

blemente y sólo consiguió que el enfermo se sintiera peor a causa de la presencia de la hipotensión postural. Un corto número de sujetos con asistolia sin uremia experimentaron alivio transitorio de la disnea durante el período de depresión de la presión arterial.

El futuro de sustancias similares en la hipertensión

La acción de los compuestos de este tipo depende, según todos los supuestos, de su posibilidad de sobrepasar la acción de la acetilcolina en la unión ganglionar de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático. La acetilcolina es necesaria para la transmisión de los impulsos nerviosos a través de estos ganglios. Por lo tanto, parece que otras sustancias de esta variedad que pudieran encontrarse podrían tener el mismo tiempo de acción sobre ambos sistemas si consiguieran determinar el bloqueo de los ganglios. En estas circunstancias, la prolongación de la duración del bloqueo se traduciría en molestias para el paciente, causadas por la ausencia de tono parasimpático y sentida en las glándulas de la saliva y en el tramo gastrointestinal. La hipotensión postural continua obliga al paciente a permanecer en decúbito, así como la falta de acomodación es fastidiosa. Los métodos de prolongar la acción del cloruro de tetraetilamonio han sido investigados hasta ahora sin resultado. Pero, aun en el caso de que se lograra tal prolongación, estos agentes no ofrecerían ventajas en el tratamiento diario de los hipertensos. Su utilidad queda limitada a investigar el tono vasomotor y corregir la cefalalgia transitoriamente. De todos modos, el cloruro de tetraetilamonio es un reactivo de utilidad para el estudio de las manifestaciones del sistema nervioso autónomo.

NEUROLOGÍA

TRATAMIENTO MODERNO DE LA EPILEPSIA (*)

Dr. WILLIAM G. LENNOX

Prof. de neurología de "The Neurological Institute of The Children's Medical Center", Boston, Mass.

Los importantes progresos obtenidos en la última década con referencia al diagnóstico y tratamiento de los ataques epilépticos se manifiestan especialmente de tres maneras: empleo de electroencefalograma, progresos en la terapéutica y cooperación del público en la solución del problema social del epiléptico.

Encefalografía. El electroencefalógrafo registra las diferencias de potencial eléctrico de la superficie del cerebro, de manera similar al registro electrocardiográfico de las corrientes del corazón. Este nuevo método de exploración tiene gran significación en el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia. Los potenciales eléctricos alternos, denominados corrientemente «ondas cerebrales», se inscriben en un rollo de papel. En los individuos normales, su frecuencia es la de ocho a doce ondas por segundo; en los epilépticos en pleno ataque, las ondas aumentan considerablemente en amplitud, pero su frecuencia varía según el tipo de la afección: rápida en el gran mal, lenta en los ataques psicomotores, y de ritmo alternado en el pequeño mal. Más importante es el hecho de que en los períodos de calma, tres cuartas partes de los enfermos muestran anomalías del ritmo si se registran los cambios eléctricos durante períodos suficientemente largos, de veinte minutos, por ejemplo.

Las ondas cerebrales difieren según la zona cortical de que derivan, por cuyo motivo se colocan electrodos en distintas áreas; los modelos modernos de electroencefalógrafo pueden tomar simultáneamente hasta ocho derivaciones o canales, de gran utilidad para el neurocirujano al poder comparar las diferen-

(*) "Amer. Clin" Abril 1948.

tes partes del cerebro. Un foco de descarga de ondas anormales en ritmo o amplitud, contribuye a la localización de las lesiones; la operación de excindir un foco epileptógeno tendrá mejores resultados cuanto más normales sean las ondas eléctricas del resto del cerebro.

Con un buen aparato de registro y los conocimientos suficientes para la interpretación de los trazados, el médico puede diagnosticar fácilmente la epilepsia, aquilatar la gravedad del caso, cerciorarse del tipo del ataque, y distinguir la localización de las lesiones. El electroencefalograma facilita la acción terapéutica, aclara el pronóstico y fundamenta en ciertos casos los consejos del médico respecto a matrimonio y descendencia, ya que las ondas eléctricas cerebrales presentan muchos caracteres hereditarios.

A pesar de estas ventajas, no debe perderse de vista que el E. E. G., como todos los métodos complementarios de exploración, es menos significativo que la información obtenida directamente del enfermo. La historia, la descripción de los ataques y la observación de uno de éstos dan carácter informativo fundamental, con la posibilidad de distinguir entre la epilepsia, el síncope, la histéria, los reflejos del seno carotídeo, la tetania y la hipoglicemia. Un registro electroencefalográfico muy anormal, apoya decisivamente el diagnóstico clínico de epilepsia, mientras que una curva moderadamente anormal, debe considerarse sólo como un elemento más de diagnóstico.

Tratamiento. Los estudios de W. PENFIELD, de Montreal, han orientado a los neurocirujanos en la difícil labor de localización de las áreas epileptógenas del cerebro, lo que permite la excisión exclusiva de las regiones provocadoras de los ataques. Pero el progreso más significativo, se ha realizado en el campo de la evolución e introducción de nuevos medios farmacológicos activos contra los ataques. Contamos en la actualidad con cuatro medicamentos potentes: fenobarbital (luminal); difenil adantoína sódica (dilantin o epamin); metilfeniltil hidantoína (mesantoína) y trimetil oxazolindiona (tridiona). Las tres primeras son extraordinariamente útiles en las convulsiones, en tanto que la última lo es en el pequeño mal.

