

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I

LAS HIPERTENSIONES ARTERIALES CURABLES 1

Las hipertensiones arteriales curables, 1. Historia de un joven hipertenso, 2. Causas de la hipertensión arterial, 3. La hipertensión arterial maligna, 7. Hipertensión arterial y tuberculosis, 18. La hemospemia de los hipertensos, 18. La tuberculosis renal hipertensiva, 20. Cómo fundamentar el diagnóstico de tuberculosis renal, 28. Diagnóstico diferencial de las hipertensiones renales comunes, 31. Prescriba glicerina en bebida al hipertenso con cefaleas, 32. Sorprendente: descenso de la presión arterial con tratamiento antituberculoso, 36. Cesa de estar hospitalizado y vuelve empeorado. Lo interno de nuevo, 37. Otros autores que han curado la hipertensión arterial por T.B.C. renal, 38. Fisiopatología de la hipertensión por T.B.C. renal, 39. ¿Por qué la hipertensión desciende con el reposo en cama? Pongo en cama al hipertenso y la presión arterial no desciende. Reflexiones, 45. La guanetidina, 46. Contraindicaciones de la guanetidina, 54. Indicaciones de la guanetidina, 54. Tratamiento de la hipertensión arterial con la alfa-metildopa, 55. Los gangliopléjicos, 58. Las hidrazinofthalazinas, 61. El tratamiento de la hipertensión arterial con los inhibidores de la mono-amino-oxidasa, 62. Clasificación de las hipertensiones arteriales curables, 70.

CAPÍTULO II

LA HIPERTENSIÓN POR COARTACIÓN DE LA AORTA 71

La hipertensión arterial por coartación del istmo de la aorta, 71. El diagnóstico arteriográfico de una coartación de la aorta, 73. Las erosiones costales en la coartación de la aorta, 74. La doble "dentellada" aórtica en la coartación de la aorta, 75. El soplo telesistólico de la coartación de la aorta, 77.

CAPÍTULO III

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR ESTRECHEZ DE LA ARTERIA RENAL

79

La noción del riñón enfermo "protegido" en la estrechez de la arteria renal, 80. Las lesiones anatómicas que estrechan la arteria renal, 81. Cuándo sospechar en un hipertenso la estrechez de la arteria renal, 83. Observación de los doctores Agustín Etchepareborda y Jorge Agustín Arzeno, 88. Un caso de estrechez de la arteria renal derecha que tuvimos internado en el hospital Ramos Mejía, 91. Urografía de excreción y estrechez de la arteria renal, 92. El test de Howard, 93. Su fisiopatología, 94. Críticas al test de Howard, 95. El nefrograma isotópico, 97. El nefrograma isotópico normal, 99. El nefrograma isotópico patológico, 101. La fonorenografía, 101. La arteriografía renal, 102. La arteriografía renal normal, 103. La técnica de Seldinger por vía baja, 104. Usted visualiza una estrechez, ¿es ella la causa de la hipertensión?, 105. El sistema renina-angiotensina-aldosterona, 110. El emplazamiento histológico del aparato yuxtaglomerular, 111. Como se forma la angiotensina II, 112. Interrelaciones entre la aldosterona y la renina, 113. Estrechez de la arteria renal y sistema renina-angiotensina, 114. Cómo probar histológicamente que se segrega renina en exceso, 115. El aparato yuxtaglomerular, 116. Cómo probar humoralmente la hipersecreción de renina, 117. Los tests para probar la hiperangiotensinemia, 120. Dosaje de la aldosteronemia, 122.

