

rrágico por extracción manual de la placenta, junto con el resto de síntomas sugestivos de la necrosis adenohipofisaria postpartum (caída de cabello y vello axilar y pubiano, astenia, anorexia, cefaleas, palabra lenta y amenorrea), nos llevaron con relativa facilidad al diagnóstico. Las exploraciones complementarias nos lo ratificaron; la anemia es muy frecuente en el síndrome de Sheehan, siendo la mayor parte de las veces hipocroma; los 17-cetosteroides están disminuidos, así como los 17-hidroxiesteroides y la eliminación de las gonadotropinas hipofisarias. Este caso es superponible a los dos presentados por BALCELLS³ y nos demuestra una vez más el interés que tiene el conocer el cuadro del mixedema hipofisario postpartum, diagnóstico por lo demás no excesivamente difícil.

Mayores peculiaridades y, por lo tanto, mayor interés clínico tiene nuestro caso 2. El antecedente fundamental de la hemorragia durante el parto, junto con la pérdida de vello, astenia, adelgazamiento, anorexia, pérdida de libido, agalactia y trastorno menstrual fueron los datos clínicos que nos sirvieron para llegar al diagnóstico. Es interesante el hecho de no encontrar una amenorrea después del parto origen del cuadro clínico, aunque sí alteraciones intensas en los períodos, y más interés aún tiene el haber tenido posteriormente otro embarazo y parto normales, aunque también acompañado este último de abundante hemorragia; sabemos que ambos hechos, sobre todo el segundo, son raros, pero están descritos. Este segundo de nuestros casos, en contraposición al primero, presentaba una acusada delgadez, posiblemente en relación con la escasez de manifestaciones mixedematosas. La palidez acusada de la enferma contrastaba con la cifra normal de hematíes en sangre; sabemos que en la palidez de estas enfermas no sólo interviene la cifra de glóbulos, sino otros factores tales como la disminución del pigmento cutáneo, signo éste importante para el diagnóstico diferencial con los casos de enfermedad de Addison. La prueba de Robinson-Power demostró la insuficiencia suprarrenal, demostrándose, paradójicamente, eliminación aumentada de gonadotropinas hipofisarias.

Desde el punto de vista terapéutico, ha sido un indudable éxito en ambos casos la mezcla prednisona - tiroides. La totalidad de los síntomas remitieron, exceptuando la amenorrea en la primera de las enfermas, pudiendo ambas reintegrarse a una vida normal activa.

BIBLIOGRAFIA

- H. L. SHEEHAN y V. K. SUMMERS.—The Syndrome of Hypopituitarism. *The Quat. of Med.*, 18, 72, 319, 1949.
- JULIUS E. COOK, WILLIAM B. BEAN, MURRAY FRANKLIN y JAMES F. EMBICK.—Postpartum Necrosis of the Anterior Lobe of the Pituitary Gland: Sheehan's Disease. *Arch of Int. Med.*, 87, 4, 517, 1951.
- A. BALCELLS GORINA.—El mixedema hipofisario postpartum en la enfermedad de Simmonds (síndrome de Sheehan). *Bol. del Inst. de Pat. Méd.*, 9, 10, 181, 1954.
- R. H. WILLIAMS.—Endocrinology. Second Edition, 1955.

- PAUL P. VAN ARSDEL, Jr., y ROBERT H. WILLIAMS.—Simmonds' Disease. Evaluation of Certain Laboratory Tests Used in Diagnosis. *The Am. J. of Med.*, 20, 1, 4, 1956.
- R. N. BECK y D. A. D. MONTGOMERY.—Treatment of Hypopituitarism. *Brit Med. J.*, 5.016, 441, 23, 1957.

LAS INFILTRACIONES BLOQUEANTES-ANALGÉSICAS PARAVERTEBRALES EN ALGUNOS REUMATISMOS VERTEBRALES DORSALES GRAVES

J. SIMARRO-PUIG.

Jefe de Servicio de Neurología en el Instituto Neurológico Municipal de Barcelona.

