

- de veinticinco años. Operado de fimosis. Exudado uretral con gonococos.
- 10.—Obs. 1.455 S. Observado en 20-IV-1938. Enfermo de veinticinco años. Operado de fimosis hace un mes. Lesiones en glande. Estenosis de meato. Blenorragia aguda.
- 11.—Obs. 1.378 S. Observado en 12-IV-1938. Enfermo de veintiséis años. Operado de fimosis hace nueve años. Estenosis de meato. Exudado uretral con estafilococos y neumococos.
- 12.—Obs. 1.883 S. Observado en 5-VI-1938. Enfermo de veintitrés año. Hace seis años, operado de fimosis. Blenorragia aguda.
- 13.—Obs. 2.022 S. Observado en 18-VI-1938. Enfermo de veintidós años. Prepucio largo esclerosado, semifimósico. Lesiones de balanitis.
- 14.—Obs. 2.115 S. Observado en 27-VII-1938. Enfermo de veintiún años. Hace quince días, operado de fimosis. Lesiones de balanitis.
- 15.—Obs. 2.749 S. Observado en 19-VIII-1938. Enfermo de veintinueve años. Operado de fimosis hace cuatro años. Acusada estenosis de meato. Blenorragia aguda.
- 16.—Obs. 2.803 S. Observado en 24-VIII-1938. Enfermo de veinticuatro años. Hace tres años, blenorragia. Operado de fimosis hace doce años. Blenorragia aguda.
- 17.—Obs. 3.159 S. Observado en 18-X-1938. Enfermo de veinticuatro años. Prepucio largo esclerosado y fimósico con gran estrechamiento del anillo prepucial. Exudado purulento rico en gérmenes banales.
- 18.—Obs. 3.329 S. Observado en 18-X-1938. Enfermo de veintiocho años. Prepucio largo esclerosado y fimósico. Exudado abundante con gonococos.
- 19.—Obs. 4.098 S. Observado en 24-I-1939. Enfermo de veinticinco años. Prepucio largo y fimósico con anillo prepucial muy reducido. Lesiones de balanitis.
- 20.—Obs. 4.412 S. Observado en 23-III-1939. Enfermo de veinte años. Prepucio largo y fimósico. Lesiones de balanitis. Blenorragia aguda.
- 21.—Obs. 4.679 S. Observado en 4-V-1939. Enfermo de veintitrés años. Operado de fimosis hace seis años. Lesiones de balanitis. Estenosis de meato.
- 22.—Obs. L. M. (particular). Observado en 20-V-1937.

Enfermo de diecisiete años. Fimosis. Lesiones de balanitis y balanopostitis de repetición.

23.—Obs. J. H. (particular). Observado en 15-VII-1938. Enfermo de veintiséis años. Fimosis. Estenosis de meato. Lesiones de balanitis.

24.—Obs. J. R. (particular). Observado en 20-II-1939. Enfermo de veintiocho años. Prepucio largo y escleroso. Lesiones de balanitis.

25.—Obs. M. T. (particular). Observado en 13-III-1942. Enfermo de treinta y cuatro años. Operado de fimosis hace seis años. Lesiones atróficas en glande. Estenosis de meato.

SUMMARY

The author reports his own personal experience on the aetiology, pathogeny, prognosis and treatment of different conditions of atrophy of the glans penis and prepuce.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser bespricht seine eigenen Erfahrungen in der Behandlung der verschiedenen atrophen Prozesse der Eichel und Vorhaut und äussert sich auch über die Aethiologie, Pathogenese, Prognose und Behandlung.

RÉSUMÉ

L'auteur expose son expérience personnelle sur l'étiologie, pathogénie pronostic et traitement des divers processus atrophiques de la glande et du prépuce.

NOTAS CLÍNICAS

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA MENINGITIS TUBERCULOSA CON LA ESTREPTOMICINA (*)

