

ZUSAMMENFASSUNG

Die massive Estrogentherapie übt beim Adenokarzinom der Prostata eine palliative Wirkung aus.

Mit Ausnahme des radikalen Eingriffes zur Heilung und der gegenwirkenden Hormontherapie zur Linderung, stützen sich alle übrigen Orientierungen zur Behandlung auf keine tatsächlichen Wirkungen.

Der Wirkungsmechanismus der Estrogentherapie ist unbekannt.

Man hat weiterhin noch keine, nicht operative, Methode mit Heilungsmöglichkeit gefunden.

RÉSUMÉ

La strogenthérapie massive produit une action palliative sur l'adénocarcinome de la prostate. Il se peut qu'à l'exception de la chirurgie radicale curative, l'hormonothérapie contrevalente et la radiothérapie, comme palliatifs, le reste des orientations de traitement ne se soutiennent par aucune réalité.

On méconnaît encore le mécanisme d'action de la strogenthérapie.

On n'aperçoit pas une méthode thérapeutique, non chirurgicale, avec des possibilités curatives.

HERNIAS MEDIALES DEL DISCO INTERVERTEBRAL EN LA REGION LUMBAR

E. LAMAS CREGO.

Servicios de Neurocirugía del doctor S. OBRADOR.
Madrid.

La localización medial de las hernias discales a nivel de la columna lumbosacra es un hecho poco frecuente. Desde los primeros trabajos de DANDY, en 1929, haciendo referencia a dos casos de este tipo, se han publicado otras observaciones por O'CONNELL (1944-55), FRENCH y PAYNE (1944), VER BRUGGHEN (1945), NICAUD (1947), DAVID y PAUTRAT (1948), SHNEIDER (1949), KAPLAN y UHANSKY (1951), TÖNNIS, KLUG y LINZ (1951), ALBERT (1951), EYRE-BROOK (1952), TOLOSA y ECTORS (1953), BARRAQUER y DURÁN (1955), BRYAN JENNET (1956), MANSUY, CHEVALIER y KEKEH (1957), etc.

Como es bien conocido, la protrusión del núcleo pulposo, que tiene como base fundamental la involución senil fisiológica del disco intervertebral (STEINDLER) y como elemento desencadenante el traumatismo, se efectúa ordinariamente en sentido lateral, debido a la mayor debilidad del segmento posterolateral del anillo fibro-

so y a la protección que le brinda el ligamento vertebral común posterior, provisto de un fascículo muy resistente de fibras en su porción central. Sin embargo, en un porcentaje que para O'CONNELL (1955) es del 1,4 por 100, para BRYAN JENNET (1956) del 2 por 100 y para nosotros del 5 por 100, las hernias discales tienen una localización medial, pudiendo entonces las raíces de la cola de caballo ser comprimidas desde su emergencia de la médula (parte inferior de la segunda vértebra lumbar) hasta su salida del canal raquídeo lumbar o sacrococcígeo, originándose cuadros clínicos generalmente bilaterales, iniciados habitualmente por un componente algico (lumbalgia, ciática), seguidos de trastornos motores, tróficos, esfinterianos y de la esfera sexual, y que varían de acuerdo con la topografía, forma y tamaño de la lesión.

En ocasiones, sin embargo, la hernia discal encontrada en el curso de las intervenciones no es lo suficientemente grande para justificar una parálisis de la cola de caballo, que sería debida, en estos casos, a la coexistencia de una aracnoiditis adhesiva, que engloba difusamente las raíces, y estaría producida mecánicamente por la persistente irritación del disco herniado sobre el saco dural, hecho ya señalado por STOOKEY en 1929.

Nuestro trabajo estudia seis casos de hernias discales mediales, localizadas en la región lumbosacra, separadas en una casuística de 110 discopatías intervenidas en los Servicios del doctor OBRADOR ALCALDE (Instituto de Neurocirugía, Clínica Nacional del Trabajo, Instituto de Oncología, Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, Hospital de la Beneficencia General del Estado). A continuación presentamos un resumen de estos casos:

Caso 1.º Edad, cuarenta y tres años. Profesión, peón. Sexo, varón. Ingresado en el Instituto de Neurocirugía en el mes de mayo de 1955.

