

INHIBICION DEL CHOQUE ANAFILACTICO POR LA RUTINA

Se repite constantemente que la histamina, aunque indiscutiblemente juega un primordial papel en los fenómenos de anafilaxia del hombre y de los animales, no puede ser considerada como la única sustancia responsable de semejantes estados. El descubrimiento reciente de que la rutina posee un efecto protector contra el aumento de la permeabilidad capilar, ha llevado a muchos autores a emplearla contra determinadas enfermedades, en las que la alteración de la pared capilar es lo fundamental. Así, por ejemplo, COPE y GROVER han comunicado recientemente sus buenos efectos en un caso de telangiectasias hemorrágicas familiares. Pero aparte de su aplicación clínica, una serie de investigadores americanos, bajo la dirección de RAIMAN, decidieron, mediante esta sustancia, conocer el papel que el aumento de la permeabilidad vascular podría jugar en los fenómenos del choque anafiláctico de los animales y sobre aquellos que se obtienen tras la inyección de histamina.

A este efecto los autores últimamente citados inyectaron intraperitonealmente con 2 mgr. de rutina a cobayas sensibles de peso medio, de treinta a cuarenta y cinco minutos antes de inyectar la dosis desencadenante del antígeno, observando con sorpresa que el fenómeno anafiláctico no se presenta en tales animales, ni siquiera en su más mínima expresión de picores, enrojecimiento de las orejas, intranquilidad, disnea, etc., en tanto que los animales controles murieron todos con el cuadro típico del choque en un tiempo no superior a seis minutos. Suponiendo que el factor letal del choque anafiláctico fuera la histamina, es lógico suponer que la rutina protegería también contra los fenómenos que se derivan de la inyección en los cobayas de histamina.

Sin embargo, esto no es así, y todos estos animales mueren con el cuadro típico de esta intoxicación, en contra de lo que ocurre en la anafilaxia.

Podría suponerse que el efecto protector de la rutina en la anafilaxia se debiera a su efecto contra el aumento de la permeabilidad vascular. Sin embargo, en el cobaya el fenómeno más típico de la anafilaxia es la constricción bronquiolar con enfisema pulmonar, que al fin y al cabo es lo que condiciona la muerte del animal, de tal manera, que no cabe suponer que el efecto de esta droga sea debido a su acción sobre la pared de los vasos, sino más bien a que la rutina impida la liberación de histamina endógena al inyectarse la dosis desencadenante del antígeno. Esta última explicación parece ser la más razonable, por el hecho de que su efecto protector contra el choque es de corta duración, mientras que su acción sobre los capilares está demostrado que es mucho más duradera.

Otra serie de sustancias conocidas como protectoras del choque anafiláctico se desconoce si pueden ser eficaces contra el choque histamínico, y así FRANK ha comunicado que la crotalina, el veneno de la serpiente "crotalus", es capaz también de prevenir el choque anafiláctico, aunque su mecanismo de acción sea por el momento completamente desconocido.

Estos son los datos suministrados por el análisis experimental de estas drogas, pero aún hoy desconocemos si estos hechos pueden ser trasladados al hombre y considerar que la rutina pueda llegar a ser eficaz en ciertas enfermedades alérgicas de la clínica humana.

BIBLIOGRAFIA

- COPE, E. P. y GROVER, R. W.—J. Invest. Dermat., 10, 39, 1948.
 RAIMAN, R. J., LATER, E. R. y NECHELES, H.—Science, 106, 368, 1947.
 FRANK, D. E.—Ann. Allergy, 5, 156, 1947.

SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

SESIONES DE LOS JUEVES. CLINICAS

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid Prof. C. JIMENEZ DIAZ

Sesión del viernes 15 de octubre de 1948.

Se presentaron los siguientes enfermos:

TUMOR EN FOSA ILIACA DERECHA METASTATICO DE UN SEMINOMA EXTIRPADO

Enfermo de cuarenta y dos años, que desde junio pasado viene presentando unas crisis dolorosas paroxísticas y de carácter cólico, que afectan fundamentalmente al cuadrante inferior derecho del abdomen, y que se irradian a la región dorso lumbar del mismo lado. En ocasiones se acompañan de rigidez de asas intestinales, que hacen relieve en la pared abdominal y no puede ventosear ni hacer de vientre mientras dura el dolor. En los intervalos va estreñido. Las crisis se han ido haciendo más frecuentes y de mayor intensidad, y desde hace quince días tiene varias en las veinticuatro horas, necesitándose poner morfina y espasmolíticos, que le alivian. Ha perdido 15 kilogramos de peso.