L. ARMENTA CAMACHO y F. LÓPEZ RUIZ.
Córdoba.

Aunque existían en la literatura mundial algunas docenas de casos de M. T. curados de manera más o menos espontánea, de los que posiblemente sólo una docena podría resistir toda crítica, es a partir de 1946 cuando la publicación de COOKE⁴ y colaboradores, al comunicar la curación de un niño de un año de edad afectado de meningitis tuberculosa por la estrepto-

micina, abre una era nueva en el pronóstico de esta enfermedad. Desde este momento aparecen diversos trabajos, unos denegatorios como los de BORNSTEIN², CAIRNS³, CRAIG⁵ y VIGNEC¹³, y otros de nuevo esperanzadores por KRAFCHIK⁹, APPELBAUN¹, HINSHAW⁷, MEHAS¹¹ y colaboradores respectivos en la bibliografía anglosajona, seguidos por los de los demás países, fundamentalmente el de DEBRE⁶ con una serie numerosa (93 enfermos tratados), y sobre todo por lo cuantiosa la reciente revisión colectiva de los franceses¹², que abarca la experiencia terapéutica de 587 casos de M. T. tratados por estreptomicina, de los que el 54,8 por 100 habían fallecido, estando en tratamiento la mayoría de los restantes, con criterio diverso según cada exponente. No vamos a extendernos en revisar al detalle estas y otras publicaciones sobre el

(*) Comunicación presentada en la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba el 22 de abril de 1948.

particular, dada la índole clínica de nuestra comunicación, queriendo sólo señalar que la bibliografía española es tan modesta y poco optimista en general (véase JASO⁸, entre otros) que hemos creído de algún interés la publicación de nuestros casos, lo que resumidamente hacemos a continuación:

Caso 1.—R. D. O., de doce años, natural y vecino de Córdoba, lo vemos (juntamente con los doctores Pablos Barbudo y Marchal) a fines de abril de 1947. Refiere una historia de casi dos meses de astenia, fiebre de 38-39°, adelgazamiento y últimamente vómitos, cefaleas, estremecimiento y oscurecimiento de conciencia.

En la exploración, paresia del VI par derecho, rigidez de nuca, Kernig, Brudzinski, hiperestesia cutánea y sensibilidad muscular en los miembros. En la radiografía de tórax, una miliar fresca muy densa. Por punición lumbar, líquor con ligera turbidez, 50 células, 0,50 de albúmina y demás caracteres que pueden observarse en el cuadro I, en el que además figura la evolución del l. c. r. en los dos meses de observación.

de 38°. Oculomotores normales, paresia de hemivelos derecho del paladar. Rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski. Babinski izquierdo. Nada activo en tórax a rayos X (radiografía). El líquido céfalo-raquídeo, con los caracteres que aparecen en el cuadro II. Con el diagnóstico de M. T. se propone tratamiento con estreptomicina, que se inicia el 13 de mayo, a dosis de 1 gr. diario intramuscular y 100 mgrs. diarios raquídeos. El tratamiento duró mes y medio, durante el que se interrumpió la administración muscular algunos días por dificultades en el suministro de la droga. En total, se emplearon sólo 36 gramos de estreptomicina. La evolución se caracterizó por enorme gravedad en el primer mes, con sopor, afasia, en muchos momentos estado semicomatoso, apareció parálisis facial y del hipogloso derechos, y se mantuvo fiebre entre 38 y 40°. En algunas ocasiones la situación era desesperada y parecía irremediable. Se persistió en la terapéutica señalada y durante el segundo mes se inició una mejoría, descenso de la fiebre a 37-38°, sólo pocos días 39 y 40°; se fué despejando el sensorio, remitió la parálisis facial y se atenuaron las de los IX y XII pares craneales. Al mes y medio de tratamiento la mejoría era enorme, y dado que se trataba

CUADRO I
L. c. r. de R. D. O.

	23-IV	27-IV	5-V	11-V	21-V	1-VI	11-VI	25-VI
Células	50	20	14	87	11	36	19	72
Albúmina	0,60				2,50	2,50	2,40	2,24
Glucosa	4,46				0,30	0,36	0,30	0,45
Cloruros	7,25	6,72	6,67	5,80	7,26	6,09	6,26	6,26
Globulinas	++				++	++	++	++
B. de Koch.....	—		—	—	—	—	—	—
Inoc. cobaya				+				

El tratamiento con estreptomicina se instauró por vía intramuscular, a dosis de 1,5 grs. diarios y 50 mgrs. introrraquídeos en días alternos; pero por dificultades para conseguir el medicamento hubieron de establecerse interrupciones de hasta diez días en el mismo, observándose, empero, una detención del proceso y en determinados momentos cierta remisión; pero a los dos meses se agravó y de manera irreductible se produjo el coma y la muerte a fines de junio de 1947.