Lumbociática derecha desde hace tres meses, iniciada después de un esfuerzo violento al intentar levantar un gran peso del suelo. Después de un mes de intensos dolores, es diagnosticado de posible hernia discal y le hacen un intento de reducción de la hernia por hiperextensión forzada de la columna. Inmediatamente después se establece un cuadro de ciática bilateral y parálisis de ambos pies que hacen prácticamente imposible la marcha. Micción difícil al comienzo y muy frecuente, con episodios de incontinencia. Estreñimiento pertinaz. Función sexual no conservada.

Exploración.—Parálisis de ambos pies y paresia de las piernas con marcada hipotonía. Lassegue positivo bilateral a los 15°. Abolición de ambos aquileos. Hipoalgesia e hipoestesia en L₅ y raíces sacrococcígeas.

Exploración radiográfica.—Radiografías simples, normales. Mielografía: Detención completa del lipiodol a nivel del L₄-L₅.

Intervención. Hallazgos operatorios.—Laminectomía L₄. Hernia discal de localización medial a nivel de L₄-L₅, que se extirpa por vía extradural, legando el espacio intervertebral a continuación.

Evolución y resultados obtenidos.—Recuperación funcional casi completa en miembro inferior izquierdo. Persiste el déficit motor en pie derecho, especialmente la flexión dorsal. No recuperación sensorial. Control voluntario de esfínteres. Desaparición de los dolores.

Caso 2.º Edad, cuarenta y tres años. Profesión, cantero. Sexo, varón. Ingresado en la Clínica del Trabajo en el mes de septiembre de 1955.

Historia clínica iniciada hacia dos años, al caer desde tres metros de altura con el tronco flexionado hacia delante sobre la región lumbosacra. Lumbalgia y episódicos dolores ciáticos bilaterales. Inmovilización con escayola durante un mes, pasado el cual nota la parálisis completa del pie izquierdo y paresia del derecho. En el momento de su ingreso controla voluntariamente los esfínteres.

Exploración.—Parálisis completa del pie izquierdo y paresia del derecho con marcada hipotonía. Lassegue bilateral a 20° en lado izquierdo y 35° en el derecho. Abolición de ambos aquileos y el patelar izquierdo. Hipoestesia a nivel de L₅, S₁ y S₂ en lado izquierdo y L₅ en el derecho.

Exploración radiográfica.—Radiografías simples, normales. Mielografía: Detención completa del lipiodol a nivel de L₅-L₆.

Intervención. Hallazgos operatorios.—Laminectomía L₅. Incisión de dura, comprobándose la existencia de una marcada aracnoiditis adhesiva. Hernia discal medial L₅-L₆, que se extirpa totalmente.

Evolución y resultados obtenidos.—Retención de orina, que cede al cabo de un mes. No modificación del cuadro clínico.

Caso 3.º Edad, treinta y un años. Profesión, cantero. Sexo, varón. Ingresado en el Instituto Nacional de Oncología en el mes de noviembre de 1955.

Historia clínica de un año de evolución, iniciada por lumbalgia derecha, que aparece y desaparece espontáneamente por temporadas de semanas. No recuerda esfuerzo o traumas en relación con ello. Seis meses después, intensa ciática derecha que le impide la marcha debido al dolor.

Exploración.—Marcado déficit motor en la extensión del pie y dedos en lado derecho. Lassegue positivo a 15° en lado derecho y 35° en el izquierdo. Disminución del patelar y aquileo derechos. Sensibilidades conservadas.

Exploración radiográfica.—Radiografías simples, con estrechamiento del espacio intervertebral L₄-L₅. Mielografía: Detención completa del lipiodol a nivel de L₄-L₅.

Intervención. Hallazgos operatorios.—Laminectomía L₄-L₅. Incisión de dura, encontrándose una voluminosa hernia discal medial a nivel de L₄-L₅, que se extirpa.

Evolución. Resultados obtenidos.—Retención de orina, que cede a las tres semanas. Regresión completa de la sintomatología.

Caso 4.º Edad, treinta y ocho años. Profesión, cargador de muelle. Sexo, varón. Ingresado en el Hospital de la Beneficencia General del Estado en el mes de mayo de 1957.

