

BIBLIOGRAFIA

- DUMAS.—La maladie hypertensive.
FISHBERG.—Heart failure, 1948.
GALLAVARDIN.—La tensión arterielle en clinique, 1920.
LANGE Y MANSWETOWA.—Deut. Arch. f. Klin. Med., 94, 455, 1908.
LOSCHKAREWA.—Deut. Arch. f. Klin. Med., 364, 143, 1924.
MEYEL Y MULLEN.—Am. Heart J., 3, 376, 1928.
SAHLI.—Werhand. Deutsch. Kong. f. Inn. Med., 19, 53, 1901.

SUMMARY

The author studies the changes of arterial pressure in cardiac failure. The most common experience is to find hypertension (60 percent) but when it concurs with hypotension, the prognostic import may be very bad.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser untersuchte die Veränderungen der Blutdruckes bei der Herzinsuffizienz und beobachtete, dass bei 60 % ein erhöhter Druck vorliegt; gleichzeitiger Unterdruck kann prognostisch ungünstig sein.

RÉSUMÉ

L'auteur étudie les variations de la pression artérielle dans l'insuffisance cardiaque, en voyant que dans son expérience ce qui est le plus courant c'est l'hypertension (60 %) et lorsqu'il y a coincidence avec hypotension il peut y avoir une très mauvaise signification pronostique.

COMUNICACIONES PREVIAS

NOTA PREVIA SOBRE LA ACTIVIDAD DEL 2 (PARA-AMINOBENCENO-SULFONAMIDA) TIAZOL EN LAS DISTINTAS MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA EPILEPSIA GENUINA

C. CASTILLA DEL PINO.

Director del Dispensario de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de Córdoba.

Los excelentes resultados que venimos obteniendo con el empleo del 2 (para-aminobenceno-sulfonamida) tiazol—es decir, el sulfatiazol—en la terapéutica de la epilepsia genuina ha motivado la redacción de esta nota, precursora de un trabajo más extenso que tenemos en preparación para su publicación en esta misma Revista.

Por dos conductos hemos recibido la sugerencia para el uso de este medicamento en la epilepsia. Por una parte, una experiencia anterior con otra sulfamida, empleada y mandada sintetizar por primera vez por E. VARELA DE SEIJAS, a la que dió el nombre de Ortamida—por la posición "orto" en que estaban los grupos sulfamídico y amínico dentro del núcleo del benceno—, y con la que nosotros mismos veníamos obteniendo muy buenos resultados, sobre todo en aquellos casos, que ya señaló casi desde el principio este autor, en los que predominaban los accesos de petit mal o se trataban de epilepsias infantiles, genuinas o esenciales desde luego.

Por otra parte, independientemente de esta aplicación clínica inmediata, que ya anteriormente han llevado a cabo, además de VARELA DE SEIJAS, RONCHETTI (1937), YEOMAN y MANDEL (1938), COHEN y COBB (1938), había el hecho de

que logrando una acidosis en el medio tisular cerebral, la excitabilidad de la sustancia nerviosa y, por tanto, la susceptibilidad a las convulsiones, disminuía considerablemente. Hoy está fuera de duda que la alcalosis incrementa la reactividad de la neurona, la cual en ocasiones puede traducirse en cualquiera de las manifestaciones clínicas de la epilepsia (acceso de petit mal, psicomotor, convulsivo generalizado). La droga sulfamídica, por sus grupos sulfónicos, semejantes a las cetonas, inclinan el pH hacia el lado ácido, y esto hizo que se ensayasen experimentalmente por MERRITT, PUTNAM y BYMATER (1945) y por ERSON y GRAHAN CHEN (1949) las propiedades anticonvulsivas de cuerpos con azufre orgánico en su molécula. Una citación y revisión más extensas de la literatura sobre el tema serán expuestas en el trabajo próximo que anunciamos.

Como desde la síntesis de la Ortamida se han elaborado nuevos productos sulfamídicos que tienen vigencia en la quimioterapia antibacteriana actual, nosotros nos decidimos a utilizarlos con miras a seleccionar aquel cuyas propiedades anticonvulsivas fueran más destacadas. Con el primero de ellos, el sulfatiazol, sin embargo, obtenemos tan buenos resultados que por ahora nos hemos limitado a su empleo, toda vez que nuestro material, con ser abundante, no alcanza las proporciones "americanas" que justificarían el dejar a un centenar de casos sujetos a un tratamiento problemático, pero que serviría magníficamente como medio de comparación. Nos limitamos, pues, a señalar los efectos conseguidos con el sulfatiazol.

Estos se refieren a los primeros veinte casos tratados. Se han seleccionado en un sentido favorable para establecer conclusiones con un

cierto carácter definitorio, escogiendo sólo los más graves, llamando así a aquellos que cursan con una gran frecuencia de manifestaciones agudas, incluso varios accesos diarios, para excluir, hasta un cierto límite, la posibilidad de que se trate de una pausa en la secuencia de los ataques. Cuando un enfermo nos viene con varios accesos diarios, y deja de tenerlos al administrarle un medicamento, no cabe duda alguna de que la supresión de los ataques debe ser, legítimamente, atribuida a la medicación, por lo menos con un gran número de probabilidades a su favor.