CAPÍTULO IV

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA ENFERMEDAD DE CUSHING 125

La hipertensión arterial en la enfermedad de Cushing, 125. Las cifras normales de los dosajes de las hormonas suprarrenales, 126. La clínica del hipercorticismo metabólico, 126. El síndrome de Cushing, 128. La hipertensión arterial en la enfermedad de Cushing, 131. Enfoques fisiopatológicos de la hipertensión del Cushing, 133. Biogénesis del cortisol, 135. La descendencia hormonal de la progesterona, 136. Cómo conducir y cómo interpretar los análisis para el diagnóstico de una enfermedad de Cushing, 136. ¿Es, sí o no, una enfermedad de Cushing? La cromatografía para diagnosticar un Cushing, 139. Hipertensión por hiperplasia de la corteza suprarrenal, 139. Los síndromes que derivan por una alteración en la biogénesis del cortisol, 140. La metopirona, 142. El test de la metopirona, 143. Cómo probar que existe una hiperplasia de la corteza suprarrenal, 143. Cómo demostrar que la hipertensión se debe a un tumor benigno de la capa fasciculada

de la corteza suprarrenal, 146. Cuando en un hipertenso cushingoides se debe pensar en un cáncer de la suprarrenal. Los andrógenos urinarios, 148. El retroneumoperitoneo, 149. ¿Qué conducta seguir si se ha llegado a la conclusión que se trata de una hiperplasia suprarrenal bilateral simple?, 151. Un antisuprarrenal: el op-DDD, 152. La suprarrenalectomía bilateral, 157.

CAPÍTULO V

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA	161
--	-----

La hiperplasia suprarrenal congénita femenina, 16. De la progesterona al cortisol, 162. Control de la secreción de la ACTH por el cortisol, 163. Fisiopatología de la hiperplasia suprarrenal congénita, 165. Confusiones sobre el sexo en los enfermitos con hiperplasia suprarrenal congénita, 166. Fisiopatología de la malformación sexual de estas niñas hipertensas, 167. El sexo cromosómico, 168. Determinación del sexo cromosómico, 169. El "drumstick" en el test sanguíneo del sexo cromosómico, 170. Lo que es el cariotipo, 170. Determinación del sexo cromosómico según el cariotipo, 170. El sexo femenino en el test sanguíneo, 172. La hiperplasia suprarrenal congénita en los varones, 173. Biosíntesis de las hormonas suprarrenales, 174. Las progenies hormonales corticoideas derivadas del colesterol, 175. Punto de impacto de la ACTH en la biogénesis de las hormonas corticoideas, 176. La genealogía andrógena suprarrenal, 177. El importante papel de la enzima 17-hidroxilasa, 178. Comunidad de uso de dos enzimas tanto por la serie metabólica como por la mineralo-corticoidea, 179. Lo que hay que saber para pedir análisis hormonales, 181. Fisiopatología de la hipertensión arterial por insuficiencia de la 11-hidroxilasa, 183. Como se prueba que la hipertensión se debe a una insuficiencia de la 11-hidroxilasa, 187. Tratamiento de la hiperplasia suprarrenal congénita, 189.

CAPÍTULO VI

CÓMO DIAGNOSTICAR UN FEOCROMOCITOMA	191
---	-----

El feocromocitoma, 191. El centro hipotalámico de control de la secreción de las catecolaminas, 192. Fisiopatología de los síntomas del feocromocitoma, 200. La constipación hormonal, 200. La leucocitosis adrenalínica, 201. La fiebre adrenalínica, 203. La hipertensión arterial paroxística adrenalínica, 205. La hiperten-

