

tensivo, analizaré varios casos clínicos con los medios adoptados para su debida interpretación diagnóstica y pronóstica.

Familia constituida por matrimonio y tres hijos, un varón y dos hembras, observados clinicamente desde hace 15 años, simpaticotonicos (taquicardicos, emotivos, reflejo oculo cardiaco invertido, ojos salientes, &); el hijo varon cuando tenía 12 años y a consecuencia de varias crisis de vértigos y palpitaciones, presentó durante las mismas tensiones máximas de Pachon de 18 y mínimas de 11, con oscilaciones pequeñas e irregulares, quedando en los periodos intercalares con variaciones de máximas de 14 y 16 y mínimas de 7 a 10, pero con oscilaciones mayores y ritmicas sin dicrotismo marcado; fuera del síndrome hipertensivo, no se apreciaban en el mismo alteraciones cardiacas, renales ni transtornos demostrativos de discrasias; a los 14 años padeció una nefritis aguda durante su estancia en el colegio como interno y al reintegrarse a su casa paterna a los tres meses de su proceso agudo, se aprecia además de una P. M. de 20 y m. 13, ruido de galope, disnea de esfuerzo, cefalalgias frecuentes y albuminuria, persistiendo la hipertensión en el mismo estado, pero alcanzando cifras en determinadas crisis de 24 y 14, situación que fué agravándose en el transcurso de siete años, llegando hasta presiones de 25 y 15, terminando fulminantemente por edema cerebral y pulmonar, acaecido en plena crisis hipertensiva a pesar de la sangría copiosa. El padre del mismo, presentaba en la época que data la observación clínica, hipertensión permanente de 22 y 13, con ligeras variaciones según la región donde se aplicase el brazaete, con oscilaciones amplias y dicrotismo bastantante apreciable, poliuria hipoazoturia, tonos cardiacos apagados y punta en el sexto espacio intercostal izquierdo linea mamilar; hace 4 años sufre una hemiplejía izquierda sin gran ictus aplopletico y al año siguiente tras periodo de intensa cefalalgia y azotemia de 0'25 se inició disartria, ligera confusión mental y oliguria con P. M. de 25 y m. 16 normalizándose lentamente los fenomenos cerebrales y presentando en la actualidad el cuadro del cardio-renal con edemas generalizados. arritmias, y crisis diarreicas por cualquier alteración del régimen dietetico impuesto. La esposa que había presentado alguna crisis hipertensiva de 17 y 11, sin concomitancia orgánica lesional, con motivo de la menopausia, se suceden con más frecuencia dichas crisis y alcanzan cifras de 20; reasumiendo familia tipo vasoconstrictivo materno y arterial paterno.

Enferma de 48 años, acude a la consulta hace un año con vertigos, disnea, de esfuerzo, epistaxis y entorpecimiento de las extremidades, segundo tono aortico intensamente reforzado, pulsación epigastrica, faringitis crónicas y leucoplasias bucales, Wasserman positivo, P. M. 29 y m. 18, grandes oscilaciones, al poco tiempo hemiplejía derecha de aparición lenta y últimamente con elevaciones premonitorias de 30 y 19, parálisis facial superior izquierda tipo central y a los pocos días disartria sin que en la actualidad haya albumina en la orina ni retención cloruro azoica.

Enfermo de 58 años, refiere sufrir desde hace 2 o 3 años crisis sincopales con ligeras convulsiones, etiquetadas por distidguido colega residente en Valencia de enfermedad de Stokes-Adams, presenta gran bradicardia de 40 pulsaciones por minuto, soplo segundo tono aortico, ruidos apagados, hipertrofia cardiaca, dilatación gástrica, con aerofagia, poliuria nerviosa, ligero edema maleolar, Wasserman negativo, sin albumina ni retención clorurada, P. M. 23 y m. 8, oscilaciones