El fenobarbital es barato y de fácil administración. La dosis media para los adultos es de 0.1 gm. al día; las dosis excesivas causan somnolencia y las muy excesivas son peligrosas, como en todos los casos de administración de los barbitúricos, aunque su margen de seguridad es particularmente amplio.

El epamin, utilizado inicialmente por PUTNAM y MERRIT, es útil para los enfermos con convulsiones o con accesos psicomotores (periodos de amnesia o convulsiones tónicas moderadas); substituye al fenobarbital o se asocia a él cuando los resultados de éste son poco satisfactorios. La dosis es de 0.3 a 0.5 gm. diarios, para los adultos. La determinación individual de la posología eficaz es muy importante; debe empezarse con la administración de 0.3 gm. y aumentar la cantidad gradualmente hasta que se moderen o desaparezcan totalmente los ataques, o se observen signos de intoxicación, entre los cuales destacan la incoordinación de los movimientos musculares, la gingivitis o las erupciones cutáneas. Aun administrado a dosis muy altas, no es de consecuencias fatales.

La mesantoína*, de acuerdo con mi experiencia clínica, confirmada por KOZOL, es más eficaz que el epamin, en un tercio de enfermos con convulsiones. Su inconveniente es la frecuencia con que aparecen reacciones de hipersensibilidad cutánea. La dosis diaria para los adultos es de 0.3 a 0.6 gm. Cuando aparezcan erupciones, se suspenderá la medicación, la cual se restablecerá más tarde con aumento gradual, durante un periodo de varias semanas. En casos muy resistentes al tratamiento, pueden asociarse el dilantin y la mesantoína. La asociación de la mesantoína y del fenobarbital es poco práctica por el efecto sedante innecesario.

La tridiona** es específicamente útil en el pequeño mal o picnoepilepsia con contracciones mioclónicas acinéticas. Estos enfermos casi siempre presentan el E. E. G. característico con flechas y cúpulas alternadas, al ritmo de tres

por segundo. Los accesos de pequeño mal, presentes varias veces al día, con pérdida transitoria del conocimiento, son frecuentes en la infancia. El término «pequeño mal», que no significa menor gravedad o brevedad del acceso, debe considerarse únicamente como sinónimo de la llamada picnoepilepsia. La administración de la tridiona suprime los accesos en un tercio de los enfermos y los modera extraordinariamente en otro tercio. El tratamiento modifica también el E. E. G. en muchos casos, con supresión de la alternación de flechas y cúpulas. La dosis conveniente es la de 0.3 gm. al día en los niños de menos de 2 años; 0.6 gm., entre dos y seis años, y 0.9 gm., después de esta edad. En caso de erupción cutánea deberá suspenderse la medicación, y empezarla de nuevo con aumento gradual. La fotofobia, que algunas veces perturba al paciente, obliga al uso de lentes oscuros. Una complicación más grave es la posible lesión de la médula ósea; por esta razón se recomienda el examen mensual de la sangre a los enfermos que toman esta medicación; la primera manifestación tóxica en este caso es la neutropenia con un descenso de los polimorfonucleares por debajo de 1.600 por mm. c. que obliga a suprimir la medicación. En algunos enfermos en quienes no se ha procedido así, la neutropenia ha podido evolucionar hacia la anemia aplásica y la muerte.

La administración juiciosa de una de estas medicaciones o la combinación adecuada de varias de ellas es eficaz en la gran mayoría de los enfermos.

Aspectos sociales. El papel del médico no se limita al tratamiento de los ataques, sino que debe procurar la eliminación de los obstáculos que se oponen al progreso social e intelectual del enfermo. En este aspecto, la educación es muy importante si logra desvanecer del público las ideas erróneas corrientes sobre la epilepsia y sus secuelas. La Liga Internacional contra la Epilepsia ha presentado grandes servicios, gracias a los cuales en la actualidad, las oportunidades de empleo para los epilépticos son muy superiores a las de cualquier época anterior. La Liga Argentina contra la Epilepsia, bajo la presidencia del doctor AQUILES GARCISO, es muy activa; cabe esperar que se organicen rápidamente otras en los distintos países de la América Latina.

OFTALMOLOGÍA

ALGUNOS DEFECTOS VISUALES Y ENFERMEDADES OCULARES QUE EL MÉDICO DEBIERA CONOCER (*)

Dr. C. DWIGHT TOWNES

En ocasiones es conveniente recordar a los cultivadores de otras ramas de la Medicina que en oftalmología hay ciertos procesos que deberían ser remitidos a un oculista con la mayor urgencia posible, con objeto de que el paciente tenga el máximo de posibilidades de conservar, o de mantener, la visión útil. Son las siguientes:

Oftalmía neonatorum. — El tratamiento de esta grave enfermedad — en otros tiempos causante de un elevado porcentaje de cegueras — es mucho más satisfactorio desde el descubrimiento de la penicilina. Mediante administraciones intramusculares le 10.000 unidades cada tres horas, con una dosis total raras veces superior a las 100.000 unidades, la infección responde rápidamente, a veces de forma espectacular. Por lo general, en 18 a 24 horas se obtiene ya frotis negativos. No se requiere otro tratamiento local que frecuentes irrigaciones de ácido bórico o salinas normales.

Catarata congénita. — Este defecto se advierte en ocasiones ya al nacer, pero por lo general no es descubierto hasta que al niño cuento ya algunas semanas o meses. Debido a lo pequeño de la pupila del niño y a su poder de

(*) Kentucky Medical Journal, 45: 405-412. 1947.