sión arterial paroxística por inhibidores de la monoamino-oxidasa, 206. La monoamino-oxidasa, 208. El acceso hipertensivo, 209. La sangre y la orina durante la crisis hipertensiva, 211. Tiene un feocromocitoma y se cree en una angina de pecho, 212. Errores habituales, 218. Una hipertensión permanente puede esconder un feocromocitoma, 213. Las enzimas y las catecolaminas, 214. El ojo sufre un castigo precoz en el feocromocitoma, 216. La tardanza en el diagnóstico puede costar una ceguera, 217. Caprichos del riñón en el feocromocitoma, 218. A veces es una hipertensión febril, 219. Como el miocardio obtiene su energía, 220. ¿Feocromocitoma o hipertiroidismo? Algunas fórmulas prácticas para sospechar un feocromocitoma, 223. La aortografía será la última carta: mostrará la vascularización de un tumor suprarrenal. Catecolaminas y Miocardio, 224. La contracción miocárdica y las catecolaminas, 225. ¿De dónde provienen las catecolaminas que se encuentran en el interior del miocardio? Los fármacos que empobrecen al miocardio en catecolaminas, 227. Tiroxina y Miocardio, 228. Las catecolaminas empobrecen en potasio al corazón, 229. La mono-amino-oxidasa destruye las catecolaminas en el miocardio, 230. Los inhibidores de la monoamino-oxidasa y el miocardio, 231. Peligros de perfundir Levofed en un paciente en hipotensión grave por intoxicación con guanetidina, 232. La noradrenalina y el miocardio, 232. Como trabaja el corazón en un sujeto hipertenso por un feocromocitoma, 234. Fisiopatología del miocardio durante la crisis de hipertensión, 235. Hay una hipotensión ortostática y la causa es un feocromocitoma, 236. ¿Cuál es la explicación más aceptable sobre el mecanismo de la hipotensión ortostática que presentan los feocromocitomas?, 239. Las catecolaminas, ortostatismo y clinostatismo, 240. Feocromocitoma y preñez, 243. No es una psicosis puerperal sino un feocromocitoma, 247. Los niños hipertensos, 248. Los que tienen cefaleas después de orinar, 248. Parece un diabético hipertenso y en realidad tiene un feocromocitoma, 254. Es un feocromocitoma y no un Basedow, 255. Es un ulceroso con hipertensión pero por un feocromocitoma, 256. No tiene un tumor cerebral sino un feocromocitoma, 257. Los recursos clínicos y biológicos para el diagnóstico de un feocromocitoma, 259. Precauciones a tomar con el test de la regitina, 263. Infidelidades de la regitina, 264. Biogénesis de las catecolaminas, 265. Fisiopatología de las catecolaminas, 268. Las dos fuentes de catecolaminas del miocardio, 268. No sólo con medicamentos se empobrece el miocardio en catecolaminas, 270. La acción alfa y beta de las catecolaminas, 271. Metabolismo de las catecolaminas, 274. Dosaje de las catecolaminas en la orina, 276. Diagnóstico del feocromocitoma por aortografía, 278. Lo que se debe tener presente al operar un feocromocitoma, 280. Cómo repercute un feocromocitoma de la suprarrenal sobre la opuesta, 282. El porvenir del enfermo operado, 283.

El aldosteronoma, 286. Fisiopatología general del síndrome de Conn, 287. La biogénesis de la aldosterona, 287. El aldosteronoma y el movimiento electrolítico renal, 288. Las alteraciones del equilibrio ácido-básico en el síndrome de Conn, 289. Fisiopatología clínica del síndrome de Conn, 292. Clínica del síndrome de Conn, 294. La hipertensión arterial en el síndrome de Conn, 295. También los hombres sufren el síndrome de Conn, 296. ¿Es un síndrome de Conn o un feocromocitoma?, 298. Hipotensión ortostática en el síndrome de Conn, 299. Mecanismo de la hipotensión ortostática en el síndrome de Conn, 300. Variaciones de la renina con el decúbito en el hombre normal, en la hipertensión benigna, en la maligna y en el síndrome de Conn, 301. Por qué el riñón trabaja mejor en el clinostatismo, 302. En el síndrome de Conn la renina sanguínea está descendida, 303. Accesos de tetania en el Síndrome de Conn, 304. Las rutas del potasio en el nefrón, 305. La hipertensión arterial en el síndrome de Conn es predominantemente hipervolémica, 306. Fisiopatología de la crisis tetánica con calcemia normal, 308. Por qué razón la calcemia varía según haya alcalosis ó acidosis: mecanismo de su ascenso y descenso, 309. Mecanismos de la tetania en el Hiperaldosteronismo primario, 311. Al corregir la hipopotasemia puede aparecer un acceso de tetania, 313. La enfermedad de Gamstorp, 315. ¿Por qué en la hipokaliemia del Conn la orina es alcalina y por qué es ácida en las hipopotasemias digestivas?, 317. Hay que saber diferenciar las crisis tetánicas con orina alcalina del síndrome de Conn, de las crisis tetánicas con orina ácida de las alcalosis digestivas, 318. Una aparente contradicción biológica: hay alcalosis y sin embargo la orina es ácida. Noción de la Aciduria Paradojal, 319. La debilidad muscular en el síndrome de Conn, 321. El riñón en el síndrome de Conn, 325. Potasio y riñón, 326. Riñón kaliopénico, 330. Fisiopatología de la hipervolemia en el Síndrome de Conn, 311. Introducción a la fisiopatología del riñón kaliopénico, 332. En el síndrome de Conn descienden la renina sanguínea y la angiotensinemia II, 337. Existen síndromes de Conn adicionados de una hipertensión renovascular, 339. Cómo ser conducido al diagnóstico de un síndrome de Conn, 342. Los análisis que usted debe pedir al sospechar un síndrome de Conn: su orden sucesivo, 343. El test de Kaplan y Silah, 345. El tratamiento pre-operatorio, 349. El test de la inhibición de la secreción de ACTH administrando corticoides por vía oral, 351. Azares de la hipokaliemia en el post-operatorio de una observación personal de estrechez de la arteria renal, 353. La intervención quirúrgica de un aldosteronoma, 360. El post-operatorio del Síndrome de Conn, 361. Azares del post-operatorio de un aldosteronoma, 362. La evolución del enfermo en el post-operatorio lejano, 364.

