

El día 18 de noviembre del 46, el Dr. ALEMANY, como fué anunciado en el día de la conferencia, presenta y comenta su herbario de gramíneas en el dispensario, indicando el valor de las mismas en la polinosis, los sitios en que fueron encontradas, la riqueza en distintos ambientes, etc., etc.

## Diagnóstico precoz del mixedema del adulto

Dr. A. BALCELLS GORINA

**E**L mixedema del adulto pasa desapercibido frecuentemente. Hay que buscar las razones por las que esto sucede. El mixedema no es tan raro como se cree y pudiendo beneficiarse tan perfectamente de la terapéutica sustitutiva, es preciso que todo médico sepa diagnosticarlo lo más precozmente posible. Refiere la historia clínica de tres enfermos vistos últimamente en el Dispensario de la Clínica Médica B. En todos ellos, a pesar de haber consultado durante varios años a distintos médicos y especialistas, la enfermedad pasó desapercibida. Analiza las causas de ello y estima que, aparte de que no se diagnostica porque no se piensa en el mixedema — por ser poco frecuente — la imagen mental que tienen los estudiantes y médicos de esta enfermedad es errónea, en parte debido al falso concepto que los libros usuales inducen; proyecta láminas de los libros en que aparecen enfermos notablemente obesos, y dice que por ello se piensa demasiado en hipotiroidismo en la obesidad y muy poco cuando ésta falta. En ninguno de los casos presentados existía obesidad. Además, el mismo nombre mixedema es confusivo, pues uno espera encontrar edemas patentes, siendo así que en muchos casos, especialmente incipientes o larvados, no se aprecia este síntoma. Uno de los síntomas más constantes es la *astenia*, falta de energía y fatigabilidad, que suele presentarse matizada con molestias miálgicas o artrálgicas y a menudo con sensación de calambre, hormigueo o rigidez. Tarde o temprano existe verdadera disnea de esfuerzo. Entre los síntomas más precoces y constantes figura la *constipación*, precedida o acompañada de molestias dispépticas varias, con meteorismo a veces. En otros casos los enfermos refieren, al principio, trastornos vasomotores con cambios de coloración de la cara. Pronto aquejan una exaltada *sensibilidad al frío*, se tornan muy frioleros, incluso en verano. Los caracteres de la piel son especialmente significativos: llama la atención la palidez facial — ¡más palidez que anemia! — a veces salpicada con manchas pigmentarias, como en uno de los enfermos presentados que tuvo un extenso cloasma, «culpable» de haber sido diagnosticado de enfermedad de Addison. Es una palidez sucia, y la piel se presenta agrietada, escamosa y seca. La *falta de sudor* es también uno de los síntomas más constantes, por el que hay que preguntar ante la sospecha de hipotiroidismo, pues el enfermo no suele referirlo espontáneamente. Otras veces, lo primero que nota es un *aumento de peso*, o un abotagamiento progresivo, con o sin edema subcutáneo, siempre sin fovea, que ocasiona la fácil confusión con un nefrópata, como en uno de los casos comunicados. Luego van apareciendo los demás síntomas: caída del vello y del cabello, bradilalia, bradipsiquia, etc. El *diagnóstico funcional*, decisivo, lo proporciona la metabolimetría; pero en este sentido tiene valor también la exploración electrocardiográfica que constituye una verdadera prueba funcional. Menos importancia ofrecen las cifras de la colesterinemia, alta en bastantes casos. El diagnóstico etiológico queda casi siempre oscuro; en los casos presentados hay que destacar entre los antecedentes el trabajo durante varios años en minas de plomo en el primero, la dieta insuficiente e hipoproteica con tra-

(\*) Sesión del día 23 - XI - 46.

bajo excesivo durante años en el segundo, y el trabajo en una fábrica de cartetas antigás con benzol y otros tóxicos en local cerrado en el tercero.

### Aneurismas intracraneales (\*)

Dr. I. GISPert CRUZ

**S**E ha comprobado la existencia relativamente frecuente de malformaciones aneurismáticas congénitas en las arterias del polígono de Willis. En cuanto al papel etiológico de la sífilis y arterioesclerosis en la formación de aneurismas, parece ser mucho menos importante de lo que se creía. En cambio, son más corrientes los aneurismas debidos a procesos infecciosos capaces de provocar una embolia séptica de una virulencia lo bastante débil para no llegar a provocar una meningoencefalitis localizada o un absceso cerebral. Tal sucede con relativa frecuencia en la endocarditis progresiva. Se han descrito formas familiares de aneurismas y el traumatismo sólo habría de tenerse en cuenta como factor etiológico en los aneurismas arteriovenosos.

Ha de considerarse una sintomatología general (cefalalgias, vértigos, éstasis papilar, soplo o murmullo, etc.), y otra focal. Esta varía según se trate del aneurisma sacciforme carotideo (cefalalgias localizadas, oftalmoplegia brusca y frecuente alteración del nervio óptico); aneurisma arteriovenoso carotideo con exoftalmo, soplo continuo, pulsación del ojo, quemosis, parálisis oculares y éstasis papilar.

Son más excepcionales los aneurismas de la cerebral media, comunicantes y cerebral posterior.

Los signos radiográficos tienen un valor definitivo, especialmente por la angiografía que pone de manifiesto claramente la existencia, situación y tamaño del aneurisma como puede verse en algunos de los ejemplos que se muestran de aneurismas carotideos.

La complicación casi inevitable de estos aneurismas es la hemorragia subaracnoidea a menudo mortal. Ocurre de una manera fulminante acompañada de una cefalalgia intensísima y de un cuadro de meningismo que si sobrevive el paciente puede durar bastantes días.

La terapéutica del aneurisma craneal es quirúrgica a pesar de la gravedad que implica. Ligadura de la carótida que puede asociarse a ligadura de los vasos intraorbitarios. Si es preciso intervención osteoplástica con decompresión. En caso de ruptura del aneurisma, hemostasia directa por fragmentos de músculo.

### Evolución clínica y radiológica del ulcus gastroduodenal (\*)

Dr. J. SALA ROIG

**U**NA particularidad característica del ulcus péptico (gástricouretral, pilórico, duodenal, o de boca anastomótica) es su evolución por brotes. Estos brotes afectan tanto al aspecto clínico como al radiológico del ulcus y aparecen con cierta independencia de los factores extrínsecos, para remitir después de un tiempo, de manera espontánea o al menos sin gran relación aparente con factores externos. Estas remitencias no sólo se refieren

(\*) Sesión celebrada el 30 noviembre de 1946

(\*) Sesión celebrada el 7 de diciembre de 1946.