

brauch der Sulfas gegenüber im allgemeinen mit einer Empfindlichkeit zum Auftreten von Störungen reagieren.

RÉSUMÉ

L'emploi clinique du BZ 55 dans le traitement du diabète doit s'adapter à des prescriptions formelles; à des indications précises et, jusqu'ici des contreindications exactes.

Pour calculer son efficacité on doit estimer les facteurs cliniques et humoraux; parmi ces derniers la sulfamidémie a une particulière signification.

Les schémas de dosage du BZ sont simples.

La possibilité d'effets collatéraux des sulfamides hypoglycémiantes oblige à réaliser des contrôles périodiques des différents secteurs de l'organisme que l'expérience acquise par l'usage des sulfas en général, indique comme potentiellement susceptibles d'être troublés par ces agents chimiothérapiques.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION CON LA ASOCIACION DE NOKHEL-RESERPINA-FENOBARBITAL

F. ARRIETA ALVAREZ.

Clinica Médica Universitaria del Profesor JIMÉNEZ DÍAZ.

El concepto de la hipertensión ha variado poco desde que VOLHARD hizo su sistemática de hipertensión benigna o roja y de hipertensión maligna o blanca, en la que la afectación renal era el signo más evidente. El concepto patogenético ha transcurrido por diversos cauces sin que en la actualidad su mecanismo haya sido desbrozado, a pesar de los intentos que para ello se han llevado a cabo.

También se ha clasificado la hipertensión por las lesiones encontradas en el fondo del ojo. El grado I corresponde a la imagen que viene dada por la existencia de arterias más o menos estrechadas, sinuosas y brillantes. La tensión en la arteria retiniana se encuentra elevada, con una relación entre los diámetros arterial y venoso de 8/10 a 6/10.

En el grado II las arterias se encuentran más estrechadas, y aun más tortuosas, que en el grado I; acompañando a estas lesiones suele haber una retinitis circinada en torno a la punta de los capilares. La relación entre los diámetros arterial y venoso es de 6/10 y 4/10.

Las lesiones del grado III y IV acusan alteraciones muy profundas de las arteriolas. El diámetro es inferior a 4/10, encontrándose hemorragias retinianas o exudados. Hay edema de

papila y del nervio óptico con zonas exudativas y hemorrágicas en la retina.

Hasta hace pocos años nos encontrábamos desprovistos de una terapéutica eficaz de la cual pudiéramos echar mano en el tratamiento de la hipertensión. Han sido en los últimos seis años, en que la aparición de una serie de drogas con marcado efecto hipotensor (Rauwolfia, Ftalacinas, Protoveratrin, Hexametonium, Pentapyrrolidinium, etc.) han venido a aliviar la gran laguna terapéutica existente, y aunque el problema no se encuentra totalmente resuelto, sí son evidentes los avances alcanzados. No obstante, todas estas medicaciones nuevas, y también las antiguas, no han resuelto todavía el problema de la hipertensión definitivamente. Por sus acciones algunas veces bruscas, otras veces lentas y de poca duración, sin hablar de los efectos secundarios indeseables, los farmacólogos y clínicos buscan nuevas fórmulas más manejables, y un gran número de nuevas combinaciones ha sido propuesto últimamente para estos tratamientos.

En la actualidad, en el tratamiento de la hipertensión existe cierta tendencia a buscar la asociación de la reserpina con un gangliopléjico, siendo el más usado los de la serie de los Methoniums^{30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 y 37}. Sin embargo, la acción tan brusca y difícil de controlar hace necesario el uso de otro gangliopléjico de acción más suave. Tal preparado es el Nokhel (Amikeline o dietilamino-8-hidrox-5-metil-furocroma), cuyas propiedades gangliopléjicas, soslayadas por TIFFENEAU²⁸, han sido claramente demostradas por VIDAL BERETVIDE²⁹. Esta asociación de Nokhel y Reserpina refuerza la acción hipotensora de esta última sin accidentes circulatorios.

Bien conocidos son los efectos de los barbitúricos suaves en el tratamiento de las enfermedades vasculares hipertensivas, que suelen dar a veces resultados espectaculares.