Historia de seis meses de evolución, que comienza con dolor en la punta del coxis, refiriendo este cuadro a sus esfuerzos como cargador. Pasados dos meses, lumbociática izquierda, afectándose pasados quince días en idéntica forma el miembro inferior derecho. Parestesias frecuentes en la cara posterior de ambos muslos. Buen control de esfínteres.

Exploración.—Disminución de la fuerza motriz en pie izquierdo (flexión y extensión). Hipotonía distal bilateral. Lassegue positivo bilateralmente a los 15°. Abolición de ambos aquileos. Discreta hipoalgesia bilateral en los dermatomas L₅ y sacrocóxigeos. Marcha con claudicación del miembro inferior izquierdo.

Exploración radiográfica.—Radiografías simples, normales. Mielografía: Detención completa del lipiodol entre L₄-L₅.

Intervención. Hallazgos operatorios.—Laminectomía L₄-L₅. Incisión de dura. Hernia discal medial L₄-L₅, que se extirpa totalmente.

Evolución. Resultados obtenidos.—Recuperación funcional completa.

Caso 5.º Edad, cincuenta y siete años. Profesión, conductor de camión. Sexo, varón. Ingresado en el Hospital de la Beneficencia en el mes de julio de 1957.

Historia antigua de hace doce o catorce años de lumbalgia y ciática bilateral sin relación con esfuerzos, que cede a los dos meses, quedando desde entonces lumbalgias ocasionales. Dos meses antes de su ingreso, lumbalgia y ciática derecha, afectándose al día siguiente el lado izquierdo en idéntica forma. Retención de orina y heces. Torpeza motriz en ambos miembros inferiores (especialmente en las porciones distales), que hacen la marcha muy difícil.

Exploración.—Hipotonía y déficit motor en ambos pies, especialmente en la extensión dorsal. Lassegue positivo a 10° en lado derecho y 25° en el izquierdo. Abolidos ambos aquileos. Hipoalgesia e hipoestesia bilateral en L₅ y dermatomas sacrocóxigeos.

Exploración radiográfica.—Radiografías simples, con marcada espondiloartrosis generalizada. Mielografía: Detención completa del lipiodol a nivel de L₄-L₅.

Intervención. Hallazgos operatorios.—Laminectomía L₄-L₅. Incisión de dura. Hernia discal medial L₄-L₅, que se extirpa totalmente.

Evolución. Resultados obtenidos.—Buen control de esfínteres en el postoperatorio inmediato. Actualmente persiste la hipotonía en ambos pies, aunque la recuperación motriz es completa. Persiste invariable el estado de la sensibilidad. Desaparición de los dolores.

Caso 6.º Edad, treinta y cuatro años. Profesión, labrador. Sexo, varón. Ingresado en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas en el mes de agosto de 1957.

Historia anterior de dolores en ambas articulaciones tibioastragalinas tratados como artritis reumatoide.

Dos meses antes de su ingreso comienza con lumbalgias e intensa ciática bilateral que no guarda relación con esfuerzos ni traumas y le impide la marcha. Un mes y medio después, retención de orina y heces.

Exploración.—Disminución de la motilidad en pie derecho. Lassegue positivo en lado derecho a 10° y 30° en el izquierdo. Ambos aquileos, abolidos. Patelares débiles. Hipoestesia e hipoalgesia en L₅ y S₁ bilateralmente.

Exploración radiográfica.—Radiografías simples, normales. Mielografía: Detención completa del lipiodol a nivel de L₄-L₅.

Intervención. Hallazgos operatorios.—Laminectomía L₄-L₅. Extirpación intradural de una gran hernia discal medial a nivel de L₄-L₅.

Evolución. Resultados obtenidos.—Retención de orina, que cede a las tres semanas. Hasta la actualidad persiste un discreto déficit motor en pie derecho que no impide la marcha. No modificaciones en el cuadro sensorial. Desaparición de los dolores.

ESTUDIO CLÍNICO.

Frecuencia. Edad. Sexo.—Como ya se ha señalado anteriormente, sólo un 5 por 100 aproximadamente de las hernias discales tienen una localización medial, haciéndolo especialmente a nivel de las regiones cervical y sacrolumbar y excepcionalmente en la región dorsal.