Entre los antecedentes, aparte de un acné que tuvo hace dos años, localizado fundamentalmente en cara, y que curó con penicilina, existe como dato de gran interés el que en el mes de junio último, unos días antes de comenzar los dolores abdominales, fué intervenido, según él, por un hidrocele secundario a un traumatismo que

sufrió dos años antes; pero al ser interrogado sobre esta intervención, cuenta que le extirparon el testículo derecho, que era el afecto, que su inflamación era muy dura y que le aconsejaron que se tratara después con radioterapia.

En la exploración se encuentra ahora, aparte de la ausencia de este testículo, una tumoración en fosa iliaca derecha, bien delimitada, muy dura, que se adhiere a planos profundos y tiene el tamaño aproximado de una naranja.

El análisis de orina es normal. Las hemorragias ocultas en heces son negativas. Y la exploración radiológica de estómago y duodeno es normal, sin que todavía se haya podido realizar la de intestino.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ considera ante este caso que el hecho de que la inflamación del testículo operado fuera muy dura y el que se lo extirparan aconsejándole radioterapia, indica que no se trataba de un simple hidrocele, sino de una tumoración, quizá un seminoma o un teratoma, que comenzó a evolucionar, como se ve muchas veces, a raíz de un traumatismo. Por consiguiente, la tumoración que ahora presenta es una metástasis de la anterior, que quizá esté localizada sobre fascias o sobre hueso. Para demostrar esto aconseja una exploración radiológica de la zona en placa vacía y con contraste y estudiar la eliminación de prolan en la orina,

ya que en los seminomas existe una fuerte prolanuria que sirve para el diagnóstico y en cierto modo según su intensidad para el pronóstico. También preconiza la exploración radiológica del tórax para investigar la existencia de metástasis pulmonares, por ser las que primeramente suelen aparecer en el seminoma. Se aconseja a continuación el tratamiento radioterápico.

HEPATITIS EPIDEMICA QUE PROVOCA LA MEJORA DE UN CUADRO DE ASMA BRONQUIAL

Enfermo presentado por el Dr. RODA, de cuarenta años, que desde hace dos, a raíz de un coriza con obstrucción nasal y seguido de un catarro descendente, comenzó a tener crisis recortadas de asma, de presentación fundamentalmente nocturna, con ahogo, pitos en el pecho, dolor retroesternal y expectoración escasa en el comienzo de las mismas, que se hace más fácil al declinar.

Independientemente de esto, hace quince días, estando teniendo crisis asmáticas todas las noches, empezó a tener dolores de vientre, astenia, febrícula y poco después ictericia, con heces acólicas, orinas colúricas y diarrea seguida últimamente de deposiciones duras. Coincidiendo con el comienzo de esta ictericia, las crisis asmáticas han desaparecido por completo, persistiendo solamente en ocasiones la tendencia al dolor retroesternal.

En la exploración se encuentra un enfermo desnutrido, con tórax enfisematoso y con ictericia marcada de carácter rubínico. El hígado y el bazo no se palpan.

En orina existen pigmentos, sales biliares y urobilina, que dan reacción de tres cruces. La reacción de Hanger es de cuatro cruces. La de MacLagan, de cuatro unidades. El Quick, de 100 por 100. El análisis morfológico de sangre es normal.

No hay duda, por todo, de que el enfermo tiene una ictericia epidémica, siendo interesante que en el curso de la misma las crisis asmáticas que venía padeciendo han desaparecido. El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ comenta que este hecho, que ya había sido observado en otras ocasiones, es de difícil explicación, siendo lo más verosímil que esté relacionado con el aumento de los lípidos en sangre y sobre todo de su fracción colesterínica que se da en la hepatitis, yendo a favor de esta hipótesis el hecho de que la misma acción frenadora que sobre el asma tiene esta enfermedad la tiene también la nefrosis y el mixedema, existiendo de común en estas tres enfermedades el trastorno en la lipemia y colesterinemia mencionado.