La idea de combinar estos tres fármacos (Reserpina-Nokhel-Fenobarbital) ha sido sometida a investigaciones farmacológicas para establecer su valor y su dosis. Los resultados de estas investigaciones en ratas, hechas por BEAUVILLAIN, pueden resumirse como sigue:

20 mg./kg. de fenobarbital y 0,2 mg./kg. de reserpina no dió ninguna acción hipnótica o sedativa.

El fenobarbital solo a dosis de 100 mg./kg. tiene una acción hipnótica prácticamente nula o muy débil. Sin embargo, los animales muestran una somnolencia marcada que la excitación interrumpe inmediatamente. Se observa, entonces, una falta de coordinación de movimientos muy clara. Este estado comienza tres cuartos de hora después de la administración y dura alrededor de hora y media.

La reserpina sola a 1 mg./kg. no tiene ninguna acción notable.

La asociación de fenobarbital a dosis de 100 mg./kg. y de reserpina a 1 mg./kg. demue-

tra, después de un período de somnolencia, una verdadera fase hipnótica. Al cabo de hora y media de la administración las ratas se duermen profundamente, están completamente inertes, relajadas y en posiciones variadas y distintas. Una de las cuatro presenta un ligero temblor continuo. Ni el ruido ni el pellizco las despierta. Este período de sueño dura alrededor de dos horas y media. A partir de este momento, los animales reaccionan a las excitaciones. Entre dos excitaciones acusan somnolencia y muestran la misma falta de coordinación locomotora que la descrita anteriormente. Veinticuatro horas después de esta sesión las ratas de este lote aparecen estar bastante deprimidas; tres días más tarde aparecen de nuevo normales.

Las conclusiones de BEAUVILLAIN son que, mientras la reserpina (1 mg./kg.) no tiene ninguna acción hipnótica sobre la rata de 150 gr. y que el fenobarbital (100 mg./kg.) no tiene más que una ligera acción sedativa, la asociación de los dos productos está dotada de una acción hipnótica importante y prolongada.

La acción hipotensora del Nokhel y reserpina, empleados solos y en asociación, ha sido experimentada en conejos con los resultados siguientes:

A la dosis de 0,2 mg./kg. de reserpina sola, no se ha observado alguna acción aparente sobre la tensión arterial.

La dosis de 5 mg./kg. de Nokhel solo produce una baja importante de la presión arterial. Esta acción es de corta duración.

La asociación de Nokhel y reserpina acusa una baja lenta y progresiva de la presión arterial. Empieza de los diez a quince minutos y perdura hasta varias horas. Durante esta acción el ritmo cardíaco parece normal.

En resumen, la asociación de una dosis de 0,2 mg./kg. de reserpina, inactiva por sí sola, y de 5 mg./kg. de Nokhel, intensifica las distintas acciones tensionales y cardíacas del Nokhel y hace aparecer una fase más tardía y relativamente larga de hipotensión.

Conociendo estos datos farmacológicos hemos hecho los ensayos clínicos con la fórmula siguiente: 0,020 mg. de Nokhel, 0,25 mg. de reserpina y 0,010 g. de fenobarbital para una gragea.

A continuación describimos las historias clínicas de los casos tratados con esta fórmula:

Caso 1.º J. V., de treinta y un años de edad, varón.

Historia.—Hace seis años padece catarros continuados, sobre todo en invierno, que ceden a la terapéutica indicada. Desde hace dos años, palpitaciones, cefalea, sensación de martilleo en sienes y mareos muy intensos, que le obligan a sujetarse en la pared. Zumbido de oídos y sensación de pesadez constante.

Sífilis a los dieciocho años. Tratada.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Exploración.—Tensión arterial, 17/10. Sangre: Normal. Orina: Ligeros indicios de albúmina con hematies en sedimento (1,2 p. c.) y leucocitos (5 p. c.). Densidad, 1,026.

Fondo de ojo: Borrosidad papilar y retina con arterias adelgazadas. Venas gruesas. Resto, normal.

O. R. L.: Vertigo de Menière de origen hipertensivo.

Diagnóstico.—Hipertensión esencial con vértigo de Menière de la misma etiología y lesiones de fondo de ojo del tipo I.