B. RODRÍGUEZ ALONSO - CUEVILLAS.

Asistente honorario en el mismo Instituto.

Hace bastantes años que estamos empleando con buenos resultados las infiltraciones bloqueantes analgésicas en el tratamiento del dolor cuando éste es debido a enfermedades lesionales graves y/o rebeldes, como paliativo o como medicación que permite aliviar al enfermo mientras se puede combatir mejor, mejorando o resolviendo sus alteraciones causales. Entre estas enfermedades lesionales se encuentran muchos reumatismos avanzados con lesiones hiperostóticas, y entre éstos también bastantes vertebrales, cuya rebeldía y gravedad es sobradamente conocida y temida. Y tenemos algunos casos en que tal medicación nos ha permitido obtener mejorías importantes con vuelta al trabajo sin necesidad de tratamientos más complicados y no exentos de peligros e inseguridades.

Estas infiltraciones tienen ciertas ventajas, entre ellas la de no provocar toxicomanías.

Entre nuestras observaciones elegimos dos, francamente demostrativas, que presentamos muy resumidas.

J. R. P., mujer de treinta y tres años de edad, casada. Vista por primera vez el día 9-V-53 en el Instituto Neurológico Municipal.

Antigua jaquecosa, colecistópata, poliartrítica, psicópata (ideas paranoides y alucinaciones auditivas).

Tratada y mejorada en todo.

El día 4-V-56 inicia fijación en costado izquierdo (de tórax inferior) de alga intensa con irradiación radicular. Que no cede a antirreumáticos corrientes.

Radio de esta región: Osteofitos y puentes de unión entre D XI y X y D X, IX y VIII.

No cede bien a antirreumáticos.

Inicia infiltraciones paravertebrales en esta región, a nivel de D IX, D X y D XI. Variando según localización y máximo dolor. A cada infiltración, mejoría subjetiva inmediata, que en los días siguientes se mantiene, aunque algo disminuida. Del día 18-V al 27-VIII-56, 14 infiltraciones, que consiguen una mejoría muy importante, aunque sólo sea sintomática. Cambiando de localización, según localización de alga en su máxima intensi-

dad. Posteriormente, el dolor se extiende desde D II a D VI. Se practican las infiltraciones más arriba, con iguales buenos resultados sintomáticos.

En fin de octubre de 1956, muy mejorada.

J. S. T., mujer de treinta y siete años de edad, soltera.

Vista por primera vez en el Instituto Neurológico Municipal de esta ciudad el 15-VII-53.

Desde hace muchos años (infancia), crisis de excitación psicomotora. Cefaleas frecuentes de localización occipital e intermitentes. Artralgias diversas; anteriormente, cefaleas tipo francamente jaquecoso, frontales y frontoparietales, accesionales, etc. Más jaquecas en premenstruo.

Menarquia a los catorce años. Reglas, 4-5, irregulares; últimos años, ritmo 5-29, 31 y 32, algo dolorosas; flujo escaso. Apendicectomizada a los treinta años. Padre, psicópata; madre, jaquecosa y psicópata. Algunos enfermos mentales en rama paterna. No más antecedentes de interés.

Parestesias, cenestesias, angustia, preocupaciones, obsesiva, fóbica y depresiva.

Exploración neurológica, negativa. Puntos suboccipitales, sensibles a presión. Crujidos en hombros a movimientos, más en el izquierdo. Sofocaciones, calores, vértigos e intolerancias digestivas.

Diagnóstico: Poliartritis (y espondilitis cervical), jaquecas, colecistopatía, psicopatía (obsesiva y fóbica), hipoluteinismo y tensión premenstrual.

Tratada adecuadamente (régimen: Alergenol A, va-

cuna, coleréticos y psicoterapia). Mejora ostensiblemente. Prácticamente, curada o remitida. No vuelve hasta el día 11-VII-56; aunque mejorada con respecto a situación inicial, ahora aqueja algias tipo radicular en hipocondrio izquierdo y parte posterior de espalda correspondiente, dorsal izquierda inferior.

Tratamiento: Vacuna antirreumática, etc.