ESTENOSIS MULTIPLE DE RECTO POR LINFO-GRANULOMA VENEREO

Enferma de cuarenta y siete años, presentada por el Dr. RODA, que hace unos quince empezó a notar que al terminar de deponer echaba una pequeña cantidad de pus por el ano, sin dolor ni ninguna molestia. Más tarde el pus fué expulsándolo en mayor cantidad, siendo de color amarillo y cubriendo las heces. En los últimos años comenzó a tener estreñimiento con heces acintadas e impregnadas de pus. Y, finalmente, desde hace cinco meses, tiene crisis dolorosas de aparición postprandial, localizadas en ambas fosas ilíacas con sensación de inflamación en ellas y seguidas de una deposición pastosa y con pus. En algunas ocasiones ha tenido sensación febril, acompañada de herpes labial. Tiene astenia y ha perdido desde el comienzo del proceso unos 30 kilogramos de peso.

Entre los antecedentes, recuerda haber tenido hace unos años unos bultos en las ingles, que aparecieron después de tener la enfermedad rectal. Antes no cree haberlos tenido. El marido murió hace trece años de en vida del mismo y poco después de haber estado hospitalizado en San Juan de Dios, donde le trataron de una enfermedad venérea.

En la exploración se encuentra una enferma desnutrida, y que presenta dolor a la percusión y palpación neumonia, pero ella comenzó a expulsar pus por el ano

en ambas fosas ilíacas, con timpanismo y dilatación de algunas asas cólicas.

En la exploración rectal, practicada por el Doctor VIESCA, se encuentra: esfínter y canal anal, normales. Por encima de éste se aprecia al tacto una serie de rugosidades en una extensión de 2 cm., de consistencia fibrosa y elástica, que dan paso a una zona de estrechez central del intestino, de bordes granulados y consistencia elástica, como la goma. No deja pasar el dedo explorador. Es movable con los movimientos respiratorios, y está localizada a unos 5 cm. del ano. En la rectoscopia se confirman los extremos anteriores. La mucosa es ligeramente pálida. Durante la exploración se observa la salida de secreción purulenta en masa de la zona de estenosis.

En radiografía de colon, practicada con enema opaco, se observa muy evidentemente la estrechez rectal, con dilatación del asa sigmoidea por encima.

Se trata, por tanto, de una estenosis múltiple de recto producida por linfogranuloma venéreo y aparecida poco tiempo después de haber contraído el marido una enfermedad de Nicolás Favre.

El Dr. RODA, que presenta a la enferma con este diagnóstico, plantea el problema de si las crisis dolorosas aparecidas últimamente indicarán la existencia de una oclusión incompleta a nivel del intestino delgado producida por el mismo proceso, ya que se señalan formas emigrantes de esta enfermedad.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ considera que, aunque es cierto que se ha señalado esta posibilidad, la cree excepcional. La infección, que se hace a partir de los ganglios de Gerota, origina una periproctitis, y en los casos en que ésta coincidiera con algo de arriba, cosa que él nunca ha visto, se inclinaría a pensar en otra cosa. Por otra parte, en esta enfermedad el hecho de que las crisis dolorosas se desencadenen después de la ingestión de alimentos, indican que son originadas en el colon y producidas por la contracción del mismo desencadenada por el reflejo gastrocólico.

Respecto al tratamiento, debe atacarse, por el momento, la infección con estreptomycin y sulfamidas, para más adelante intentar resolver el problema local con una intervención, siendo la ideal la extirpación rectal, intentando llevar el asa sigmoidea hasta el conducto anal y dejando de esta manera un recto funcional. El Prof. GONZÁLEZ BUENO, que interviene en la discusión, opina que aunque tal procedimiento sería el mejor, si el proceso es muy extenso puede resultar imposible bajar hasta el conducto anal el asa sigmoidea por falta de longitud del meso, en cuyo caso habrá que conformarse con hacer la extirpación rectal, puesto que es la única manera de curar el proceso, pero dejando un ano ilíaco.

EPITELIOMA CUTANEO EN PLIEGUE INGUINAL IZQUIERDO CON LINFANGITIS DE VECINDAD Y FLEGMASIA LINFANGITICA DEL MIEMBRO

Enferma de setenta años, que desde hace bastante tiempo viene presentando dolores en las pequeñas articulaciones de las manos, que duraban cuatro o cinco días, y la dejaban bien en los intervalos. En junio último tuvo uno de estos accidentes dolorosos de mayor intensidad, localizado en las manos y en zona lumbar, que le obligó a guardar cama. A los tres días de estar en ésta, empezó a notar hinchazón en la pierna izquierda, que ha ido progresivamente aumentando hasta la actualidad, a pesar de haber desaparecido los dolores y de haberle practicado una infiltración novocáinica en la cadera de los ganglios lumbares.