Las edades de presentación están comprendidas, en nuestros casos, entre los 31 y los 57 años, coincidiendo con la gran mayoría de las observaciones clínicas que corresponden a la tercera y cuarta décadas, siendo excepcionales antes de los 20 años y pasados los 60.

Correspondiendo también al desempeño de las profesiones más duras, es generalmente el sexo masculino el más afectado, sin que en nuestra experiencia personal hayamos tenido oca-

sión de comprobar ninguna protrusión discal de localización medial en mujeres, en las que podría producirse sobre todo durante el período del embarazo por las especiales modificaciones osteoarticulares que éste produce (O'CONNELL y BRYAN JENNET).

Sintomatología.—Los síntomas en general corresponden con los de un proceso compresivo de la cola de caballo, iniciado por una fase álgica y seguido por los trastornos sensitivo-motores, tróficos, esfinterianos y de la esfera sexual.

Al comienzo, y antes del establecimiento del cuadro clínico definitivo, es frecuente encontrar episodios de lumbalgia o ciática uni o bilateral, que aparecen en forma intercurrente y que preceden, a veces en años, al establecimiento del cuadro paralítico. Este período variable, con predominio exclusivo del componente doloroso, ha sido para nuestros casos desde un mes como mínimo a doce años como máximo, pero ha alcanzado hasta los treinta y tres años en un caso de O'CONNELL (1955). Aproximadamente en la mitad de nuestros casos, la puesta en marcha del cuadro doloroso se halla en relación con un traumatismo o esfuerzo muscular violento que afectó particularmente la región lumbosacra.

En otras ocasiones el cuadro clínico, iniciado en forma de una lumbociática, puede ir seguido, con ocasión de un trauma o esfuerzo muscular violento, del establecimiento de un cuadro paralítico (afectación predominante distal) y esfinteriano, como sucedió en uno de nuestros casos que, iniciado hacía unos dos meses por una lumbociática desencadenada al intentar levantar un gran peso del suelo, fué seguido, en el curso de un intento de reducción de la posible protrusión discal por maniobras de hiperextensión de la columna, del establecimiento súbito de una parálisis completa de las porciones distales de ambos miembros inferiores acompañada de alteraciones sensoriales (fig. 1) y retención de orina y heces. Otras veces, sin embargo, como ha señalado BRYAN (1956), el cuadro paralítico puede instaurarse con el enfermo en completo reposo. Finalmente, no es infrecuente observar cómo el cuadro doloroso y paralítico se establecen simultáneamente o con pocos días de intervalo.

Análisis de la sintomatología.—Comenzaremos nuestro estudio por el dolor, haciéndolo seguidamente de los trastornos motores, sensoriales, esfinterianos y de la esfera sexual.

Dolor.—Este ha sido un síntoma común en todos nuestros casos. Al comienzo suele adquirir el carácter de una lumbalgia de aparición intermitente e ir seguido posteriormente de una ciática uni o bilateral. Ambos componentes, lumbalgia y ciática, han sido observados por nosotros en todos los enfermos, permaneciendo el dolor ciático limitado a un lado solamente en uno de nuestros casos; iniciándose unilateralmente (dos por el lado derecho y uno por el izquierdo) y extendiéndose a los dos en tres en-

fermos y siendo bilateral desde el comienzo en los dos restantes.

Su intensidad es variable en cada caso particular, aumentando con ocasión de esfuerzos (tos, contracciones de la prensa abdominal, etc.) o movimientos de flexión o extensión del tronco, habiéndose señalado en ocasiones (BRYAN JENNET) la coincidencia de su desaparición con el establecimiento del cuadro paralítico, que sería posiblemente debido a que el grado de la compresión es tan intenso que anula simultáneamente la conducción de ambos impulsos sensoriales y motores.