Tratamiento.—Se le recomienda tres comprimidos de Nokhel hipotensor por día, repartidos en las tres principales comidas. Este tratamiento lo hace durante una semana, al transcurso de la cual vuelve voluntariamente a consultarse, pues el enfermo alega que se encuentra muy mejorado. Se le registra. Tensión arterial, 13/9. Se recomienda que continúe durante dos o tres semanas con una gragea diaria. Vuelto a ver al mes, las tensiones son normales, habiendo desaparecido toda molestia. En la actualidad se encuentra perfectamente y sin medicación.

Efecto: Cuatro cruces.

Caso 2.º F. G., de cuarenta y cuatro años de edad, hembra.

Historia.—Fueres jaquecas desde muy joven, que desaparecen al contraer matrimonio. Hace año y medio, cefaleas en región frontal y occipital por temporadas. Cuando este dolor es muy intenso, le dan mareos y arcadas. Orina con mucha frecuencia. Disnea de esfuerzo. Desde hace dos años, trastornos menstruales con períodos de amenorrea.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Exploración.—Talla, 1,53. Peso, 75 kilos. Obesa. Pícnica. Corazón: Refuerzo del segundo tono en foco aórtico. Tensión arterial, 20,5/13. Sangre: Normal. Orina: Densidad, 1,020. Indicios de albúmina.

Fondo de ojo: Venas, dilatadas. Resto, normal. Urea en sangre, 0,40. V. Slyke, S. B. C., 69,7 a la hora, 40 por 100.

Diagnóstico.—Hipertensión arterial del climaterio.

Tratamiento.—Comienza con una gragea de Nokhel hipotensor durante tres o cuatro días. Sube hasta cuatro grageas al día durante quince días. Pasados éstos vuelve por consulta y presenta una tensión arterial de 15/10. Adelgazó 3 kilos. Se le indica que mantenga el tratamiento durante otro mes con dos grageas diarias. Pasado este tiempo es vuelta a observar (tensión arterial, 13/9) y se le retira el tratamiento.

Efecto: Cuatro cruces.

Caso 3.º J. L. M., de cincuenta años de edad, hembra.

Historia.—Desde hace cinco años, hormigueo en ambas manos, acompañado de frialdad en las cuatro extremidades. Obesa. Desde hace cuatro años, fecha de la menopausia, ha engordado de manera notable. En la actualidad padece fuertes cefaleas, zumbido de oídos y mareos.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Exploración.—Pícnica. Obesa. Corazón: Timpanismo de segundo tono. Tensión arterial, 17/11. Discreto aumento del ventrículo izquierdo. Sangre: Normal. Densidad, 1,024. Fondo de ojo: Normal.

Diagnóstico.—Arterioesclerosis con hipertensión.

Tratamiento.—Dieta adecuada. Se le recomiendan dos comprimidos de Nokhel hipotensor al día durante quince. Vuelve por consulta y la tensión arterial ha descendido a 14/10. Muy mejorada. Se le recomienda nuevamente que tome una gragea al día durante un mes. No se ha vuelto a ver a esta enferma.

Efecto: Cuatro cruces.

Caso 4.º M. G. P., de cincuenta y cuatro años de edad, varón.

Historia.—Hace cinco años que presenta fuerte dolor en región dorsolumbar con orinas sucias, sin fiebre. A los ocho días de tratamiento indicado, quedó bien. Al poco tiempo se le vuelve a presentar este dolor en la misma localización, acompañado de hormigueo en las manos, que se irradia a antebrazos y brazo. Enrojecimiento de la cara y de los ojos con enturbiamiento de la visión y sensación, muy acusada, de falta de aire para respirar. Cefaleas occipitales. Esta sintomatología se le acentúa cuando ingiere líquidos abundantes.

Antecedentes familiares: Padre, hipertenso.

Antecedentes personales: Sífilis a los treinta y cinco años, que fué tratada.

Exploración.—Es un sujeto de hábito asténico con ligera palidez de la piel e intensa cianosis de mucosas. Tensión arterial, 16/11. Corazón: Soplo sistólico en foco aórtico con refuerzo del segundo tono. Sangre: Normal. Orina: Densidad, 1.012. Resto, normal. Urea, 0,3 gr. por 1.000. V. Slyke, 50,9 por 100 y 47,6 por 100. ECG.: Sin alteraciones dignas de mención.

Diagnóstico: Hipertensión con participación renal.