Caso 2.—F. C. L., de veintiún años, soltera, natural y vecina de Montilla. En marzo de 1947, astenia y pérdida de apetito, malestar en el vientre y alguna fiebre. Persiste el padecimiento con poca variación sin consultar, y en mayo siguiente aparece cefalea frontal y occipital, vómitos, fiebre más intensa, estremecimiento (obra cada cuatro o cinco días) y, unos días después, visión doble. Dos días más tarde no puede manejar bien la lengua. Ni tos ni otras manifestaciones.

Exploración: Regular estado de nutrición, fiebre

de gente de condición económica modesta, hubo de ser suspendido, observándose en los días inmediatos que persistía y aun se acentuaba la remisión del proceso, lo que también se reflejaba en el líquor (véase cuadro 2.), cuyos caracteres el 4-VI-1947 eran de casi normalidad. Se siguió desde entonces un tratamiento tónico e higiénico con vigilancia severa, evolucionando en los meses siguientes hacia la recuperación, sin presentar fiebre en ningún momento, ni cefalea, etc. El l. c. r. ha continuado normal, y al año de presentarse la enfermedad y diez meses de la remisión de la misma, el estado general es plenamente satisfactorio, restando los signos siguientes: oscilación en la prueba de Romberg sin llegar a caer, paresia casi imperceptible del VII par derecho y algo más marcada de los IX y XII del mismo lado.

Caso 3.—J. J. A., de trece años, natural de Sevilla. A primeros de marzo de 1947, sarampión y seguidamente presenta fiebre elevada, tos moderada sin expectoración y en la radiografía de tórax un ganglio engro-

CUADRO II
L. c. r. de F. C. L.

	9-V	10-V	13-V	3-VI	4-VI	11-XI	20-IV-1948
Células	160	96		144	27	1	4
Albúmina	0,80	0,40		0,48	0,56	0,30	0,10
Glucosa						0,70	0,70
Cloruros	6,5	7,0		6,85	7,8	7,28	7,30
Globulinas	++	+	+	+	±	—	—
B. de Koch.....	+	—	+	—	—	—	—

sado en el hilto izquierdo. Persiste este cuadro un mes. A mediados de abril, complejo lesional infiltrativo atelectásico de lóbulo superior izquierdo y seguidamente diseminación hematógena densa de grano fino. Se somete a tratamiento con estreptomicina a partir del 10 de mayo hasta el 5 de junio, con un total de 27 gramos, en Madrid, donde residía. Es trasladado a El Escorial para sólo hacer cura de reposo, higiénica, vitaminica, etcétera, consiguiendo ligera mejoría clínica en los meses siguientes, aunque con persistencia de la imagen radiográfica miliar de grumo más denso. En septiembre del 47 se traslada a Montilla (Córdoba), en donde permanece hasta la fecha; a fines de dicho mes, reaparición de fiebre alta, y se le presenta un nódulo dérmico, de probable origen vascular, en el plexo subpapilar; entonces cefaleas y algunos vómitos. Exploración neurológica negativa. El 5 de octubre, cefalea más intensa; el 6, Kernig, rigidez de nuca y Babinski, y en pocas horas delirio y coma. Punción lumbar dando un líquor con los caracteres que constan en la primera columna del cuadro III; inoculación al cobaya positivo (biopsia, doctor Morales Pleguezuelo). Inyección de 100 mgrs. de estreptomicina intrarráquídea y 800 mgrs. intramusculares por día, que se aumentan desde el día 9 a 200 mgrs. y 2 grs. por cada vía, respectivamente, cada veinticuatro horas. El día 8 recobra la conciencia y ceden los vómitos y la cefalea, presentando parálisis del VI par izquierdo, que se atenúa en pocos días; hipoacusia; se cierra la fistula cervical. Progresivamente va cediendo el síndrome meníngeo, exagerándose la dureza del oído izquierdo; cede la fiebre, el líquor tiende a normalizarse, según puede verse en el referido cuadro, y sucesivas radiografías de tórax denotan regresión del infiltrado apical, que al iniciar la cura intensiva con estreptomicina en octubre abarcaba todo el lóbulo, hasta su desaparición, así como limpieza total de la diseminación hematógena.

En la actualidad, el chico hace cura higiénico-dietética, vida al aire libre, no tiene ninguna molestia, resta sordera izquierda, reflejo plantar en abanico en el pie derecho y un trastorno ligero del equilibrio imputable a la afectación del VIII par. Las restantes exploraciones complementarias negativas.