Trastornos motores.—Todos nuestros enfermos presentaron un déficit motor de predominio distal. En la mitad de ellos la alteración de la motilidad fué bilateral con predominio de uno

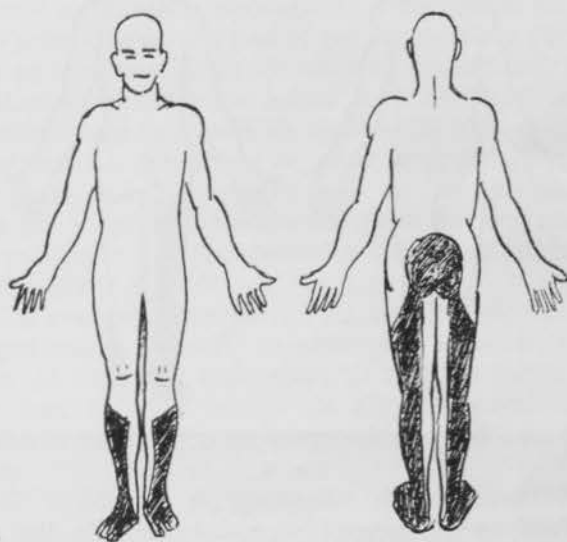


Fig. 1.

de los lados, a excepción de un caso en el que el trastorno era simétrico. En general, suele afectarse fundamentalmente la motilidad del pie y dedos, que se combina con atrofas más o menos marcadas de los músculos de la pierna y pie condicionando una incapacidad funcional, más o menos grave, de acuerdo con el grado de parálisis.

En los casos restantes el déficit motor permaneció limitado a uno de los lados (derecho en dos ocasiones e izquierdo en uno) con distribución similar a los anteriores.

Alteraciones sensoriales.—De acuerdo con la localización lesional, las alteraciones sensoriales suelen extenderse a lo largo de las dos últimas raíces lumbares y las sacrocóxigeas, y del mismo modo que los trastornos motores su distribución puede ser asimétrica e irregular. En el estudio de nuestros casos hemos comprobado la frecuencia de anestias o hipoestias de distribución simétrica (fig 1) o asimétrica (figura 2) en todos los enfermos, a excepción de uno (caso 3), en el cual, a pesar de encontrarnos una voluminosa hernia discal entre L₄-L₅ que provocaba la detención completa del lipiodol, no

pudimos lograr en la exploración clínica ningún déficit sensorial.

Alteraciones de los esfínteres y función sexual.—La mitad de nuestros enfermos presentaban trastornos del control de esfínteres que oscilaban desde la micción difícil y dolorosa, junto a ocasionales episodios de incontinencia, hasta la retención completa de vejiga y heces.

Los restantes tenían un buen control voluntario de esfínteres.

La función sexual estaba conservada, a excepción de un caso que presentó una abolición de la capacidad de erección y eyaculación.

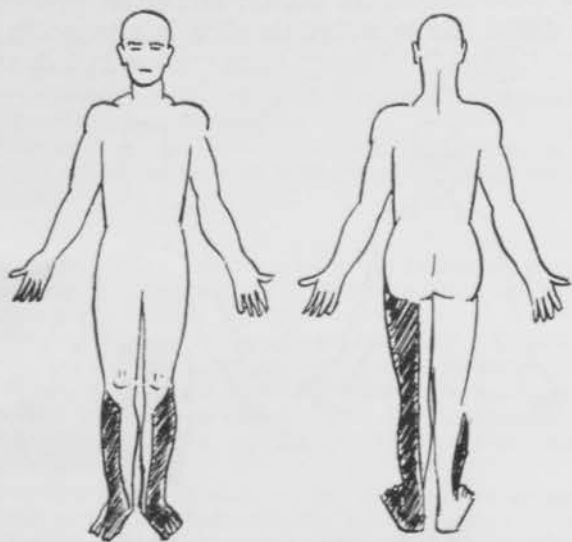


Fig. 2.

Exploración neurológica.—Aparte de las alteraciones motoras y sensitivas, de esfínteres y sexuales ya estudiadas al hablar de la sintomatología, nos queda por valorar la capacidad funcional y el estado de los reflejos.

La capacidad funcional, en dependencia con los alteraciones motoras y el componente doloroso, se hallaba parcialmente limitada en dos de nuestros enfermos, en los que la intensidad de sus dolores les impedían cualquier intento de movilización de los miembros afectados y seriamente comprometida en los restantes. Para éstos la marcha era prácticamente imposible en dos casos y muy difícil, valiéndose de la ayuda de bastones, en los restantes.

