

"Butlletí de l'Agrupament Escolar de l'Acadèmia i
Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya" II (1933)

SESIONS CIENTIFIQUES

Hipertensió juvenil i albuminúria ortostàtica *

per MARIUS TORRES PERENYA

Us he d'advertir, abans que res, que moltes de les deficiències de la meua comunicació em són conegudes per endavant. Em demanareu, que aleshores, perquè la faig: i vaig a explicar-ho. Us exposaré un cas clínic que m'ha semblat de diagnòstic interessant, i instructiu; però es tracta d'una malalta que no està arxivada en cap servei públic, clínica o dispensari, sinó que pertany a una consulta privada. Això vol dir, que potser no fou estudiada amb el rigor científic que calia. Malgrat tot, m'ha semblat digna d'exposar-la a l'Agrupament, vosaltres direu si amb excessiva bona fe.

Pilar P: S. de disset anys, és una noia prima i nerviosa: Consulta el dia 12 de Juliol de 1932, per una sensació dolorosa contínua que no s'exagera per l'esforç, que no és molt intensa, localitzada a la regió precordial, especialment sota la clavícula esquerra. Aquesta àlgia, que començà tres mesos enrera després d'un xoc psíquic important, no presenta cap irradiació: neix i mor *in situ*.

Mai disnea, ni d'esforç ni paroxística. Mai edemes ni cianosi. Bon apetit. Menstruació normal.

120 pulsacions fortes i rítmiques. R. O. C. 120-108. Batecs cardíacs intensos: cap soroll adventici. Aparell respiratori normal a l'expiració física.

Radioscòpia; cor gens engrandit, espai retrocardíac desocupat. Zones pulmonars completament transparents.

Pressió arterial 18-8 (Pachon Gallavardin).

* Comunicació presentada a l'Agrupament el dia 9 de Desembre de 1932.

Orina: albúmina positiu. Glucosa, sals i pigments biliars negatiu. Sediment urinari: alguna cèl·lula epitelial, no es veuen cilindres ni hematies.

Es prescriu un règim lacto-vegetarià mitigat i s'aconsella evitar el cansament i les emocions.

Vui dies després, el 20 de Juliol de 1932, el quadro clínic no havia variat, però no es trobà ni indicis d'albuminúria. S'insisteix en els mateixos tòpics i, a més, es prescriu una poció amb hipotensors (nitrit, cloral, iodur) i unes gotes amb salicilat d'esserina.

El dia 1 d'agost de 1932, la malalta es troba molt millorada de l'àlgia toràctica: La tensió és 17-5, 5 al Pachon. En fa la prova de l'albuminúria ortostàtica: En l'orina emesa en posició vertical hi ha evident albuminúria; en canvi l'orina recollida al matí en llevar-se, després d'una llarga permanència en posició horitzontal està completament exempta d'albúmina.

Cap antecedent personal o familiar d'importància.

Heus ací, doncs, una curiosa coincidència. Es evident, que els dos signes cardinals d'aquesta història són, d'una banda l'hipertensió, i de l'altra l'albuminúria ortostàtica. Ni l'una ni l'altra són rares; l'ortostàtica és freqüentíssima en els adolescents, i l'hipertensió és gairebé banal en els subjectes d'edat madura. Però l'associació de les dues, és digna de comentar-se, perquè tots sabeu — o sabreu — que en l'ortostàtica genuïna, la tensió normal i fins una lleugera hipotensió, constitueix una regla de la qual ningú no esmenta les excepcions.

Aquesta història podia agafar, com veieu, un caire suggestiu, si jo tingués la preparació i l'audàcia necessàries per a fer altra cosa que repetir en veu alta, davant vostre, els dubtes diagnòstics que aquest cas oferia.

Per arribar a un diagnòstic vàlid, analitzarem successivament els quatre símptomes importants de la malalta.

L'albuminúria intermitent, ortostàtica.

L'hipertensió arterial.

L'àlgia precordial.

La taquicàrdia.