Tratamiento.—Dieta adecuada y cuatro grageas diarias de Nokhel hipotensor durante quince días. A la tercera semana vuelve por consulta, presentando una tensión arterial de 13/10. Se le indica que mantenga tratamiento durante otro mes, a razón de dos grageas diarias, y en la actualidad se mantiene sin tratamiento.

Efecto: Cuatro cruces.

Caso 5.º A. C. Z., de cincuenta y ocho años de edad, varón.

Historia.—El enfermo habla de unos trastornos mantenidos en el aparato digestivo. Se queja de mareos y fuertes cefaleas.

Exploración.—Tensión arterial de 20/11. Sangre: Velocidad de sedimentación, aumentada con un índice de 28. Orina: Normal. Densidad, 1.025. Fondo de ojo: Papilas ligeramente borrosas. Vasos, irregulares en su calibre. Cruce arteriovenoso. Pequeños focos de coroiditis diseminados.

Diagnóstico.—Hipertensión esencial con lesión de fondo de ojo del tipo II.

Tratamiento.—Se le indica que comience con dos grageas diarias de Nokhel hipotensor, dosis que mantiene durante dos semanas. Es vuelto a observar y presenta una tensión arterial de 16/10; entonces se le preconiza una gragea diaria. Durante este tiempo se le agudizan sus molestias digestivas, y vuelto a consultar mantiene la tensión arterial anteriormente expresada, pero ha de ser enviado a la Clínica quirúrgica para ser intervenido. Pasado este episodio, continúa con una gragea al día.

Efecto: Cuatro cruces.

Caso 6.º C. A. M., de sesenta años de edad, hembra.

Historia.—Desde hace doce años padece edemas maleolares en ambos pies y fuerte sensación de cansancio. Desde hace seis, fatiga al esfuerzo. Fuerte dolor precordial, casi constante. Le es absolutamente preciso, para dormir, utilizar varias almohadas.

Exploración.—Corazón: Soplo sistólico en foco aórtico. Tensión arterial, 22/13. Sangre: Normal. Orina: Densidad, 1.017. Indicios de albúmina. Sedimento: Hematíes (1,3 p. c.). Urea en sangre, 0,28 por 1.000. V. Slyke, 94,5 por 100 y 97,12 por 100. Fondo de ojo: Hipertónico sin retinopatía. Arterias en hilos de cobre y rectilíneas. Venas con irregularidades. Venas maculares en tirabujón. No hemorragias ni edemas. ECG.: Al esfuerzo, normal. Radiografía de tórax: Aumento visible del ventrículo izquierdo y aorta aumentada en sus porciones ascendente y descendente.

Diagnóstico.—Hipertensión arterial con lesiones de fondo de ojo muy marcadas, correspondientes al grupo IV.

Tratamiento.—Se empieza por una gragea durante dos o tres días; va aumentando paulatinamente las dosis hasta llegar a seis, que mantiene durante quince días. Pasado este tiempo vuelve a consultarse y presenta una tensión arterial de 16/11. En la actualidad se mantiene con dos grageas diarias.

Efecto: Cuatro cruces.

Caso 7.º J. I. L., de veintinueve años de edad, varón.

Historia.—Nefritis aguda hace cuatro años con albuminurias intensas. En la actualidad presenta un cuadro manifiesto de esclerosis renal.

Exploración.—Palidez muy intensa con fuertes edemas maleolares en ambas extremidades y en región sacra. Sangre: Hematíes, 2.000.000. Leucocitos, 2.000. Orina: Densidad, 1.009. Albúmina, 1 gr. por 1.000. Sedimento: Abundantísimos hematíes, leucocitos y cilin-

dros de todos los tipos. Urea en sangre, 1,8 gr. Tensión arterial, 24/16. Fondo de ojo: Lesiones muy marcadas correspondientes al grado IV.

Diagnóstico.—Esclerosis renal postnefrítica.

Tratamiento.—Seis grageas diarias de Nokhel hipotensor durante dos semanas. En este tiempo se le vuelve a observar y presenta una tensión arterial de 20/15. Se le indica que continúe con las mismas dosis de medicamento. En la actualidad hemos perdido el contacto con este enfermo.

Efecto: Dos cruces.

Caso 8.º N. V. C., de sesenta años de edad, varón.