Estado de los reflejos.—La abolición bilateral de los reflejos aquileos fué la norma en todos nuestros enfermos, a excepción de uno en el que se afectaron unilateralmente el aquileo y patelar derechos (caso 3). Correspondiendo también a la localización más alta (L_3 - L_4), uno de los enfermos presentó, junto a la abolición de ambos aquileos, la del reflejo patelar del lado izquierdo (caso 2).

Exploraciones complementarias.—En general las exploraciones complementarias (radiografías simples, punción lumbar, mielografía) sólo evidencian la existencia de una compresión de la

cola de caballo, sin que casi nunca pueda determinarse la naturaleza de ésta.

El estudio radiográfico simple de la columna lumbosacra, aparte de las conocidas modificaciones del espacio intervertebral (disminución de la altura, pinzamientos, etc.), que no se observan regularmente (sólo uno de nuestros casos), o de las lesiones artríticas o artrósicas, suele ser siempre negativo.

La punción lumbar, practicada por debajo de la lesión, indica en general la existencia de un bloqueo completo o parcial, según los casos, y en los exámenes del líquido cefalorraquídeo no es infrecuente comprobar la existencia de una elevación de la cifra de proteínas, que pueden alcanzar valores de 500 mg. por 100 ó más, sin que este dato pueda informarnos tampoco acerca de la posible existencia de una aracnoiditis, ya que aparece indistintamente en estos casos o en aquellos en que existen protrusiones discuales aisladas.

Hemos recurrido sistemáticamente a la mielografía, que en nuestros casos demostró la existencia de una detención completa del material utilizado (lipiodol), sin que del aspecto morfológico de ésta pudiera deducirse en ningún caso la naturaleza de la lesión (figs. 3 y 4).

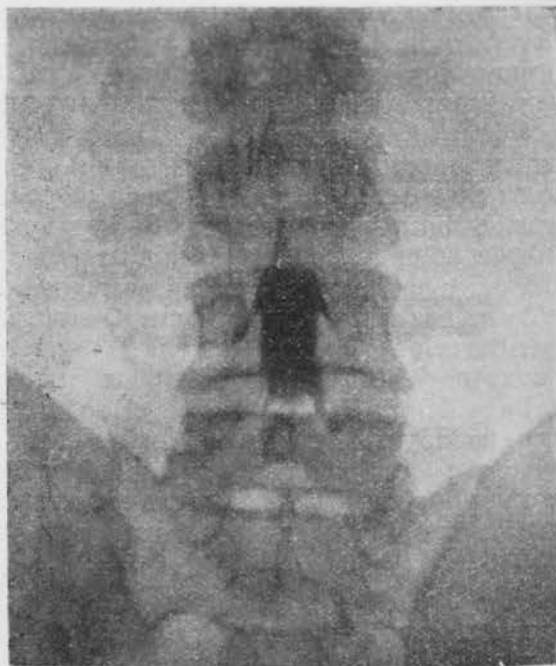


Fig. 3.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. HALLAZGOS OPERATORIOS.

Hemos realizado siempre, de acuerdo con el criterio general, laminectomías de una o dos vértebras para conseguir una buena exposición a nivel del bloqueo mielográfico y hemos incindido la dura cuando la vía extradural no nos informaba lo suficiente acerca de la causa del bloqueo o el abordaje de la lesión era imposible

por esta vía. En ninguna ocasión hemos realizado la fijación posterior mediante injerto.

En cinco ocasiones nos encontramos durante la intervención con una voluminosa hernia discal a nivel de L_4-L_5 , que extirpamos en su totalidad, en cuatro casos por vía intradural y en otro extraduralmente, legando cuidadosamente en todos los casos el espacio intervertebral. Finalmente, en el caso restante, y después de abierta la duramadre, encontramos a nivel de L_5-L_6 una protrusión discal que parecía insuficiente, en nuestro criterio, para originar el cuadro clínico, pareciendo éste ser causado por la marcada aracnoiditis adhesiva que englobaba difusamente las raíces de la cola de caballo.



Fig. 4.

CURSO POSTOPERATORIO Y RESULTADOS OBTENIDOS.

Nuestra experiencia en este sentido está limitada a un período de observación máximo de dos años y mínimo de tres meses.

