

lepra se deben a la invasión del globo del ojo por el *Mycobacterium Lepra* y que, por lo tanto, la respuesta a la estreptomycinina es específica. Una prueba de tratamiento prolongado en los trastornos oculares estará indicada, por lo tanto, en aquellas circunstancias en que se busque la prevención de la ceguera.

El tratamiento con la estreptomycinina no se ha empleado en suficiente número de casos de neuritis, orquitis y linfadenitis, ni en las reacciones agudas generalizadas de la lepra, para saber definitivamente si es de valor en estas circunstancias. Las observaciones superficiales de casos aislados indican que la mejoría se obtiene a veces también con la misma evidencia.

Bibliografía

- (1) «Report of the Committee on Therapy», Fifth International Leprosy Congress (April 1948).
- (2) FAGET, G. H., POGGE, R. C.; JOHANSEN, F. A.; DINAN, J. F.; PREJEAN, B. M.; and ECCLES, C. G. «The promin treatment of leprosy». A progress report. Pub. Health Rep. 60 (1945) 1165.
- (3) FAGET, G. H. and ERICKSON, P. T. «The Chemotherapy of Leprosy». J. A. M. A. 136:7, 451-457 (Feb. 1948).
- (4) FITE, G. L., and GEMAR, F. «Regressive Changes in leprosy under Promin therapy». South. M. J., 39:277 (1946).
- (5) FAGET, G. H., and ERICKSON, P. T. «Use streptomycin in the treatment of leprosy». Internat. J. Leprosy. 15:146-153 (April-June 1947).

MEDICINA GENERAL

HIPERTENSIÓN EXCESIVA DE LARGA DURACIÓN *

Dr. ALEX M. BURGESS

prof. de Salubridad e Higiene, Sección de Medicina, "Brown University" Providence, Rhode Island

LA cuestión de la hipertensión tiene gran importancia, acrecentada por la «hipertensofobia» que padece buena parte del público, gracias a la no siempre recomendable literatura de divulgación. Desgraciadamente, la profesión médica no dispone de información digna de confianza con la cual se puedan desvanecer los temores de los enfermos que conocen el estado de su presión y en quienes, como consecuencia, ha evolucionado un estado comprensible de ansiedad.

Si el médico se enfrenta a un adulto joven cuya presión diastólica se mantiene fija por encima de 120, cuyos campos retinianos presentan hemorragias lanceoladas, exudados y edema, y quien, por fin, sufre ya sin duda de lesiones cardíacas o renales, no hay dificultad en formular la estimación pronóstica. Estos casos patentes de hipertensión de tipo maligno son fácilmente reconocidos y la gravedad de la situación se descuenta por todos. Pero si se examina a un paciente de alto grado de hipertensión (incluso con presiones sistólicas de 200 a 300 y presiones diastólicas por encima de 120), en quien se demuestra que la afección no es progresiva, que no hay trastornos retinianos o son mínimos y en quien no flaquea el corazón o el riñón, no hay segura información sobre la cual apoyar el pronóstico.

No se ha intentado separar el tipo hipertensivo, evidentemente sin tendencia a la agravación, del tipo maligno, sin que tampoco se haya estudiado el

* "The New Eng. J. of Med."; 15 julio, 1948.

pronóstico del primero. Además, la importancia de la presión diastólica no ha sido convenientemente subrayada. Muchos investigadores han señalado que la observación de la presión diastólica elevada es signo decididamente desfavorable, aunque en sus estadísticas han registrado los resultados en conjunto, con respecto a las presiones sistólicas y diastólicas, por lo que han salido mal de su empeño si pretendieron demostrar el valor pronóstico de las altas cifras diastólicas.

Tampoco se ha llegado a conclusiones definidas en otro aspecto de la cuestión, precisamente el que desea conocer el médico responsable del bienestar de su enfermo hipertenso y con deseos de prolongar su vida y de hacerla lo más placentera posible; ¿qué relación hay entre la probabilidad de supervivencia de un hipertenso y una persona de la misma edad sin esta tara?

Con el fin de hallar una respuesta a esta pregunta, se han resumido los datos registrados de 100 pacientes privados, a partir de 1914. En todos ellos, para eliminar que la presión fuera de tipo progresivo maligno, se tuvo la certeza de que la hipertensión duraba más de 8 años. Se comprendieron en el grupo aquellos sujetos con presiones por lo menos de 180-100. La edad de estos 100 hipertensos es la siguiente: 22 contaban de 28 a 50 años; 39, de 51 a 60; 18, de 61 a 70; 11, de 71 a 77.