Historia.—Acude a consultarse porque padece una artrosis de la rodilla izquierda.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Exploración.—Se trata de un enfermo muy obeso que no se le observan anomalías manifiestas; solamente se le descubre una tensión arterial de 18,5/12,5. Sangre: Normal. Fondo de ojo: Hipertónico del grado I.

Diagnóstico.—Hipertensión esencial con lesiones del grado I.

Tratamiento.—Se le indica que comience con dos grageas diarias de Nokhel hipotensor. Dieta indicada. A la semana de tratamiento es vuelto a observar y se le registra una tensión arterial que podemos considerar en límites normales (14/10). Continúa tratamiento durante dos semanas más y en la actualidad está sin medicación y perfectamente bien.

Efecto: Cuatro cruces.

Caso 9.º V. U. T., de sesenta y ocho años de edad, hembra.

Historia.—Desde hace doce o catorce años, en que pasó la menopausia, padece vértigos y fuertes zumbidos de oídos. Visión de moscas volantes. Al interrogarla sobre si sabía si era hipertensa, contesta afirmativamente diciendo que, en algunas ocasiones, le han registrado tensión máxima de 26.

Exploración.—Obesa. Tensión arterial, 22/11. Sangre: normal. Orina: Densidad, 1.010. Resto, normal. Urea en sangre, 0,4 por 1.000. V. Slyke, 52 por 100. Fondo de ojo: Extenso estafiloma miópico peripapilar y focos extensos de coroidosis miópica y macular (mancha de Fuchs). Arterias delgadas disminuidas en su calibre.

Diagnóstico.—Hipertensión arterial esencial, cuyo punto de arranque coincide con su menopausia, con lesiones de fondo de ojo del grado II.

Tratamiento.—Comienza con cuatro grageas al día de Nokhel hipotensor. Aumenta paulatinamente, en unos días, hasta seis grageas diarias, dosis que mantiene durante una semana, al transcurso de la cual es vuelta a observar y presenta tensión arterial de 17/8. Se le recomienda que continúe con tres grageas diarias. Vuelve a consultarse y la enferma, subjetivamente, se encuentra bien. Sólo cuenta que tiene bastante somnolencia. En la actualidad continúa tratamiento.

Efecto: Cuatro cruces.

Caso 10. R. M. P., de cuarenta y cinco años de edad, hembra.

Historia.—Hace tres meses, disnea con palpitaciones y ahogos. Se le trata con eufilina y estrofantó en vena. Desde entonces duerme, necesariamente, con tres almohadas, pues si no le es imposible conciliar el sueño. Desde hace quince días, cefaleas muy intensas con epistaxis.

Exploración.—Enferma anémica, muy delgada. Fuertes edemas maleolares. Estertores en ambas bases.

Tensión arterial, 24/12,5. Sangre: Hematíes, 3.280.000. Leucocitos, ligera leucocitosis. V. de S.: Índice, 60,5. Orina: Densidad, 1.017. Contiene albúmina en bastante proporción. Sedimento: Contiene hematíes (1,5 p. c.). Examen de tórax: Aorta ensanchada en O. A. I. El ventrículo izquierdo sobrepasa en mucho la columna vertebral. V. Slyke, S. B. C., 27,5 por 100 y 27,2 por 100. Urea en sangre, 0,32 por 1.000. ECG.: Bloqueo de la rama derecha.

Diagnóstico.—¿Hipertensión nefrótica? Con lesiones de fondo de ojo correspondientes al grado IV.

Tratamiento.—Comienza con dos grageas diarias, a la semana siguiente con cuatro y a la otra semana con seis. Al transcurso de este tiempo es vuelta a ver en consulta y presenta una tensión arterial de 18/11. En la actualidad mantiene tratamiento con dos grageas.

Efecto: Dos cruces.

Caso 11. J. H. F., de treinta y ocho años de edad, hembra.

Historia.—Hipertensión desde hace cuatro años. Ictus con parálisis, de la que se ha recuperado. Padece cefaleas constantes. Moscas volantes y pérdida de visión desde hace dos años. Dislalia. Afectación psíquica muy intensa. Lloro con frecuencia.

Exploración.—Tensión arterial, 27/19. Sangre: Anemia discreta. V. de S.: Índice, 38. Orina: Indicios de albúmina. Densidad, 1.017. Sedimento: 5 hematíes p. c. Leucocitos, 5 p. c. Cilindros hialinos y granulados. Urea en sangre, 1,3 gr. por 1.000. Examen de tórax: Hipertrofia biventricular. Hilos de estasis. V. Slyke, 30,1 por 100 y 28,5 por 100.