En términos generales, y aunque para FRENCH (1944) los resultados obtenidos en su serie han sido excelentes, las publicaciones más recientes de O'CONNELL (1955) y BRYAN JENNET (1956) no son tan optimistas, ya que para este último sólo cuatro de la serie de sus veinticinco enfermos han recuperado perfecta y completamente la motilidad, sensibilidad, el control de esfínteres y su capacidad sexual.

Puede decirse que ordinariamente la recuperación de la motilidad es siempre mejor que la sensorial, si bien se efectúa lentamente, de acuerdo con la lesión existente y el tiempo de evolución a lo largo de un período que puede alcanzar uno, dos o más años (BRYAN JENNET), si bien hay que considerar en este sentido que muchas mejorías tardías pueden deberse al hecho

de la adaptación y mejor utilización de los miembros después de una rehabilitación funcional bien dirigida.

La recuperación sensorial es siempre más difícil, quedando en la gran mayoría de los enfermos zonas de hipoalgesia e hipoestesia o sensaciones parestésicas, en ocasiones persistentes y molestas.

En nuestra serie no existía ningún signo de recuperación motriz ni sensorial a los dos años de la intervención en uno de nuestros enfermos, caso que llegó a la intervención después de dos años de hallarse establecida la parálisis, y en el que comprobamos durante la intervención una marcada aracnoiditis de la cola de caballo. En otro de ellos (caso 1), que presentaba la mayor afectación sensitivo-motriz (parálisis de ambos pies y paresia de las piernas), establecida dos meses antes de la operación, la regresión se inició a los dos meses por el pie izquierdo y persistía en la actualidad (dos años de evolución), permitiendo al enfermo, hasta entonces encamado, caminar con la ayuda de un bastón. En los casos restantes, a excepción de uno que presentaba solamente una discreta paresia de los extensores del pie y dedos derechos (después de tres meses de evolución), la recuperación funcional fué completa desde el punto de vista motor.

La recuperación sensorial, de acuerdo con la experiencia general, se consiguió solamente en dos de nuestros enfermos, si bien lo corto del período de observación de algunos casos dificulta la valoración de los resultados en este sentido.

El grado de recuperación de los trastornos de esfínteres, de acuerdo con las cifras medias de la literatura, parece ser completo en un 37 por 100 de los casos y parcial en otro 50 por 100, con ocasionales episodios de incontinencia, siendo en general mejor la recuperación para la vejiga que para el recto.

En nuestros casos personales apareció inmediatamente después de la intervención una agravación de los trastornos de esfínteres, que se prolongó durante un período que no sobrepasó el mes para seguirse posteriormente de una buena recuperación funcional, ya que solamente un caso tenía a los cuatro meses ligera dificultad al comienzo de la micción.

RESUMEN.

La localización medial de las hernias discales a nivel de la región lumbar baja es un hecho infrecuente, pero no excepcional (5 por 100 de nuestra casuística de 110 discopatías de dicha región).

Desde el punto de vista diagnóstico su diferenciación con los cuadros compresivos tumorales, que asientan a ese nivel, es difícil, salvo en los casos en que existe una evidente relación con un traumatismo o esfuerzo, o su forma de presentación sea súbita. Tampoco radiográficamente

te existen claros elementos para establecer un diagnóstico diferencial, ya que las alteraciones a nivel del espacio intervertebral no aparecen sistemáticamente, ni exclusivamente, en los prolapsos discales mediales, ni los cuadros tumorales provocan alteraciones esqueléticas (destrucciones vertebrales, erosión de los pedículos, etcétera) más que en casos excepcionales y después de un largo período de evolución.

Finalmente, y establecido el diagnóstico de compresión de la cola de caballo, la intervención es el único recurso terapéutico eficaz y cuyos resultados están en relación con el tiempo de evolución y extensión de las lesiones, siendo asimismo mejores en los casos no complicados con la existencia de una aracnoiditis.