Tratamiento de estreptomicina seguido desde octubre: 2 grs. intramusculares por día hasta mediados de febrero. Desde esta fecha hasta final de marzo, 1 gramo diario; entonces, suspensión. Por vía introrraquídea se continuó con 200 mgrs. diarios hasta final de noviembre. En diciembre, 100 mgrs. diarios. En enero y febrero se hacen, sucesivamente, 3 y 2 inyecciones semanales, abandonándose esta vía a continuación. En total, se han empleado 300 grs., 288 por vía muscular y 12 por vía raquídea.

Caso 4.º—J. R. Q., de diez años, natural y vecino de Córdoba, lo atendemos en colaboración con el doctor Casalilla.

A mediados de enero de 1948, febrícula, malestar general, inapetencia. Algunos días después, cefalea y vómitos. Rigidez de nuca, Kernig, paresia del facial inferior derecho, L. C. R. con ligera turbidez, forma "tela de araña" (demás caracteres véanse en el cuadro IV, primera columna). Se inocula cobaya, que se tuberculiza a mediados de febrero (biopsia, doctor Morales Pleguezuelo el 22-II-1948, positiva). Radiografía de tórax, nada activo. Se inicia cura de estreptomicina por vía intramuscular y raquídea a fines de enero, al estilo de Debré, en forma de ataque con 100 mgrs. diarios intratecal. A los quince días se interrumpe la administración raquídea notándose cierta mejoría; pero pocos días más tarde empeora, y en vista de ello se reinstala la cura raquídea de 100 mgrs. diarios, que con breves interrupciones se mantiene hasta la fecha, presentando durante el curso del tratamiento algunos signos tóxicos por parte del VIII par, que han regresado, y urticaria, que cedió al Benadryl. En los cuatro meses de tratamiento se aprecia: descenso de la fiebre, que oscila en la actualidad entre 37 y 38; desaparición de la cefalea y vómitos, de la rigidez de nuca y de la paresia facial.

CUADRO III
L. c. r. de J. J. A.

CUADRO IV
L. c. r. de J. R. Q.

El enfermo se levanta a ratos (*). El liquor (véase el cuadro IV) manifiesta alteraciones. Se ha inyectado 150 grs. intramusculares y 7,5 grs. intrarráquideos, continuándose actualmente con 1 y 0,1 grs. diarios por ambas vías, respectivamente.

Caso 5.º—M. L. U., de veinte años, soltera, natural y vecina de Dofía Mencía (Córdoba). Vista por primera vez el 18 de marzo de 1948. Refiere padecimiento de cinco meses de evolución, caracterizado por adelgazamiento, inapetencia, tos, disnea y fiebre de 38°, todo últimamente en manifiesta progresión. Hace quince días, diplopia. Desde ayer, vómitos, cefaleas y se le ha cerrado el ojo izquierdo; estrefimiento.

En la exploración, rigidez de nuca, Kernig poco marcado, parálisis del III par craneal izquierdo y paresia del VII del mismo lado. Radiografía de tórax con diseminación hematogena muy densa de grano fino. Por punición lumbar, un liquor turbio, células 952/3, 98 por 100 linfocitos. Proteínas totales, 58 mgrs. por 100. Globulinas, + +. Bacilos de Koch en el sedimento.

Se inicia tratamiento con 3 grs. diarios de estreptomicina intramuscular y hasta doce días después no se emplea la vía raquídea por motivos ajenos a nosotros, manteniéndose desde el 5 de abril ambas rutas, 3 gramos muscular y 100 mgrs. raquídeos diarios. Marcha a su pueblo.

Es vista de nuevo el 9 de abril, a los veintiún días del tratamiento intramuscular y cinco del raquídeo. No tiene disnea, la fiebre y los signos meningíticos persisten sin variación; aparece una paraparesia, disuria y tenesmo vesical. El liquor muy xantocrómico, coagulación espontánea, células 932/2, albúmina 6,80. Radiografía de tórax con disminución muy marcada de la siembra. En cambio, los fenómenos apuntados denotan la existencia de un bloqueo medular.

Continúa el tratamiento con la misma pauta.

DISCUSIÓN.