Diagnóstico.—Hipertensión nefrótica de carácter muy grave.

Tratamiento.—Desde el primer momento se le establece a base de seis grageas diarias de Nokhel hipotensor. Por el estado grave de la enferma se le ordena volver por consulta a los cuatro días y se le vuelve a tomar la tensión arterial, registrándosele 24/17. A las ocho días fallece víctima de una nueva hemorragia cerebral.

Efecto: Una cruz.

Caso 12. A. R. G., de cuarenta y un años de edad, varón.

Historia.—Desde hace año y medio cuenta que padece pesadez de cabeza con gran sudoración y fuertes mareos al agachar la cabeza. En ocasiones, disnea de esfuerzo.

Exploración.—Tensión arterial, 15,5/9,5. Sangre: Normal. Orina: Normal. Urea en sangre, 0,30 por 1.000. V. Slyke, S. B. C., 80 por 100 y 67 por 100. Fondo de ojo: Papila y retina yuxtapapilar ligeramente borrosas. Venas muy gruesas. Arterias, normales. En el resto del fondo de ojo no se aprecian anomalías.

Diagnóstico.—Obesidad. Hipertensión esencial con lesiones de fondo de ojo correspondientes al grado I.

Tratamiento.—Comienza con dos grageas diarias de Nokhel hipotensor durante quince días. Se vuelve a consultar y presenta una tensión arterial de 13/8; mantiene tratamiento durante dos semanas más a razón de dos grageas diarias y se le suprime tratamiento por encontrarse el enfermo en perfecto estado.

Efecto: Cuatro cruces.

El efecto de la medicación lo valoramos de la siguiente manera:

Cuatro cruces...	Muy bueno.
Tres cruces.....	Bueno.
Dos cruces.....	Regular.
Una cruz.....	Mediano o casi nulo.

En resumen, hemos tratado 12 casos con distintas formas de hipertensión; en ocho casos leves y medianos, los resultados obtenidos fueron excelentes, mientras que en los casos restantes, todos graves ⁶, ⁷, ¹⁰ y ¹¹, en un caso los resultados fueron muy buenos (25 por 100), en dos éstos fueron regulares (50 por 100) y hemos perdido un enfermo al principio del tratamiento. No obstante, creemos necesario informar que, en estos casos graves, también se apreció un descenso de la presión arterial.

Algunos de los enfermos que hemos estudiado habían sido sometidos a tratamientos anteriores con rauwolfia sin obtener descensos tan

apreciables en su tensión como los que hemos logrado al emplear este preparado.

Durante el tiempo que ha durado nuestra experiencia hemos observado una perfecta tolerancia en términos generales: tan sólo algún enfermo se quejó de que le producía alguna somnolencia. Sin duda, el fenómeno se debe al fenobarbital y la aparición de la somnolencia parece ser que es el mejor índice de la necesidad de disminuir la dosis diaria, pudiendo comprobar que la mejoría permanece con dosis disminuidas y la somnolencia desaparece totalmente.

Estimamos, sin ningún género de dudas, que el preparado empleado tiene un efecto hipotensor marcado, de amplia utilidad en la clínica diaria. Este efecto es ejercido de manera suave, pero segura. Su mecanismo de acción está basado en la doble sinergia entre Nokhel-reserpina (hipotensor) y reserpina-fenobarbital (sedativo).

La dosis administrada depende del tipo de hipertensión. Nosotros hemos empezado, en muchos casos, con dosis pequeñas, que hemos aumentado paulatinamente, hasta obtener un efecto óptimo. Una vez éste logrado, hemos disminuido la dosis a una o dos grageas diarias, que pueden mantenerse durante largo tiempo, y hemos suprimido la medicación cuando la mejoría se consiguió totalmente.

En ningún caso se presentaron accidentes circulatorios, como a veces hemos encontrado con el empleo de otros medicamentos, así como tampoco otros accidentes desagradables.