En la exposición más extensa que hagamos en el próximo trabajo se resumirán incluso las historias clínicas de todos los enfermos en forma de tablas que la hagan fácil y rápidamente perceptibles. Al mismo tiempo, recogeremos mayor número de casos tratados de la misma forma y habremos seguido durante algún tiempo más la historia de los ya vistos. Ahora me limito a exponer, en resumen, que los casos nuestros se han comportado, hasta aquí, del modo siguiente:

1.º Todos los casos de epilepsia genuina infantil han respondido al tratamiento de 1, 1,5 ó 2 gr. de sulfatiazol en forma como no lo habíamos conseguido, sino excepcionalmente, con drogas como el luminal, prominal, etc., y los derivados de la hidantoina. La respuesta ha sido espectacular. Los casos con accesos, exclusivamente de petit mal, se suprimieron radicalmente a las pocas horas de la administración de los primeros 1 ó 2 gr. de sulfatiazol. Niños que venían hasta con 25 ausencias diarias dejaron de tenerlas al día siguiente de comenzado el tratamiento. Uno, con un estado de mal epiléptico de tres días, con 10-12 ataques completos diarios, y con trastorno profundo de la conciencia entre ellos, y que no cedieron, al principio, con luminal oral y parenteral, cedió a la administración de 2 gr., repetidos varios días, mejorando rápidamente su obnubilación. Otro, de mes y medio, y con un mes de historia de 5-6 accesos diarios de grand mal, al día siguiente de la administración del primer gramo dejó de tenerlos y, desde entonces, se sigue manteniendo con 1/4 de comprimido diario de sulfatiazol (unos 12 cgr.), habiendo tenido hasta la fecha sólo un esbozo de ataque sin que, por este motivo, se le haya aumentado la dosis última.

2.º En los adultos, el comportamiento es distinto. Parece que la droga decrece en actividad anticonvulsiva a medida que se asciende en la edad del paciente sobre que actúa. Sin embargo, los cuadros en los que predominan los petit mal y accesos psicomotores se comportan casi con la misma espectacularidad que en los niños, haciéndolas desaparecer total o casi totalmente. Así, por ejemplo, el último caso nuestro era el de un hombre de treinta y ocho años, que venía con cinco ausencias diarias y un promedio de quince ataques convulsivos completos al mes, y con gran deterioro psíquico. Tras la adminis-

tración de 2 gr. diarios, volvió a los cinco días habiendo tenido tan sólo una ausencia y disminuido considerablemente la perseveración y el torpor, que hacía imposible antes el considerarlo ni tan siquiera próximo a un sujeto normal.

3.º En aquellos casos en los que con luminal y derivados de la hidantoina sólo se conseguían resultados que a duras penas se estimaban como medianos—reducción de los ataques en un 50 por 100—, se logró la reducción a un 5 por 100 disminuyendo la dosis de luminal-hidantoina y añadiendo 2 gr. de sulfatiazol, que se iban reduciendo en los días sucesivos hasta uno o medio. La mejoría que entonces se observa del estado psíquico no puede ser atribuida, sin más ni más, al uso de la sulfamida, cuanto al descenso, por una parte, de la dosis de barbitúricos y, por otra, al hecho en sí de la reducción de los ataques. Factores ambos, como se sabe, que coadyuvaban, cada cual por su parte, a incrementar la perseveración, el torpor y el déficit de memoria del epiléptico grave.

Los resultados coinciden en lo esencial con los que había obtenido con la Ortamida, de VARELA DE SEIJAS, y con los que él mismo obtuvo desde un principio. Pero, si he de precisar algo más, me parece alcanzar mejores resultados con el sulfatiazol, y sobre todo no se me han presentado fenómenos tóxicos, que con la Ortamida, aunque escasamente, se llegaban a ver, en forma de reacciones febriles, que debían ser de tipo anafiláctico, porque se acompañaban de urticaria y desaparecían con la suspensión del medicamento y la administración del mismo en forma paulatina.

Sólo me resta reseñar que, aunque no se trata de manifestaciones epilépticas, se obtienen buenos resultados, sobre todo en principio, en determinados tipos de tics. Lo mismo ocurre con la Ortamida, y ya lo señaló VARELA DE SEIJAS. A veces, he visto desaparecer el tic en el primer día, para reaparecer, con menos frecuencia, días más tarde.

Una exposición del problema del posible (o de los posibles) mecanismo de acción de las sulfamidas en la equilibración del cerebro epiléptico, a la luz de la investigación actual del metabolismo nervioso, será hecha en el trabajo que anunciamos.

RESUMEN.