Infiltación paravertebral a nivel de D VIII izquierda.
Seguida de mejoría muy importante:

Día 18-VIII-56. Muy mejorada. Aunque persisten algias, mucho menos intensas en región lumbar izquierda. Otras localizaciones articulares. Nueva infiltración en paravertebral dorsal y lumbar izquierdas.

Buen resultado.

Hemos expuesto precisamente dos observaciones de alteraciones lesionales importantes en columna dorsal, y en las que se teme a las infiltraciones regionales, no atreviéndose en general a practicarlas en cadena ganglionar dorsal; pero creemos que puede resolverse este problema, por lo menos en buena parte, practicando infiltraciones paravertebrales en región dorsal, que en nuestras dos observaciones citadas y en otras recogidas nos han proporcionado resultados francamente buenos. Renunciamos a tratar de otras localizaciones, que dejamos para otra ocasión.

REVISIONES TERAPEUTICAS

LOS DIURETICOS TRIACINICOS

R. CARRERA MILLET.

Méjico.

Desde hace algunos años las investigaciones químicas y clínicas en el campo de los diuréticos se han orientado hacia la búsqueda de fármacos sin mercurio activos por vía digestiva. Dos pasos hacia adelante en este camino fueron las resinas de intercambio catiónico y los inhibidores de la carboanhidrasa, aquéllas deshidratantes extrarrenales y éstos diuréticos genuinos; pero obtener diuresis clínicamente suficiente es un problema complejo en cuya solución intervienen factores muy diversos, como las causas e intensidad de la retención acuosa, estado funcional del riñón, cuantía del desequilibrio mineral, integridad relativa de las funciones digestivas, situación cardiovascular, armonía o desarmonía endocrina y otros muchos. Este problema siempre ha sido arduo para el clínico y su solución requiere, como siempre, o más que siempre, una comprensión patogénica y un diagnóstico etiológico precisos y claros. Sucesivamente han sido objeto de entusiasmo y han visto agotarse su prestigio la urea, los xánticos, ciertos diuréticos mercuriales, la acetozoleamida y otras sustancias. El deseo natural de progreso y la complejidad de estos problemas explican la tendencia a encontrar nuevos diuréticos que resuelvan una ecuación en la cual no siempre la incógnita es el agua retenida. En éste como en tantos otros problemas

médicos las circunstancias fuerzan a confundir el efecto con la causa. Producto de esta tendencia en la investigación farmacológica son los diuréticos triacínicos.

En 1943, LIPSCHITZ y HADIDIAN se preguntaban a qué debían los xánticos sus propiedades diuréticas, y por entonces establecieron una hipótesis de trabajo según la cual estas sustancias actuarían por tener varios enlaces N-C-N; es decir, que si la hipótesis era cierta, todas las sustancias que tuvieran dichos enlaces serían diuréticas. Un año más tarde consiguieron demostrar que algunos fármacos no xánticos con enlaces N-C-N en su molécula tenían efecto diurético y sus investigaciones fueron comprobadas por CLAUDER, BULCSU, NYARI y KOCH, SZABO, MAGYAR y SZALDOS. A esta época y a estos autores debemos el conocimiento de numerosos diuréticos triacínicos como la formoguanamina, la toluidinotracina, la anilinotracina y la cloroanilinotriacina. Más recientemente (1955-56), HEUCHEL, VIDA, LUEG y HESS, nos han dado a conocer la clorofenildiaminotriacina, sin duda el más interesante de todos ellos.

Si tomamos como módulo de comparación la actividad diurética de la urea, la teobromina tiene 7.2 veces el poder diurético de aquélla, la teofilina 115, el salirgán 400 y la clorofenildiaminotriacina entre 5.000 y 10.000. Las primeras experiencias de farmacología experimental demostraron que en dosis de 2 mg./kg. por vía digestiva multiplica por 3 ó 4 la diuresis de la rata adulta y sana, y también que veinticuatro horas después de dar una sola dosis se ha eliminado el 75 por 100 del fármaco. Por razones