La asociación de Nokhel-reserpina-fenobarbital nos parece, pues, de gran utilidad en un buen número de enfermos con hipertensión arterial, que regulariza las presiones sistólicas y diastólicas al mismo tiempo, normaliza las diferencias entre ambas y se consiguen con ella resultados clínicos notables y duraderos. En los casos graves de tipo nefrótico, su empleo queda justificado para intentar la salvación del enfermo.

Agradecemos al Laboratorio Promesa, de Madrid, la gentileza que ha tenido con nosotros al facilitarnos el material para la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

I. Tratamiento de la hipertensión.

1. R. D. H. MAXWELL y A. J. M. CAMPBELL.—Lancet, 264, 455, 1953.
2. F. H. SMIRK.—Lancet, 264, 457, 1953.
3. DE LA BARREDA, P.—Rev. Clín. Esp., 198, 6, 1956.
4. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica.
5. HOSER y SCARSDAK.—N. Y. Journ. Med., 55, 1.999, 1955.

II. Aislamiento y carácter de la kelina.

6. I. MOUSTAPHA.—C. R. Acad. Sci., 89, 442, 1879.
7. E. SPAETH y W. GRUBER.—Ber. d. Chem. Ges., 71, 106, 1938.
8. P. FANTL y S. I. SALEM.—Biochem. Z., 226, 166, 1930.

III. Empleo de la kelina en terapéutica.

9. K. SAMAN, A. M. HOSSEIN e I. FAHIM.—Pharmacol., 1, 538, 1949.
10. G. V. ANREP, G. S. BARSOUM, M. R. KENAWY y G. MISRAHY.—Lancet, 252, 557, 1947.

11. G. V. ANREP, M. R. KENAWY y G. S. BARSOUM. — *Am. Heart J.*, 37, 531, 1949.
12. G. V. ANREP, G. S. BARSOUM, M. R. KENAWY y G. MISRAHY. — *Brit. Heart J.*, 8, 171, 1946.
13. CALANDRE DIAZ. — *Bol. del Inst. Pat. Méd.*, 1, 5, 1950.
14. DURÁN. — *Clinica y Laboratorio*, 7, 310, 1952.
15. H. A. DEWAR y T. A. GRIMSON. — *Brit. Heart J.*, 12, 54, 1950.
16. H. L. OSHER, K. H. KATZ y D. J. WAGNER. — *New England J. Med.*, 244, 315, 1951.
17. R. H. ROSENMAN, A. P. FISHMAN, S. R. KAPLAN, H. G. LEVIN y L. N. KATZ. — *J. Am. Med. Ass.*, 143, 160, 1950.
18. L. PESCADOR y B. MARTÍN DE PRADO. — *Bol. Cons. Gen. Col. Méd. Esp.*, 12, 29, 1952.
19. L. TRIAS DE BES y F. BALLESTA BARCONS. — *Presse Méd.*, 61, 3, 1953.

IV. Sobre el Nokhel.

20. J. P. FOURNEAU. — *Ann. Pharm. Franc.*, 11, 685, 1953.
21. A. FINOT. — *Presse Méd.*, 61, 378, 1953.
22. L. PESCADOR DEL HOYO. — *Gaz. Méd. France*, 60, 1.463, 1953.
23. L. DE CASTRO. — *Rev. Clin. Esp.*, 57, 28, 1955.

V. Empleo de la reserpina en la hipertensión.

24. H. J. BEIN. — *Experientia*, 9, 107, 1953.
25. R. W. WILKINS. — *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 59, 45, 1954.
26. E. D. FREIS y R. ARI. — *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 59, 45, 1954.
27. J. H. HAFKENSCHIEL y A. M. SELLERS. — *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 59, 54, 1954.
28. TIFFENEAU. — *Therapie*, 9, 47, 1954.
29. VIDAL BERTERIDE. — *Ann. Pharm. Franc.*, 13, 379, 1955.

VI. Asociación de la reserpina, o de extractos de rauwolfia serpentina, con gangliopléjicos de la serie de los Methoniums.