Albuminúria ortostàtica. L'any 1878, Leube publicà una nota sobre *L'aparició d'albúmina en l'orina de subjectes aparentment sans*. Es considera correntment aquest treball com la primera aportació al tema que ens ocupa; però cal saber, que precedentment, Becquerel, l'any 1841, Vogel en 1864, i William Gull en 1873, havien observat albuminúries benignes. Malgrat aquests precedents, la significació clínica de l'ortostàtica no ha estat ben coneguda fins que els treballs de l'escola alemanya han demostrat que no depenia de cap lesió renal i l'han separada definitivament de les nefropaties. No volem dir amb això que la coneixença de l'alb. ortostàtica sigui d'origen exclusivament germànic: Ja Merklen l'any 1887 delicava

la seva tesi a *L'albuminúria intermitent, cíclica o malaltia de Pavy*, però, amb les nefrosi i les esclerosi renals, els francesos engolfaven l'albuminúria ortostàtica en la vaguetat de les seves nefritis cròniques, en les quals cabien totes les malalties mèdiques del ronyó.

Per si algú de vosaltres no ha estudiat encara la part de Patologia mèdica corresponent a malalties renals, diré dues paraules sobre què és l'albuminúria ortostàtica. És essència, és una varietat d'albuminúria que sols es presenta quan l'individu està en peu. En la posició horitzontal, en el decúbit, l'orina no conté albúmina. El temps que tarda aquesta albúmina a aparèixer i desaparèixer en canviar de posició és variable; no sembla poder-se deduir res d'aquestes variacions. Es presenta ordinàriament en joves prims, astènics i lordòtics. És influenciable per les emocions, la fatiga, el *surmenage*. Pot anar acompanyada d'emissió d'escassos cilindres hialins.

Ha estat molt discutit si l'albuminúria ortostàtica depenia d'alguna lesió renal o d'altres vísceres, o bé si devia considerar-se desproveïda de tota significació patològica. Avui es creu això darrer. A França es resisteixen a admetre que una albuminúria, que pot ésser quantiosa, pugui no tenir importància, i Castaigne s'ho arregla amb una empírica "debilitat renal".

Valdés Lambea, creu que la majoria, sinó totes, les ortostàtiques depenen d'una tuberculosi incipient. És impossible negar que alguns ortostàtics puguin ésser bacilars. La constitució que favoreix l'albuminúria — hàbit de Stiller, misèria fisiològica — és també predisposant a la tuberculosi. Però el tisiòleg madrileny generalitza massa: quan menys, en el nostre cas, no es veia la petja del bacil de Koch.

Jehle, l'opinió del qual és avui la més correntment admesa, atribueix l'albuminúria ortostàtica a la lordosi coincident, que, comprimint les venes renals, principalment l'esquerra, produiria èxtasi sanguini en els vasos glomerulars d'on resultaria una acidosi local, causa immediata de l'albuminúria. Però hi han força casos d'ortostàtica en els quals la lordosi no existeix—i viceversa—. És obligat de recórrer a la hipòtesi de Politzer, que considera l'albuminúria ortostàtica com un reflexe vasomotor, el punt de descarga del qual, estaria en els vasos glomerulars, que es farien permeables a l'albuminúria: L'estímul partiria de les terminacions sensitives dels lligaments viscerals, distesos en posició vertical. Això explica que la ptosi gástrica s'acompanyi no rarament d'albúmina ortostàtica.

La teoria de Politzer, comprèn absolutament tota l'etiologia de l'ortostàtica? És difícil demostrar que no. Tantmateix, l'ortostatisme, per ell sol produeix a més d'albuminúria altres transtorns l'origen reflexe dels quals

no és demostrat, com la curiosa hipotensió ortostàtica i les desconcertats variacions de la fórmula hemàtica d'un nen observat per Montes Pareja, en el qual l'ortostatisme produïa un augment del nombre de leucocits que tornaven a la xifra normal en el decúbit.

Clínicament, al costat d'aquesta ortostàtica que podríem anomenar essencial, o genuïna, n'hi han dues que difereixen per la seva etiologia l'una, i per la seva evolució l'altra; són:

L'albuminúria ortostàtica postnefrítica, i

L'ortostàtica seguida d'esclerosi renal.

