, J.—ACTH et le Syndrome de Guillain-Barré. Thèse de Paris, 1954.
- BLOOD, A., LOCKE, W. y CARABASI, R.—Journ. Am. Med. Ass., 152, 2, 1953.
- BRESCHLICH, P. J.—Lancet, 2, 75, 1955.
- CAMBIER, J.—Presse Méd., 64, 49, 1956.
- FORSTER, F. M.—New England Jour. Med., 225, 1941.
- FOX, M. J. y O'CONNOR, R. D.—Arch. Int. Med., 69, 1942.
- GUERNICH, R. y REIJENSTEIN, I.—Semana Médica, 108, 17, 1956.
- GILSANZ, V., PALACIOS, J. M. y SEGOVIA, I. M.—Rev. Clin. Esp., 53, 1, 1954.
- GRANT, H. y LEOPOLD, H. N.—Journ. Am. Med. Ass., 155, 3, 1954.
- HAYMAKER, W. y KERNONHAM, J. W.—Medicine, 28, 1949.
- JEUNE, M., CHARRAT, A. y BERTRAND, J.—Pediatrie, 10, 6, 1955.
- NEWHEY, J. A. y LUBIN, R. I.—Journ. Am. Med. Ass., 152, 2, 1953.
- PULLEN, R. L. y SODEMAN, W. A.—Am. Jour. Med. Sci., 211, 1946.
- REITMAN, N. y ROTHSCHILD, K.—Ann. Int. Med., 32, 1950.
- ROSEMAN, E. y ARING, C. D.—Medicine, 20, 1941.
- SCHNEIKER, I. M.—Jour. Neuropath. Exper. Neurol., 8, 1949.
- SELTZER, H. S., LICHTY, D. E. y CONN, J. W.—Univer. Michig. Med. Bull., 18, 1952.
- STILLMAN, J. S. y GANONG, W. F.—New England Jour. Med., 246, 1952.
- TOLENTINO, P.—Minerva Pedia, 4, 1952.
- TOLENTINO, P., GRISALLI, M. y SCARABICCHI, S.—Minerva Med., 46, 1955.
- VIRGILI, R. y FRANCESCONI, G.—Riv. di Neurol., 25, 2, 1955.

SUMMARY

The writers report four cases of Guillain-Barré syndrome treated with Cortisone, ACTH

and Prednisone. Results were extremely favourable; all the patients improved, despite midbrain involvement, in a short period. Sequels were found in one case only; they were mild and for clearly regressive nature. Experience shows that the syndrome is not always benign; prognosis is unpredictable. The writers conclude from this that this type of treatment, which is definitely indicated in every case of the syndrome, proves effective from the therapeutic and prognostic standpoints.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden von den Autoren vier Fälle mit Guillain-Barré Syndrom angeführt welche mit Cortison, ACTH und Prednison behandelt wurden. Die Ergebnisse waren äusserst günstig, zumal alle Kranken, trotz Mesencephalonaffekt, in kurzer Zeit sich wieder erholten. Es gab keine Nachkrankheiten, mit einer einzigen Ausnahme, und diese von milder und regressiver Natur. Nach Ansicht der Autoren ist das G. B. nicht immer gutartig und seine Prognose nicht vorauszusehen, wodurch sie zur Schlussfolgerung, gelangen, dass die erwähnte Behandlung auf Grund ihrer therapeutischen und prognostischen Bedeutung bei jedem Fall von G. B. entschieden angezeigt ist.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent 4 cas de Syndrôme de Guillain-Barré traités par la Cortisone, ACTH et Prednisone. Les résultats ont été très favorables; tous les malades se sont récupérés, malgré l'affection mésencéphalique, rapidement. Il n'y a eu des séquelles que dans un seul cas et elles ont été discrètes et de caractère nettement régressif.

D'après l'expérience des auteurs le G. B. n'est pas toujours bénin et son pronostic est imprévisible. De là la conclusion sur l'efficacité thérapeutique et pronostic de ce traitement.