Nuestra casuística es muy reducida, pero ni cualitativa ni cuantitativamente creemos haya sido superada en España hasta el momento, ello por dos circunstancias: la primera, por el costo, realmente elevado, de la estreptomicina; la segunda, por los resultados contradictorios ya apuntados al principio y falta de criterio en la forma de su manejo. Nuestros casos no se han rodeado de las mejores condiciones. En el primero (R. D. O.), se instauró el tratamiento cuando la droga empezaba a llegar a España con escasez, y hubo de tratarse, por tanto, de forma muy defectuosa. Creemos que no puede sacarse del mismo ninguna consecuencia a favor ni en contra de la eficacia del antibiótico. Nuestro segundo caso (F. C. L.), no dudamos en reconocerlo, constituye una excepción a cuanto se ha visto hasta la fecha sobre el particular, pues realmente el tratamiento no se instauró muy precoz, fué poco intenso y breve y los resultados han sido magníficos, sin recidiva en un año, restando unas manifestaciones que no alteran para nada la total capacidad de la enferma. El tercer enfermo (J. J. A.), con una afectación pulmonar y meníngea masivas, ha constituido otro éxito indiscutible del tratamiento, bien que

con evolución muy distinta del anterior. A los dos meses de abandonado dicho tratamiento no se aprecia recidiva, quedando con mediana capacidad. Los casos 4.º y 5.º están en tratamiento y sólo puede hablarse en uno de ellos (el 4.º) de detención del proceso hasta la fecha (*).

No obstante las condiciones poco favorables en que nos hemos desenvuelto (dificultades de adquisición de estreptomicina, el no instaurarse el tratamiento con precocidad en casi todos, fundamentalmente, etc.), nosotros no podemos compartir la desconfianza que revelan muchos autores sobre la eficacia de la estreptomicina en el tratamiento de la meningitis tuberculosa. No se nos oculta que no tenemos en nuestras manos un arma curativa, todo lo más que logramos con ella es impedir el crecimiento de la bacteria; pero puede coincidir y favorecer la marcha hacia la curación juntamente con una variación óptima de la situación inmunitaria del enfermo. El costo tan elevado del producto limita por el momento su difusión; en tal sentido nos ha parecido muy sugestivo el trabajo de LINCOLN¹⁰ y colaboradores, que refieren su experiencia favorable por la asociación de estreptomicina y Promizole, lo que haría factible una cura en circunstancias más económicas.

CONCLUSIONES.

Los autores exponen los resultados alcanzados en cinco casos de meningitis tuberculosa tratados con estreptomicina. Uno se siguió de muerte, pero el tratamiento fué muy defectuoso. En dos casos se ha obtenido buen resultado: uno de ellos lleva once meses sin tratar y no ha presentado ninguna recidiva. Otro caso, detenido en su marcha hace dos meses, clínicamente apagado. Otros dos casos están en tratamiento. Se deduce que debe iniciarse la cura de manera precoz, a dosis altas (con las que no han tenido incidentes), por vía muscular y raquídea, mantenidas hasta que la regresión del proceso no aconseje su supresión.

BIBLIOGRAFIA

1. APPELBAUM, E. y HALKIN, C.—Journ. Am. Med. Ass., 135, 3, 1947.
2. BORNSTEIN.—(Cit. 10).
3. CAIRNS, H., DUTHIE, E. S. y SMITH, H. V.—Lancet, 6, 414, 1946.
4. COOKE, R. E., DUNPHY, D. L. y BLAKE, F. G.—Yale J. Biol. & Med., 18, 1, 1946.
5. CRAIG.—(Cit. 10).
6. DEBRE, R., THIEFFRY, S. y BRISAUD, H. E.—Brit. Med. J., 6 dic., 1947.
7. HINSHAW, H. C., FELDMAN, W. H. y PFUETZE, K. H.—Journ. Am. Med. Ass., 132, 13, 1946.
8. JASO, E.—Medicamenta, 5, 1947.
9. KRAFCHIK, L. L.—Journ. Am. Med. Ass., 132, 7, 1946.
10. LINCOLN, E. M., KIRMSE, T. W. y VITO, E.—Journ. Am. Med. Ass., 136, 9, 1948.
11. MEHAS, C. P. y TRUAX, W. E.—Journ. Am. Med. Ass., 135, 3, 1947.
12. Premiers résultats en France de la thérapeutique par la Streptomycine. Press. Med., 56, 11, 1948.
13. VIGNEC.—(Cit. 10).

(*) Véase la nota anterior.

(*) Al redactar esta nota, fines de mayo de 1948, la mejoría es marcadísima. Apenas décimas vida al aire libre. Se mantiene en pie, anda apoyado. Va distanciándose la administración de estreptomicina.