

En este caso parece que no puede ser debido a la disminución sino a una acción acelerante directa sobre la conducción atrio-ventricular. También se cree que el uso de la cortisona debe ser considerado cuando hay bloqueo cardíaco sintomático. El aumento de la frecuencia idioventricular en estos casos generalmente alivia los síntomas.

La cortisona tiene aplicación sobre todo en casos en los cuales el tabique está lesionado más por inflamación que por destrucción. Ahora se está comprobando que la cortisona, por lo menos en el animal de laboratorio, no retrasa el proceso de curación del infarto. Su administración merece la pena, especialmente si han fracasado otros medios terapéuticos.

### **Corticotrofina y esteroides suprarrenales como tratamiento coadyuvante de la meningitis tuberculosa**

CORTICOTROPIN AND ADRENAL STEROIDS AS ADJUNCTS TO THE TREATMENT OF TUBERCULOUS MENINGITIS. J. R. Johnson, N. E. Furstenberg, R. Patterson, H. K. Schoch and W. N. Davey. *Ann. Int. Med.* 46: 316, 1957.

Se ha discutido si los glucocorticoides son coadyuvantes en la terapéutica antimicrobiana, teniendo en cuenta que pueden reducir la resistencia del huésped a varias infecciones. En cambio sus efectos antiinflamatorios y antifibrosos parecen ventajosos. La mejor indicación para la cortisona en la tuberculosis es la meningitis. En los tres primeros casos publicados en este artículo se hicieron tratamientos hormonales durante el tratamiento corriente antimicrobiano, con observación de los efectos sobre los síntomas, estado neurológico y exámenes del líquido cefalorraquídeo.

Cuando un enfermo empeora después del comienzo de la terapéutica antimicrobiana, creen los autores que probable-

mente se debe no a la infección sino a la reacción inflamatoria en cerebro y meninges. Por eso parece que se debe intentar la supresión del exudado inflamatorio capaz de causar un hidrocéfalo o necrosis isquémica, y para esto se debe probar la administración de hormonas suprarrenales o corticotrofina. Para evitar complicaciones se debe tener control diario de peso y restricción de sal. En la bibliografía se citan tratamientos breves de una a cinco semanas, y otros prolongados de tres a cinco meses. Se debe emplear dosis completas hasta que desaparezcan los síntomas, y luego reducir la dosis a la mitad. En el segundo enfermo de los dos esta última etapa duró un mes y había recaídas al interrumpir la cortisona.

Hace falta de uno a cuatro meses de tratamiento para mantener la mejoría.

Por dosis completa se entiende corticotrofina acuosa intramuscular, 25 unidades cada seis horas; cortisona, 300 o hidrocortisona, 200 mg. diariamente, dividido en cuatro dosis orales. Lo esencial es la terapéutica antimicrobiana específica: un gramo de dihidroestreptomocina y un gramo de estreptomocina diaria; 6 a 8 mg. de isoniazid; PAS 12 gramos por día.

Observan mejoramiento de síntomas y signos y de resultados de análisis de líquido cefalorraquídeo con cortisona, corticotrofina e hidrocortisona, en tres casos. El cuarto enfermo que no había mejorado durante un mes con quimioterapia empezó a mejorar a las 24 horas de empezar la corticotrofina. El quinto caso tenía lesiones irreversibles del cerebro, aunque se comprobó en la autopsia la curación del proceso infeccioso.

### **ACTH y cortisona como tratamiento coadyuvante de la tuberculosis pulmonar avanzada**

ACTH AND CORTISONE AS ADJUNCTS IN

THE TREATMENT OF ADVANCED PULMONARY TUBERCULOSIS. P. Esllbach and J. R. Edsall. *Ann. Int. med.* 46: 332, 1957.

La mayoría de los autores han indicado los peligros de la terapéutica con esteroides en casos de tuberculosis activa, pero, en cambio, en combinación con drogas antituberculosas parece que tiene valor. Se ha hecho trabajo extensivo con resultados contradictorios, y en animales los resultados variaban con la especie. Por lo tanto la valoración de la utilidad de estas hormonas solamente se puede hacer por los ensayos clínicos y la observación. Presentan tres casos. Todos eran alcohólicos graves y crónicos con poca resistencia a la infección y tuberculosis pulmonar avanzada, de evolución rápida, y que no habían respondido a la quimioterapia tuberculosa antes de empezar la terapéutica con esteroides. Las dosis no excedieron de 200 mg. diarios, y los enfermos mejoraron y siguieron mejorando después de cesar el tratamiento. Hay que distinguir entre el alivio sintomático y la mejoría del proceso. El esputo siguió positivo en los tres casos. En dos no se modificó la radiografía, pero sí en el tercer caso. No hubo en ningún caso evidencia de diseminación ni recaída.

### **Prednisona y cortisona en la fiebre reumática**

PEDNISONE VERSUS CORTISONE IN ACUTE RHEUMATIC FEVER: REVIEW OF THE LITERATURE AND REPORT OF A CASE. L. Fischetti and W. R. R. Granger. *New England J. Med.* 256: 263, 1957.

El caso presentado demuestra que la cortisona ha salvado la vida del enfermo cuando prednisona en dosis generalmente aceptadas como más eficaces fracasaban. Se trató un caso fulminante de fiebre reumática con aspirina, aspirina con

prednisona y prednisona sola sin obtener mejoramiento. La cortisona fue pronto y dramáticamente eficaz. Con disminución de la fiebre 24 horas después de su administración y desaparición de la hinchazón de articulaciones. El autor opina que en un caso que no responde a prednisona se debe probar cortisona.

### **Polineuritis aguda tratada con cortisona**

ACUTE POLYNEURITIS TREATED WITH CORTISONE. G. S. Graveson. *Lancet* VII, 340, 1957.

La causa de la polineuritis aguda, está mal determinada. Ocurre a menudo después de una enfermedad febril no específica y también como complicación de infecciones específicas como la difteria y la mononucleosis.

También se ha considerado como una manifestación alérgica según los estudios histológicos que han demostrado como único cambio en los primeros días el edema en las raíces de los nervios. Esto fué seguido de desintegración de las vainas de mielina. Solamente en la segunda semana de la enfermedad aparece la infiltración celular. Como único cambio en el líquido cefalorraquídeo hay un aumento de proteínas. La evidencia que indica que la polineuritis es una enfermedad alérgica, proporciona el motivo para su tratamiento con cortisona y ACTH. Se debe usar tan pronto sea posible, antes de los cambios estructurales que siguen al edema. En dos años han sido tratados siete enfermos con cortisona. La dosis para los cinco casos primeros era de 100 mgs. diarios durante dos días, 75 mgs. durante los dos días siguientes y 50 mgs. durante los diez días siguientes. La experiencia demostrada por el caso 6, que presentó complicaciones después del tratamiento con cortisona, puso de manifiesto que la dosis anterior era insuficiente para los ca-