CAPÍTULO VIII

LA EMBARAZADA HIPERTENSA	365
--------------------------------	-----

La hipertensa que desea ser madre, 365. Es una mujer en la que se descubre una hipertensión arterial antes del séptimo mes del embarazo, 369. Malformaciones congénitas mortales, 371. Atresia del esófago, 373. La mujer comenzó a presentar la hipertensión arterial en el tercer trimestre del embarazo (toxemia gravídica), 381. La menotoxina y la toxemia gravídica, 382. Las antiguas doctrinas renales de la toxemia gravídica, 384. Interpretación hormonal del enigma patogénico de la toxemia gravídica, 387. Enzimas placentarias y toxemia gravídica, 388. La fisiopatología de la toxemia gravídica según la doctrina enzimática, 389. La histidinuria es muy precoz en el embarazo normal, 390. Causas de isquemia uterina, 392. El estudio de la circulación uterina con Na 24 en la toxemia gravídica la demuestra muy lenta, 393. Fisiopatología de la toxemia gravídica según el reflejo útero-renal, 395. La eclampsia, 396. Los edemas de papila en el fondo de ojo en la glomerulonefritis aguda, 397. Los dolores epigástricos en los grandes hipertensos, 399. El eclampsismo y la crisis de eclampsia, 400.

CAPÍTULO IX

HIPERTENSIÓN ARTERIAL E HIPERTIROIDISMO	405
---	-----

El hipertiroidismo, 406. La hemodinamia del hipertiroidio, 410. Paralelismo de la hemodinamia del hipertiroidio y del Paget, 411. Un hombre con enfermedad de Paget, 412; su cráneo, 413; su cadera, 414. La hipertensión arterial hipertiroidio, 417.

CAPÍTULO X

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRODUCIDA POR NEFROPATÍAS QUIRÚRGICAS	421
--	-----

Las nefropatías unilaterales hipertensivas, 424. Los exámenes que es preciso realizar para concretar el diagnóstico, 427. Los hipertensos con lesiones renales unilaterales que no hay que operar, 429. ¿Se pueden extraer conclusiones pronósticas?, 429. La hipertensión arterial ortostática de las nefroptosis, 430. Las hipertensiones transitorias después de intervenciones urológicas en el niño, 431. La hipertensión arterial consecutiva a los injertos del riñón, 423. El factor hipotensor del riñón, 436.

ÍNDICE ALFABÉTICO	439
-------------------------	-----