Alguns malalts afectes de nefritis aguda, presenten durant la defervescència una albuminúria ortostàtica transitòria. A part la dada capital de l'anamnesi, revelant l'atac de glomerulitis — i cal recordar que una nefritis aguda pot passar desapercebuda — el principal element de diagnòstic és la comprovació en el sediment urinari de cilindres granulosos i epitelials, o, d'abundants hematies o glòbuls ombra. La pressió arterial no orienta el diagnòstic, perquè en l'estadi post-nefrític no és elevada.

La tercera categoria d'ortostàtiques es presenta, com la veritable, en adolescents astènics i esprimatxats. La seva aparença és completament inòcua; però passen els anys i la regressió natural de l'albuminúria no es produeix. En canvi, el subjecte es troba, en arribar a l'edat madura, amb un quadro d'esclerosi renal primària que el condueix ràpidament a la insuficiència renal i a la mort. Es curiós que aquesta forma sigui sovint familiar. Però no és molt freqüent.

Això posat, a quina de les tres categories pertany l'albuminúria de la nostra malalta?. A favor de l'ortostàtica genuïna tenim l'absència d'antecedents de nefritis, l'edat, el caràcter, les dades negatives del sediment urinari. Hi ha en contra l'hipertensió arterial.

A favor de l'ortostàtica post-nefrítica no hi ha cap argument. Els antecedents, la manca de cilindrúria s'hi oposen sobretot. L'hipertensió ja hem dit que no és cap dada a favor.

En parlar de la tercera categoria ja fou dit, que fins després de molt temps d'evolució com les ordinàries, no es separen per acabar en la insuficiència renal. Ningú no pot saber què farà la nostra malalta. Actualment no presenta cap signe d'esclerosi renal, i em semblaria abús de catalogar-la-hi només per l'hipertensió.

Crec, doncs, que l'albuminúria que ens ocupa, era ben bé una ortostàtica genuïna. Aleshores, què significa l'hipertensió arterial?. Simplement, una coincidència. Que potser no ens semblarà gaire extraordinària si estudiem a què pot ésser deguda aquesta hipertonia.

HIPERTENSIO ARTERIAL

No m'escauria, ni que volgués, de fer el més petit comentari als conceptes actuals en nosologia i patogènia de la hipertensió. Aquest estiu passat, il·lustres homes de ciència en feien el tema de llurs aportats al VII. Congrés de Metges de Llengua Catalana. En la memòria publicada pels organitzadors, trobarà, qui ho desitgi, detallades exposicions de fets i teories. No les necessitem: admetent, per raons de comoditat, la classificació d'hipertensions en essencials i simptomàtiques, especialment d'una lesió renal — divisió que algú considera dessueta —, i acordat que l'albuminúria de la nostra malalta no era deguda a cap lesió renal, és evident que la seva hipertensió deu considerar-se essencial. I procurant relliscar el menys possible en les tenebres de la patogènia, repassem, d'un punt de vista clínic, els factors d'hipertonia en una noia de disset anys.

a) Causes generals.

Sexe: L'hipertensió essencial, a l'inrevés de la nefropàtica, és més freqüent en les dones. Aquesta predilecció està en raó inversa amb l'edat. En l'hipertensió essencial dels joves, Ayman i Pratt troben un 83 % de noies i un 17 % de nois.

Edat: L'actual professor de patologia mèdica a Sevilla, Calvo Criado, diu que l'hipertensió és molt rara en els joves, i en la seva darrera estadística no té cap cas per sota dels 20 anys. Però l'hipertensió juvenil és coneguda de temps. És freqüent, sense ésser excessivament rara.

Herència: és indiscutible. Viedeman i Paal troben antecedents d'hipertonia en 38 per 100 dels seus hipertensos. En cent individus normals escollits a l'atzar en troben només en 6 per 100. Clínicament no existien antecedents en el nostre cas. Però no fou mesurada la P. A. en els seus pares.

Caràcter: Heus ací un punt interessant. Es admès que l'hipertensió té una predilecció pels individus irritables, angoixats. Un exemple clàssic el constitueix els malalts amb fòbia de l'hipertensió que acaben per estar-ne afectes.

b) Intoxicacions.