Se comunican los excelentes resultados obtenidos con el sulfatiazol en el tratamiento de la epilepsia genuina, especialmente en la infantil o en aquellos de adultos que cursan, de preferencia, con petit mal. La asociación del sulfatiazol con luminal o hidantoinas evita el que la dosis óptima de éstos alcance excesiva magnitud. (El trabajo actual tan sólo constituye una nota previa a uno más extenso en donde se resumirán las historias y los cursos de todos los enfermos tratados.) La dosis máxima empleada hasta aquí ha sido de 2 gr.; la mínima, de 0,12 gramos diarios.

SUMMARY

The excellent results obtained with sulfathiazol in the treatment of genuine epilepsy are reported, particularly in childhood or in adults which course preferably with attacks of petit mal. Likewise its effects in certain types of tic is noted. The combined use of sulfathiazol and luminal avoids large amounts which may be necessary for best results. The highest dose used up to present has been two grammes; the smallest 0,12 grammes daily.

ZUSAMMENFASSUNG

Man bespricht die ausgezeichneten Ergebnisse der Sulfathiazolwirkung bei der Behandlung der genuinen Epilepsie, insbesondere bei Kindern oder bei solche Erwachsenen, die vor allem

an "petit mal" leiden. Auch bei einigen "Tic"-Arten ist der Einfluss günstig. Die Verbindung von Sulfathiazol mit Luminal oder Hydantoinen verhindert, dass von den beiden latzt genannten zu grosse Mengen verabreicht werden müssen. Die bis jetzt verabreichte grösste Menge war 2 g., die kleinste 0,12 g. taeglich.

RÉSUMÉ

On communique les excellents résultats obtenus avec le sulfathiazol dans le traitement de l'épilepsie propre, spécialement infantine ou des adultes qui suivent de préférence aux accès de petit mal. On signale aussi son effet dans certains genres de tics. L'association du sulfathiazol au luminal ou aux hidantoïnes évite que la dose optimale de ceux-ci soit trop élevée. La plus forte dose employée jusqu'ici a été de 2 grammes, la plus petite de 0,12 gr. par jour.

NOTAS CLÍNICAS

SOBRE OTROS DOS CASOS DE SÍNDROME DE W-P-W CON IMAGEN DE BLOQUEO DE RAMA

J. VARELA DE SELJAS AGUILAR.

Director del Dispensario Central Antituberculoso del Distrito del Centro (Madrid).

Clínica Médica del Hospital General. Prof.: C. JIMÉNEZ DÍAZ.

En la clasificación de BURCH y LE ROY KIMBAL¹ se distinguen dos tipos electrocardiográficos de este síndrome, según que los complejos ventriculares adopten la forma de un bloqueo de rama derecha o de rama izquierda. Esta clasificación es la más usada en la actualidad, debido a que para adaptar el e. c. g. de un caso de W-P-W a uno de sus cinco tipos, basta con conocer la morfología de los trazados en las tres derivaciones clásicas. La clasificación, más exacta, de ROSEBAUM, HECHT, WILSON y JHONSTON² es menos conocida y empleada, por exigir la existencia de derivaciones precordiales, y ser muy conveniente asimismo la de las esofágicas. En un caso propio³, comunicado anteriormente, fué empleado este método de análisis, mediante el cual puede conocerse con gran exactitud la forma en la que se verifica la excitación ventricular, sobre todo si mediante un trazado previo normal puede fijarse la posición del corazón en el espacio. En los presentes casos no se ha podido hacer semejante análisis, porque desgraciadamente sólo podemos disponer de las derivaciones clásicas; pero los trazados son tan claros y tan sugestivos de corresponder a un bloqueo intraventricular que por ello, y por la

relativa escasez de casos publicados en nuestra patria, nos parece oportuno comunicarlos.

Discutidas en esta misma Revista, en un trabajo anterior³, las ideas defendidas por las diferentes escuelas que se han ocupado del síndrome, y expresado en ese mismo lugar nuestra opinión al respecto, nos sentimos relevados de insistir una vez más sobre conceptos ya conocidos. Si publicamos estos casos, semejantes a algunos de los que integran la casuística de VELA⁴ y cols., recientemente comunicada, es porque juzgamos que trazados de este tipo encierran un interés doctrinal importante. Desgraciadamente, los presentes casos, extraídos del archivo donde estaban calificados de bloqueo de rama, no fueron en su tiempo estudiados suficientemente según un criterio moderno; pero precisamente algunas consideraciones sobre estos casos nos recordarán en casos ulteriores la necesidad de completar más profundamente el estudio de casos semejantes.

El trazado reproducido (fig. 1) fué obtenido en un sujeto de treinta y cinco años, que desde hacía catorce venía quejándose de crisis frecuentes de palpitaciones que se acompañaban de frialdad, mareo y sudor, crisis que se le pasaban al adoptar la posición echada. La exploración clínica fué normal desde el punto de vista circulatorio.

La P es poco visible en I y II, pero claramente marcada en III D. El acortamiento del PR es manifiesto (de 0,10"). El complejo ventricular mide 0,15". En la rama ascendente de la R, cerca de la cúspide, se aprecia en I D un gancho que es visible también en la rama descendente de la R III. La cúspide de la R II presenta un