Lo que resalta en la exploración es una ingurgitación edematosa de las estrias distensas del abdomen, más acusada en la parte izquierda, y un intenso edema en toda la extensión de la pierna de este lado, con calor, enrojecimiento y dilataciones venosas en la parte alta del muslo, y piel dislacerada en pliegue inguinal, donde se percibe una masa de dureza análoga a una neoformación osteogénica.

Tiene 6.800 leucocitos, con 80 neutrófilos y 4.500.000

hematíes. Una radiografía de pelvis no demuestra nada anormal.

El Dr. RODA, que presenta la enferma, indica que en un principio, por la dureza que presenta la masa inguinal, se inclinó a pensar en un sarcoma osteogénico de esa región, pero la negatividad del estudio radiográfico, la forma de evolucionar y la linfangitis alta con afectación ganglionar le han llevado a admitir, a pesar de la dureza de la masa que se palpa, un linfosarcoma inguinal con edema linfático y linfangitis secundaria. El Dr. LÓPEZ GARCÍA, que interviene en la discusión, también se inclina a este diagnóstico.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ considera que debe evacuarse el edema con incisiones o cánulas para explorar con mayor facilidad la región; no obstante, piensa que la dureza que se palpa no viene de la profundidad, sino que parte de la piel, la cual en zona inguinal presenta un edema leñoso y duro y, por tanto, cree que se trata de un epiteloma cutáneo del pliegue de la ingle, que produce una linfangitis de vecindad, con flegmasia linfática de la pierna. Debe hacerse en todo caso un tratamiento radioterápico.

ESTENOSIS PILORICA POR NEOPLASIA DE ANTRO

Enfermo de cuarenta y un años, que en agosto último, estando previamente bien, comenzó a tener dolor en epigastrio, que se irradiaba hacia esófago, aparecía después de las comidas y se acompañaba de pirosis. Al poco tiempo empezó a tener con gran frecuencia vómitos, expulsando lo último que había ingerido con sabor ácido. En alguna ocasión ha expulsado en "los como posos de café". Tiene desde que comenzó su cuadro gran anorexia, estreñimiento y astenia, habiendo perdido 7 kilogramos de peso.

En la exploración sólo se encuentra una marcada palidez y una zona de Mendel positiva en epigastrio.

En sangre tiene 3.170.000 hematíes, con un valor globular de 0,73. La fórmula leucocitaria es normal, y la velocidad de sedimentación es de 21.

Presenta el enfermo el Dr. RODA, quien, por la brevedad del cuadro, el carácter caquectizante, la rapidez de aparición de los vómitos y el carácter negro de los mismos, piensa en una neoplasia gástrica, que se confirma en la exploración radiológica, que demuestra una estenosis pilórica por neoformación de antro. Tiene como dato de interés el hecho de que un hermano del enfermo murió a los treinta y tres años por un cáncer de estómago. Se aconseja en este caso la intervención.

ICTERICIA POR OBSTRUCCION LITIASICA DE COLEDOCO CON HEPATOCOLECISTITIS CIRCUNSCRITA

Enferma de treinta años, que en el mes de abril último, después de tener un proceso febril de ocho días de duración, amaneció una mañana con las escleróticas amarillas, notando que las orinas eran colúricas y las heces decoloradas. La ictericia aumentó progresivamente hasta hacerse de bastante intensidad, forma en que persiste en la actualidad. Las orinas siguen siendo colúricas y las deposiciones de tendencia diarreica, se colorean ligeramente en ocasiones, pero tiene tendencia en general a la acolia. No tiene ninguna molestia, y su estado general es bueno.

En la exploración resalta una ictericia acusada de carácter verdínico, y en abdomen se palpa el hígado, que presenta un aumento circunscrito a nivel de zona vesicular, llegando su borde duro, liso y doloroso, a unos seis traveses de dedo por debajo de reborde costal, ascendiendo después bruscamente hacia epigastrio, perdiéndose debajo del reborde costal izquierdo. No se palpa ni se percute el bazo.