Són rars els casos d'hipertensió juvenil que poden ésser atribuïts neta-ment a saturisme, tabagisme, o a l'alcolisme agut i crònic. Entre les autointoxicacions, hom acusa especiosament, l'obessitat, la gota i la diabetis: és possible que en algun cas tinguin una real importància. No era així en el nostre.

c) Infeccions.

Es freqüent de trobar en els antecedents personals del hipertensiu l'escarlatina, la febre tifoide, la diftèria, les angines banals i el reumatisme. Algú n'ha deduït, que aquestes infeccions podrien favorir la gènesi d'un estat hipertensiu. Manquen estadístiques concretes, i, a priori, l'hipòtesi no és convincent (excepció feta de l'escarlatina complicada de lesió renal. Però aleshores ja no és l'escarlatina, sinó la lesió renal el que cal tenir en compte).

Més versemblant és el paper de les infeccions cròniques, especialment de la tuberculosi i de la sífilis. L'intervenció de la primera és innegable en certs casos. Al costat de les tuberculosis evolutives casseoses, gairebé constantment acompanyades d'hipotensió, es troba algun cas de tuberculosi, fibrosa, lenta, que evoluciona amb augment de la pressió arterial. Aquesta hipertensió s'explica, provisionalment, per lesions d'esclerosi arteriolar específica. En les estadístiques modernes, trobem d'un 1, a un 5 per 100 de fímics, en general, amb pressió elevada: en les formes fibroses aquesta proporció és major. La majoria d'ells són joves, i el caràcter poc evolutiu de les seves lesions fa que, a vegades, l'origen bacillar dels seus mals no sigui excessivament palès.

Es comprén, doncs, que cal pensar en la tuberculosi davant d'un jove hipertensiu. Més amunt hem dit que la nostra malalta no en presentava cap rastre.

Més discutit és el paper de la sífilis. Els antics deien que podia causar hipertensió, i s'ho explicaven per lesions anatòmiques grosses; nefritis, ateroma, insuficiència aòrtica. Alguns autors moderns, admeten, encara, una heredo-lues com a causa d'hipertensió juvenil. D'altres, amb Clerc, li neguen tot valor. En el nostre cas era ben improbable.

d) Glàndules de secreció interna.

Poden intervenir de múltiples maneres. En realitat els estats hipertensius de causa endòcrina depenen, alhora, no d'una, sinó de diverses disendocrínies. Però, esquemàticament, no serà inútil que estudiem aïlladament les possibles relacions de l'hipertensió juvenil, amb la disfunció d'algunes glàndules de s. i.

Fisiològicament, el fetge intervé en la regulació de la tensió arterial. Però aquest fet, ben demostrat, no té aplicació ni a la clínica, ni a la terapèutica. No ens interessa doncs.

Recentment s'ha trobat que un estat hipertensiu, l'eclàmpsia gravídica, depèn d'un augment, a la sang, d'hormona del lòbul anterior de l'hipòfisi. Però ignorem encara si aquesta hormona té algun paper en l'etiologia de l'hipertensió ordinària.

Tots sabeu que existeix una hipertensió de la menopausa, que es presenta en un 25 per 100 de dones arribades a l'edat crítica. Malgrat la menopausa sigui un estat clarament poliendocrí, existeix una relació indiscutible entre la P. A. i la secreció interna de l'ovari. Una insuficiència ovàrica va acompanyada d'hipertensió. De fet, aquesta insuficiència és una de les causes més importants d'hipertensió juvenil femenina. Les menstruacions de la malalta que comentem eren normals. Però no gosàrem abandonar en absolut la possibilitat d'un factor ovàric en la gènesi de la seva hipertensió.

Ja sé, que experimentalment, la funció hipotensora de l'hormona ovàrica no és prou clara. I que el caràcter variable, inestable, de l'hipertensió climatèrica s'adiu més amb un desequilibri, una sensibilització com diu Bauer, del vegetatiu, que no pas amb un constant dèficit d'hormona. Però no he volgut parlar més que de fets clínics, i aquests no els nega ningú.