30. W. R. LIVESAY y S. I. MILLER. — *Am. Soc. Pharmacol. Exp. Therap.*, 7-9, 9, 1953 y *J. Pharmacol. Exp. Therap.*, 110, 33, 1954.
31. W. R. LIVESAY, J. H. MOYER y S. I. MILLER. — *J. Am. Med. Ass.*, 155, 1.027, 1954.
32. E. DENNIS, R. G. MCCONN, R. V. FORD y otros. — *Post-rad. Méd.*, 16, 300, 1954 y *J. A. M. A.*, 157, 195, 1955.
33. E. DENNIS, R. FORD, R. HERSCHBERGER y J. H. MOYER. — *New England J. Med.*, 253, 597, 1955 y *J. A. M. A.*, 159, 1.406, 1955.
34. W. H. HUGHES, E. DENNIS y J. H. MOYER. — *Am. J. Med. Sci.*, 229, 121, 1955 y *Ch. Abstr.*, 16, 223, 1955.
35. F. H. SMIRK, A. E. DOYLE y E. G. MCQUEEN. — *Lancet*, 267, 159, 1954.
36. A. E. DOYLE, E. G. MCQUEEN y F. H. SMIRK. — *Circulation*, 11, 170, 1955, *J. A. M. A.*, 157, 1.657, 1955 y *Ch. Abstr.*, 6.476, 1955.
37. K. KUHN, R. DJURANOVIC, C. GEHR y K. KOPPEN. — *Klin. Wschr.*, 32, 930, 1954.

SUMMARY

Twelve unselected cases of high-blood pressure of different types were treated with the combination Nokhel-Reserpine-Phenobarbitone. The results attained are commented upon. The hypotensive effect attained in both systolic and diastolic pressures is more marked than that attained with Rauwolfia alone. The fall took place in a gradual manner, without any side-effects.

ZUSAMMENFASSUNG

Eine Gruppe von 12 ohne besondere Auswahl zusammengestellten Fällen mit arteriellem Hochdruck verschiedener Art, wurden mit einer Verbindung von Nokhel-Reserpin-Phenobarbital behandelt. Bei Besprechung der Ergebnisse wird darauf hingewiesen, dass sowohl systolisch als auch diastolisch eine stärkere blutdrucksenkende Wirkung erzielt wurde als mit Rauwolfia allein. Die Senkung des Druckes erfolgte auf eine milde Art und Weise und ohne sekundäre Störungen.

RÉSUMÉ

Avec l'association de Nokhel-Résérpine-Phénobarbital on traite 12 cas d'hypertension artérielle de différents genres, choisis au hasard; on commente ses résultats trouvant que l'effet hypotenseur obtenu, aussi bien sur la pression systolique que sur la diastolique, est supérieur à celui que l'on obtient avec la Rauwolfia seule. La descente fut douce et sans troubles secondaires.

ESTUDIO CLINICO DE LA APOFISIS ESTILOIDES GIGANTE DEL TEMPORAL

E. G.^a-VAQUERO GARRIDO.

Clinica de Otorrinolaringología del Hospital Militar de Valladolid.

Una apófisis estiloides del temporal anormalmente desarrollada es susceptible de producir un conjunto de molestias, más o menos intensas, de ordinario localizadas en la cabeza y cuello, y cuya adecuada interpretación puede ser problema a resolver por médicos que practican diversas especialidades. Es por ello que consideramos conveniente, dada la escasez de literatura nacional a este respecto, insistir sobre el cuadro patológico desencadenado por aquella apófisis a fin de contribuir a su conocimiento, ya que se trata de una afección que se ve con suficiente frecuencia, evitando la repetición de casos como el referido por LA MORTE en un enfermo suyo que en el curso de ocho años había consultado con 29 médicos sin ser correctamente diagnosticado.

Hace años dedicamos un trabajo a este proceso, basado en el estudio de nuestros tres primeros enfermos; nuestra atención ha permanecido orientada en este sentido, y ella nos ha permitido encontrar el suficiente número de casos para poder plantearnos el problema desde un punto de vista algo personal, ya que en los últimos años, y por parte de autores franceses principalmente (AUBIN y cols., PONCET, BARAG y colaboradores y KLOTZ), se ha despertado una atención especial a este asunto y sus opiniones no están totalmente de acuerdo con lo observado por nosotros. No pretendemos realizar una revisión completa del tema de la patología de la apófisis estiloides, ya que ha sido llevada a cabo, creemos que en forma muy difícil de igualar, por PERELLÓ, en 1953, en una Memoria que ha servido de base para algún otro trabajo similar extranjero, sino sólo referirnos al síndrome doloroso producido por ella, y que es el más frecuente.

* * *