Tiene una velocidad de sedimentación de 20. Con 8.300 leucocitos y fórmula normal y 4.200.000 hematíes. La colemia es de 15 mgr. por 100, de los cuales 10 mgr. son de colemia directa (colerrubina). Las reacciones de

Hanger y MacLagan, que eran negativas al comienzo de la ictericia, tienden ahora a la positividad, siendo la primera de dos cruces y la segunda de 6,5 unidades. En orina existen pigmentos y sales biliares (cuatro cruces), pero no existe urobilina. Las reacciones de Weimberg, Cassoni y Wassermann son negativas.

La enferma es presentada por el Dr. MERCHANT, que se inclina a pensar en una ictericia obstructiva por litiasis biliar, con hepatocolecistitis circunscrita, que origina el lóbulo de Riedel, que se advierte en la exploración. En disyuntiva, plantea la posibilidad de un quiste hidatídico, a pesar de que, en contra del mismo, va la falta de eosinofilia y la negatividad de las reacciones específicas del mismo. El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, al palpar la enferma estando en posición sentada, percibe con toda claridad en la cara inferior del hígado, por detrás de la zona, aumentada la vesícula biliar, ingurgitada, esclerótica y electivamente dolorosa, lo que demuestra que se trata de una obstrucción de coledoco con hepatocolecistitis secundaria. Dado el tiempo que lleva la ictericia sin modificarse, se aconseja la intervención quirúrgica.

HIPERTENSION ARTERIAL DE GENESIS NEFROGENA O ENDOCRINA

Enfermo de treinta y cinco años, que hace nueve, después de haber tenido una blenorragia, que tardó mucho en curar, empezó a tener sensación de mareo al hacer esfuerzos, y en ocasiones cuando iba andando notaba como una nube en los ojos que le impedía ver bien durante un rato. Coincidiendo con esto tenía frecuentes cefaleas. Este cuadro ha persistido sin ninguna modificación hasta la actualidad, aunque tendiendo a aumentar en intensidad, hasta el punto de que en marzo último tuvo uno de estos mareos, acompañado de sensación vertiginosa y gran desequilibrio, que le impidió mantenerse en pie durante unos momentos. Tiene, aparte de esto, palpitaciones y a veces dolores precordiales y en rodillas. Dice que siempre le han encontrado la tensión arterial alta, teniendo hace cuatro años 27 de máxima. Cuando bebe tiene nicturia, poliuria y orinas lechosas. Tiene también tos con expectoración matutina, a veces espesa y amarillenta.

En la exploración no existe ningún dato significativo. La tensión arterial ahora es de 16 de máxima y 10 de mínima. La exploración neurológica es totalmente negativa.

En el análisis de orina no se encuentra nada anormal. Tampoco en el morfológico de sangre; en ésta tiene 0,50 gr. por 1.000 de urea y 16 unidades xantoproteicas.

En la radiografía de tórax existe una cavidad coronal en región subclavia izquierda, que justifica el cuadro respiratorio que padece. Respecto a los mareos, el Dr. RODA, que presenta el enfermo, piensa que son secundarios a su hipertensión arterial, que aunque ahora es moderada, parece ser que ha sido muy intensa en otras ocasiones. Respecto a la génesis de esta hipertensión, teniendo en cuenta la blenorragia que padeció, se inclina a admitir que es de mecanismo urológico, originada quizá por pielonefritis ascendente. El Profesor JIMÉNEZ DÍAZ considera que aunque el aspecto del enfermo no corresponde al que presentan los que padecen una hipertensión nefrótica maligna, es indudable que, dada su edad, las cifras tensionales que ahora tiene, aunque no muy altas, indican una tendencia a la hipertensión, y admitiendo ante ello esta hipertensión juvenil, hay que pensar que es de mecanismo urológico o de génesis cortico-suprarrenal. Habrá, por tanto, que hacer una exploración urológica detenida y un examen de fondo de ojo, donde indudablemente si se trata de una hipertensión urológica deben existir por su larga fecha lesiones evidentes, y si estas exploraciones fueran negativas, habrá que inclinarse a la génesis suprarrenal, explorándole en este sentido. Por otra parte, el factor psíquico puede jugar un papel en sus molestias, ya que del interrogatorio practicado por el Dr. RODA se deduce que el enfermo tiene interés en mantener su enfermedad por motivos del seguro de trabajo.