Es curiós, que malgrat l'extraordinària importància que els signes d'irritació simpàtica tenen en l'hipertiroidisme, la tiroxina tingui una influència tant escassa en la regulació de la P. A. Tots sabeu que ni l'hipotensió és constant en el mixedema, ni l'hipertonía és una regla infal·lible en el Basedow. Algun símptoma de la nostra malalta fa pensar en un petit hipertiroidisme (taquipsíquia, taquicàrdia). Quan comentem aquesta arítmia revindrem sobre la possibilitat de l'hipertiroidisme.

Les hormones del pàncreas tenen una acció hipotensora. D'una banda ho prova el fet que la diabetis va sovint acompanyada d'hipertensió: de l'altra Gley i Khisthinios han demostrat l'acció vasodilatadora dels extractes pancreàtics desinsulinitzats. A més, els hipertensos no renals presenten gairebé sempre una hiperglucèmia moderada que, tantmateix, és arriscat d'atribuir exclusivament al pàncreas si recordem el principal paper que les suprarenals juguen, alhora, en el metabolisme dels glúcids, i en la regulació de la P. A.

Es sabut de tots vosaltres, que l'adrenalina, potent, vaso-constrictor, augmenta considerablement la pressió sanguínea. Això ha fet que Vàquez atribuís l'hipertensió a una hiperadrenalinèmia. Aquesta teoria és dubtosa ja que l'augment de l'adrenalina de la sang no ha estat constatat ni en aquelles hipertensions en les quals era lícit d'esperar-lo.

Ens referim a les hipertensions degudes a tumors de les suprarenals. Fraenkel, l'any 1886, publicà l'observació d'una noia hipertensa en l'autòpsia de la qual, es trobaren dos tumors; un a cada suprarenal. L'any 1899, Robert explica en la seva tesi doctoral, l'història d'un home hipertens, en el qual diagnosticà—no sé pas com—un tumor suprarenal i prova l'extirpació quirúrgica: sobrevé la mort, i a l'autòpsia es comprova el diag-

nòstic. Finalment, una observació de Labbé (1922) ha renovat l'interés per aquesta qüestió i ha provocat una abundant bibliografia, en la qual es troben dos casos,—un de Mayo, i un de Shipley,—curats per l'extirpació quirúrgica del tumor (operació de von Oppel).

Anatòmicament aquests tumors corresponen als paragangliomes i tenen llur origen en la medulla suprarenal. Els tumors del cortex—adenomes, adenocarcinomes, carcinomes—tendeixen més que a produir hipertensió, a originar el síndrome genital hipersuprarenàlic (hirsutisme, virilisme, etc.).

Com arribar el diagnòstic de tumor suprarenal? Heus ací les seves principals característiques.

No hi ha edat ni sexe predilecte. Homes i dones, de la primera infància a la senectut poden presentar-los.

L'evolució pot ésser aguda o crònica (deu anys, cas de Shipley).

S'han trobat casos en individus morts sobtadament.

La hipertonia és sempre paroxística, irregular, la insuficiència cardíaca precoç i constant. L'edema pulmonar agut és una manera freqüent de morir.

Dels símptomes associats, el principal és la glucosúria, rarament elevada, sovint discontinua. Després, per ordre de freqüència, trobem, els trastorns vaso-motors de la cara, vòmits, sudacions intenses, aflaquiment i hipertèmia.

Aquests símptomes són ben elàstics. Però la manca de tots ells en la nostra malalta, no permet fer el diagnòstic de tumor suprarenal. S'han recomanat la radiografia amb neumoperitoneu, i la intervenció explotadora com a medis diagnòstics. No ha estat possible de practicar-los.

e) Sistema nerviós vegetatiu.

Abans que res, cal posar una qüestió prèvia. Què devem entendre per sistema vegetatiu? Els treballs de Danielopolu, creant el concepte d'anfotonia, i els més recents de diversos autors alemanys, han fet molt de mal a la clàssica i clara teoria de l'antagonisme simpàtic contra parasimpàtic, i les idees d'Eppinger i Hess van en camí d'esdevenir caduques, o almenys, insuficients.