El estado de los pacientes en 1947 era el siguiente: 47 vivían y se encontraban: 30 en buena salud, 5 ligeramente incapacitados, 3 moderadamente incapacitados y 6 en condiciones desconocidas. Por otra parte, 53 pacientes habían muerto a consecuencia de: 22 de enfermedad cardíaca, 9 de enfermedad cerebral, 2 de nefropatía, 3 de causas sin relación con la hipertensión y 17 de causas desconocidas.

Si se considera la probabilidad de vida del grupo en conjunto, en relación con la que debieron haber tenido en el caso de ser calculada según los datos de las compañías de seguros, para las personas normales, la diferencia es mínima. En los 100 pacientes que forman la base de esta investigación, es notable el hecho de que todos aquellos con más de 65 años en el momento de la primera observación han sobrepasado el promedio de probabilidad de vida; el corolario a esta afirmación es, que aquellos en quienes la hipertensión excesiva se descubrió precozmente en su vida y cuya probabilidad de supervivencia es relativamente grande, no es fácil que la sobrepasen. Esta particularidad es de interés por el hecho de que los individuos de menos de 50 años son los que suelen ser apreciados como sujetos favorables a la práctica de la simpatectomía.

Se deduce de los datos registrados, que la presión sistólica elevada no es en sí misma un signo pronóstico desfavorable. Para precisar, de los 27 pacientes que presentaron una presión sistólica de 250 mm. o todavía más alta en algún momento, en que fueron observados durante el curso de su enfermedad, se acercaron más a la probabilidad de vida que aquellos que nunca llegaron a cifras tan elevadas. Este dato se aprecia más si se considera que en 5 pacientes en quienes se obtuvieron lecturas por encima de los 300 mm., han llegado a un promedio de vida ligeramente superior al normal. La explicación más plausible de esta circunstancia es la de que buena parte de estos pacientes con alta presión sistólica, tenían en cambio bajas presiones diastólicas, o sea que pertenecían al grupo de hipertensión arteriosclerótica, caracterizada por la falta de elasticidad de las arterias y no por la degeneración de las arteriolas, lo que ha provocado presiones altas del pulso, pero no lesiones intensas orgánicas, aparte la hipertrofia cardíaca.

Los datos estadísticos indican el efecto desfavorable de la presión diastólica alta. En exactamente la mitad de los pacientes estudiados, la presión diastólica remontó por encima de los 120 mm.; en ellos la duración de la vida ha sido apreciablemente más corta que la probabilidad calculada.

En resumen, la hipertensión, incluso en grado excesivo, que ha durado más de 8 años y que no está ligada a afecciones cardíaca o renal, no significa mal pronóstico; en realidad su probabilidad de vida no difiere en un promedio de menos de tres años de la normal.

Este tipo de hipertensión no suele evolucionar hacia la malignidad. En la serie objeto de este estudio, ningún caso pasó al curso maligno. Estas hipertensiones no están en relación con trastornos arteriolares, manifiestos por edema o hemorragias retinianas, ni con lesión renal, hallazgos todos ellos propios de las hipertensiones malignas.

La causa más frecuente de muerte en estos pacientes es la insuficiencia cardíaca y, en segundo lugar, la lesión cerebrovascular.

Cuanto más joven es el paciente en el momento en que empieza su hipertensión, menos probabilidad presenta de alcanzar el promedio esperado de vida. En las edades más jóvenes esta diferencia alcanza hasta 15 años menos.

El presente estudio se apoya en un grupo demasiado reducido para decidir respecto al pronóstico de la hipertensión en relación con el sexo.

Se sugiere que en los casos en que el médico se encuentre con un sujeto de menos de 50 años, afecto de hipertensión, debe ser examinado con bastante frecuencia para diagnosticar la progresión del proceso, sobre todo en lo que se refiere a los signos de trastornos cardíacos, renales o retinianos. En ausencia de los mismos, la indicación quirúrgica puede diferirse.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

LA DIABETES EN EL EMBARAZO *

Dres. PAUL M. RIKE y ROBERT M. FAWCETT

Pittsburgh, Pa.

En estas líneas se trata de los factores perturbadores de la diabetes en el embarazo, según el estudio derivado de las observaciones en el Elizabeth Steel Magee Hospital, prolongadas durante 10 años hasta junio de 1946. Durante dicho lapso se contaron 31.544 partos de los cuales, en 55, o sea el 0,174 %, el embarazo respectivo estaba complicado de diabetes, en un número de 46 mujeres.

Intervalos entre los embarazos

Siete de nuestras pacientes pasaron dos embarazos y una, tres embarazos. El intervalo entre las gestaciones varió entre 1 y 4 años.

Edad

La edad de este grupo se extendía entre los 16 y los 45 años, con una edad promedio de 31 años. Es curioso presentar el dato de que la edad prome-

* "Amer. J. Obst. & Gynec", septiembre 1948.