BIBLIOGRAFIA

- ALBERT, P.—Rev. Clin. Esp., 62, 1951.
 BARRAQUER, F. E. y DURÁN, O. F.—Med. Clin., 5, 335, 1955.
 BRYAN JENNET, W.—J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 19, 109, 1953.
 DANDY, W. E.—Arch. Surg. (Chicago), 19, 66, 1929.
 DANDY, W. E.—J. Amer. Med. Ass., 119, 447, 1942.
 EYRE-BROOK, A. L.—Brit. J. Surg., 39, 289, 1952.
 FRENCH, J. D. y PAYNE, J. T.—Ann. Surg., 120, 73, 1944.
 KAPLAN, A. y UMANSKY, A. L.—Amer. J. Surg., 81, 262, 1951.
 MANSUY, L., CHEVALIER, J. y KEKEH, K.—Sem. Hop. Paris, 11, 615, 1957.
 NICAUD, P.—Sem. Hop. Paris, 23, 2,065, 1947.
 O'CONNELL, J. E. A.—Surg. Gynec. Obst., 79, 374, 1944.
 O'CONNELL, J. E. A.—Brit. J. Surg., 179, 225, 1955.
 SHNEIDER, R. C.—J. Bone. Jt. Surg., 31, 566, 1949.
 STEINDLER, A.—J. Bone. Jt. Surg., 29, 445, 1947.

- STOOKEY, B.—Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago), 17, 151, 1927.
 TOLOSA, E. y ECTORS, L.—Acta Neurol. Psychiat. Belg., 53, 431, 1953.
 TONNIS, W., KLUG, W. y LINZ, H.—Zblatt. fur Neurochir., 4-5, 199, 1951.
 VER BRUGGHEM, A.—Surg. Gynec. Obstet., 81, 269, 1945.

SUMMARY

The clinical histories of six cases of median herniation of lumbar intervertebral discs associated with syndromes of cauda equina compression which were operated upon are reported and discussed.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die Krankengeschichten von sechs Fällen mit Kompressionssyndrom der cauda equina angeführt und besprochen, welche an einem medialen Bruch der Scheibe des Kreuzes operiert wurden.

RÉSUMÉ

Présentation et discussion des histoires cliniques de 6 cas opérés d'hernies discales médiales de la région lombaire avec syndromes de compression de la queue de cheval.

MECANISMO ALERGICO SOBRE LAS VALVULAS CARDIACAS EN LA ENFERMEDAD DE BOUILLAUD

(Hipótesis).

A. P. REAL.

Rosario, República Argentina.

Desde que JEAN BAPTISTE BOUILLAUD, en su "Traité clinique du rhumatisme articulaire" (París, 1840), describió detalladamente el cuadro clínico del reumatismo poliarticular agudo, comenzó la discusión sobre la etiopatogenia del mismo.

En los momentos actuales el origen infeccioso por estreptococo hemolítico del grupo A, emplazado en las vías respiratorias superiores, es aceptado por la mayoría de los investigadores; lo único que puede discutirse es la forma en que actúa sobre las estructuras cardíacas para producir las lesiones irreversibles sobre las válvulas del mismo. Los trabajos experimentales, y la observación clínica a través de eminentes especialistas, parece dejar fuera de toda duda que la manera de actuar de este "huésped" habitual del farinx, vías aéreas y focos sépticos, es mediante la alergización.

Entre los hechos experimentales más demos-

trativos de las alteraciones cardíacas obtenidas por procesos alérgicos citaremos a VAUBEL (1932), KLINGE (1933) y APITZ (1933), quienes lograron, inyectando sueros heterólogos en animales, lesiones miocárdicas muy similares a los "nódulos reumáticos de Aschoff", y lesiones arteriales en coronarias y en aorta con todo el aspecto histopatológico de lesiones reumáticas, o de arteritis necrosante o de periarteritis nodosa. Estos mismos resultados fueron totalmente confirmados en 1943 por RICH y GREGORY, del John Hopkins Hospital, de Baltimore, y cuatro años más tarde por McKEOVEN en Inglaterra.

EHRICH, SEITFER y FORMAN, en 1949, inyectando a conejos suero de caballo obtienen en el corazón los siguientes resultados: en el miocardio, lesiones con acúmulos perivasculares semejantes a los nódulos de Aschoff, y en el endocardio, lesiones degenerativas subendoteliales, más acentuadas en la base que en las válvulas mismas.

MORE y MCLEAN, también mediante inyecciones repetidas de 10 a 20 cm³ de suero heterólogo en animales, consiguen lesiones endocárdicas, siendo la alteración más característica la que se encuentra en los anillos de inserción valvular.

También son de impecable demostración los trabajos del maestro español doctor CARLOS JI-