Però, únic o dual, una disfunció del s. n. v. pot causar, per ella sola, una pertorbació de la pressió arterial? Es més que probable. Ara que és difícil de concretar clínicament aquesta probabilitat, donada l'imprecisió que encara regna respecte el concepte i les funcions del sistema nerviós de la vida autònoma.

Provarem d'establir alguns fets que semblen indiscutibles:

1.er L'hipertensió arterial solitària es caracteritza per una hiperex-

citabilitat del sistema vaso-motor, inervat pel simpàtic. Lian ho ha demostrat suficientment.

2.on Un bon percentatge d'hipertensos joves presenten estigmes d'irritació vegetativa. Migranya, calfreds, suors profusos, acrocianosi, edema angioneuròtic.

3.er Els capillars tenen un paper de primer ordre en la regulació tensional. Els capillars estan inervats pel simpàtic.

Veiem, doncs, que una irritació del s. n. de la vida autònoma, és lògic que produeixi hipertensió d'origen principalment vascular. Cal saber ara que pot irritar el vegetatiu. Esquemàticament, i per mi ja n'hi ha prou, i suposo que per vosaltres també, podem admetre tres menes de factors; tòxics, endòcrins i psíquics.

En resum, l'etiologia de l'hipertensió juvenil no és única, sinó múltiple. Com una mena de cocktail compost d'ingredients variats, que intervenen en proporcions diverses en cada cas particular.

Pel que fa l'hipertensió de la nostra malalta, em penso que, apart la possibilitat d'un factor ovàric, o hereditari, o altres, una part gens menys preuable revindria al s. n. v. hiperexcitat pel xoc psíquic important amb què comencen les seves molèsties. Si acceptem la hipòtesi de Politzer, que atribueix l'ortostàtica a un reflexe vegetatiu, veurem com s'enllacen aquests dos símptomes que semblaven tan oposats.

Per acabar he de dir dues paraules referent als dos altres símptomes importants de l'història clínica que ha motivat el meu treball.

Algia precordial.—Les sensacions doloroses precordials, són més banals en els joves que en els vells, en les dones que en els homes. En una noia de disset anys, no constitueixen per tant cap motiu de preocupació. Cal fer notar, a més, que el caràcter intervé, ací també, com un importantíssim terreny favoridor.

Fugiria dels límits prudents, si volgués fer un diagnòstic diferencial—interessantíssim— de les àlgies càrdio-toràciques. No més vull dir que, en la meua opinió, el dolor subclavicular de la malalta de què parlem, pot ésser interpretat, amb versemblança, com la traducció, feta per un plexe cardíac excessivament sensible, de la lleugera fadiga miocàrdica produïda pre l'hipertensió.

Taquicàrdia.—Poden donar-se-li tres explicacions. O considerar-la, com l'àlgia, deguda al cansament del miocardi: o atribuir-la a una irritació vegetativa; o a un estat hipertiroideu.

Es difícil de concloure. La manca de signes d'insuficiència cardíaca, la integritat radiològica del cor, no exclouen la primera possibilitat. La segona interpretació encaixa justament en el concepte general de la nostra

malalta. Per a aclarir un possible hipertiroidisme, un metabolisme basal ens seria preciós. Però, seria decisiu? Gallavardin ha publicat un treball, demostrant que el tiroides intervé poc en l'etiologia del que ell anomena "neurosis taquicàrdiques", encara que en algunes estigui elevat el metabolisme. A part d'això caldria recordar que la sola hipertensió comporta un augment moderat del metabolisme de base. I, encara, en el nostre cas mancaven tots els altres signes d'hipertiroidisme per a justificar aquesta hipòtesi.

Acabada, amics, la meva comunicació, m'adono que no he dit res de nou per a vosaltres i temo que esteu tant penedits d'haver vingut a escoltar-me, com jo d'haver-vos dirigit la paraula. Només una cosa voldria que retinguèssiu: Científicament, pertanyen a la prehistòria, però cronològicament no són molt lluny, els temps en què la constatació d'una albuminúria equivalia al diagnòstic de nefritis. Avui, això ha passat. Però, davant d'una albuminúria acompanyada d'hipertensió, es parla, encara precipitadament, de nefritis crònica. I això tampoc és acceptable. En individus joves, sobretot, cal comprovar si aquella albuminúria és ortostàtica i, en cas afirmatiu, si és o no secundària a una glomerulitis.

Això és l'únic que m'interessa, car si algú de vosaltres, alguna vegada, desemmascara així una pretesa nefritis crònica, jo tindrè la consciència tranquil·la perquè, aquell al menys, m'absoldrà de l'estona que us he fet perdre amb la meva comunicació.

RECTIFICACIO

L'amic Elies creu que la causa del quadro clínic que he exposat és l'hipertiroidisme. Què hi farem! Jo he dit els arguments que hi havia a favor i en contra d'aquesta teoria: ell no ens n'ha aportat d'inèdits. Només que a ell el convencen aquells que a mi no em treuen del dubte. La diferència que ens separa és subjectiva, no pas objectiva. Em sab greu, però no tinc cap més argument per a convencer-lo.

En resposta a la seva pregunta he de repetir que la meua malalta no presentava cap signe característic d'hipertiroidisme. No hi havien símptomes oculars, i sobretot mancava el signe cardíac de Marie, la tremolor.

No crec pas, com l'amic Barceló, que l'àlgia precordial pogués ésser deguda a l'aerofàgia. No m'hi faria fort, però em sembla que si l'aerofàgia

pot evolucionar sense símptomes dispèptics, és una mica difícil que no produeixi, al menys en casos on origini sensacions pseudoanginoses, eructacions molestes o plenituts que la malalta hauria acusat a l'interrogatori.

Finalment, em trobo una mica embarassat per a respondre a la pregunta de l'amic Fornell. Ell sab tant bé com jo que la mesura quantitativa d'una albuminúria està desproveïda d'interès. En l'ortostàtica, la quantitat d'albumina que conté l'orina és sovint més intensa que en les nefritis cròniques, sense arribar a les xifres enormes de les albuminúries nefròtiques. Aproximadament oscilla entre indicis i 10 per mil.

PRINCIPALS TREBALLS CITATS EN EL TEXT

- HEUBE.—Arch. fur path. Anato und Phgiol. 1878.
BECQUEREL, VOGEL, GULL.—In Fisberg: Hypertension and Nephritis. Filadelfia 1930.
MERCCKLEN.—Tesi de Lió. 1887.
CASTAIGNE.—La débilité renale. Societé Médicale des Hop. de Paris. 1902.
VALDÉS LAMBEA.—Tuberculosis y albuminuria. La Medicina Ibera. 1928.
SEHLE.—In Tractat de Patologia i Terapèutica de K. v. Brugsch. Volum VII. 1920.
POLITZER.—In Bernáldez. Mundo Médico, 1932, núm. 165.
MONTES PRASEJA.—Variaciones hemáticas... etc. Revista médica del Uruguay. 1925.
VII.è Congrès de Metges de Llengua Catalana. Tema 2. Mallorca, 1932.
PELISSIER.—L'hypertension arterielle solitaire. Paris, 1927.
AYMAN i PRATT.—Nature ob symptoms associated with essential hypertension. Arch. Internal Med. 1931.
FAME.—Tension arterielle et Tuberculose... Rev. de la Tuberculose, 1931.
GARCIA TRIVIÑO.—La tensión arterial de los Tuberculosos. Siglo Médico, 1932.
PEYRON.—Le paraganglione surrenal... Bull de l'Ass. française par l'étude du cancer, 1930.
FRAENKEL.—Virchow Archir, 1886.
ROBERT.—Tesi de Lió, 1899.
LABBÉ, TINEL, DOUMER.—Comunicació a la Societé Médicale des Hop. Paris, 1922.
MAYO, C. H.—Paroxismal hypertension with Tumor... Journal. American Med. Assoc., 1927
SHIPLEG.—Paroximal hypertension associated with... Ann: of Surgerg: 1929:
LIAN.—De etat du systéme nerveux vegetatif... Presse Médicale, 1929.
GALLAVARDIN.—Metabolisme basal et... S de Medicina de Lió,