

JAQUECAS Y DISMENORREAS

J. SIMARRO PUIG.

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

Al proceder a una revisión general de mi fichero del Instituto Neurológico Municipal, en el material relativo a las jaquecas, y examinar los resultados, objetivamente, ha llamado mi atención la proporción considerable de dismenorreas coincidiendo con las jaquecas. Ello, aparte de la proporción, asimismo nada despreciable, de coincidencias con diversas alteraciones menstruales e incluso con menopausias (naturalmente, todo ello en mujeres, que por su parte constituyen el 79,44 por 100 del total de jaquecosos).

Es, creo, interesante anotar las proporciones de diversas alteraciones. De 210 jaquecosos, 40 hombres y 170 mujeres. De las 170 mujeres, considerando las diferentes edades (no despreciables para la relación con funcionalismo sexual), hallamos: 0, de edades comprendidas entre cero y diez años; 20 (11,8 por 100), de edades entre once y veinte años; 30, de edades entre veintiuno y treinta años (17,7 por 100); 54, entre treinta y uno y cuarenta años (31,9 por 100); 31, entre las cuarenta y uno y los cincuenta años (18,3 por 100); 20, entre los cincuenta y uno y los sesenta años (11,8 por 100), y 14, de más de sesenta años (8,3 por 100). Nótese la proporción importante de mujeres jaquecosas de más de sesenta años, que no deja de estar relacionada con la proporción asimismo importante de jaquecosas menopáusicas, que veremos más adelante; y lo mismo es interesante observar la proporción de jaquecosas de edades comprendidas entre las cuarenta y uno y los cincuenta años (constituyendo el 18,3 por 100), y las de edades entre los cincuenta y uno y los sesenta años, que forman el 11,8 por 100. Proporciones que hay que comparar con el 17,7 por 100 que resultan alcanzar las de edades entre veintiuno y treinta años. Resulta ya que, aparte de la mayoría entre los treinta y uno y los cuarenta años (31,9 por 100), siguen a continuación las de edades entre los veintiuno-treinta, luego entre once-veinte y cuarenta y uno-cincuenta igualadas, y por último las de más de sesenta años. La jaquecosa más joven tenía once años, y la más vieja sesenta y nueve. Sin ocuparnos más en esta ocasión de otras circunstancias y relaciones, y continuando lo que se refiere a sexualidad en la mujer, y en especial con las dismenorreas, vemos que se registran 46 menopáusicas, cantidad importante si se considera la noción corrientemente admitida de que las jaquecas desaparecen en la menopausia.

No tienen valor las cifras de lesiones genitales observadas por no haber procedido al examen sistemático genital en mis enfermas, por lo que prescindo de anotar cifras referentes a

estas circunstancias. Únicamente se ha pedido el examen correspondiente en los casos en que había la sospecha clínica de la existencia de lesiones en este sentido. Aunque esta falta de examen sistemático sería una circunstancia, disminuyendo el valor del estudio en sentido ginecológico, es mi idea la de que no lo disminuye en sentido de las relaciones de la jaqueca con diferentes disturbios gonadales, menstruales y dismenorreas. Advirtamos únicamente que sin tal examen sistemático, todavía se encuentran dos anexitis bacilares, lo que puede ser argumento favorable a las tendencias de algunos autores que defienden la relación muy estrecha entre tales jaquecas y anexitis bacilares (NUBIOLA).

Entre las 170 jaquecosas examinadas se encuentran 140 con datos relativos a menstruaciones, siendo esta cifra la que tiene que servir para determinar las relaciones correspondientes. Y entre estas 140, hay 70 con fórmulas menstruales alteradas—menstruaciones durando más de cinco días o menos de tres, y lapsos intermenstruales de más de treinta o menos de veinticinco días, exigiendo para la calificación de tales alteraciones la suma de dos de tales cambios cronológicos por lo menos—, siendo esta cifra correspondiente a una proporción de 50 por 100. De ellas, había 34 pacientes con menstruos adelantados habitualmente (24,3 por 100); 31 con retrasos habituales (22,1 por 100); 28 con aumentos (20 por 100), y 22 con disminuciones (15,7 por 100); notando que predominan los disturbios en sentido de hiperfuncionalismo hormonal principalmente para la parte foliculínica, o para los desequilibrios en favor de la foliculina.

Asimismo hay que observar la cifra de 52 dismenorreicas, que corresponden a una proporción de un 37,1 por 100 del total de mujeres utilizables (de datos conocidos a este respecto). Y la proporción aumenta considerablemente si del total de mujeres "utilizables" deducimos las menopáusicas, quedando entonces 104 (140-46), con lo que la proporción de dismenorreicas asciende a un 49 por 100, cifras elevadas una y otra (naturalmente, más elevada la última) si las comparamos con las proporciones halladas en la generalidad de las mujeres por autores que han investigado en tal sentido (FRED, 40 por 100; DEL VALLE y MARTIALAY, 19 por 100). Ello sólo ya es suficiente, si no bastaran otras razones expuestas más adelante, para justificar la existencia de relaciones estrechas entre las dismenorreas y las jaquecas. Hemos hallado únicamente seis casos de tensión premenstrual (4,3 por 100).

Naturalmente, a la vista de estas cifras, me ha parecido interesante el estudio de los puntos y mecanismos o factores en que tales relaciones pudieran basarse, y he tenido que revisar la literatura disponible a este respecto; no en sentido ginecológico ni puramente endocrino, sino en lo relativo a tales relaciones.

Resumiendo: aparte de algunos trabajos que no he examinado con suficiente detenimiento (LABHARDT, CLAVERO, NÚÑEZ, RANDALL y ODELL, PITKIN, WILSON y MUSSEY, SCHWARTZ, WRIGHLEY) y que en su mayoría se hallan resumidos en otros examinados, y aparte asimismo de lo relativo a la factorialidad somática lesional de las dismenorreas (de las llamadas secundarias o sintomáticas, no de las esenciales o primarias), se encuentran en la literatura opiniones diversas:

Entre otros se ocupan y defienden la influencia de las alteraciones hormonales, o basadas en tales mecanismos, VARANGOT, PÉREZ MATA, DE LA PEÑA REGIDOR, REIFFERSCHIED, LUQUE, NOVAK, REINHOLDS, WITHERSPOON, CHRISTOVA, STURGIS, FERNÁNDEZ RUIZ, BÉCLÈRE, SIMONNET, RODRIGUES DE CARVALHO, FREED, GARRIGA ROCA, DEL VALLE y MARTIALAY, BRUJAS, POUS PUIGMACIÁ, GUIST, B. y P. CHAUCHARD, PHILIPS; casi todos ellos defienden mecanismos endocrinos no sencillos, sino en combinación con otros, principalmente nerviosos y neurovegetativos (LUQUE, FERNÁNDEZ RUIZ, RODRIGUES DE CARVALHO, FREED, GARRIGA ROCA, DEL VALLE y MARTIALAY, BRUJAS, POUS PUIGMACIÁ), como asimismo generalmente en sentido de desequilibrio entre foliculina y progesterona, con participación hipofisaria (LUQUE, NOVAK, REINHOLDS, WITHERSPOON, BÉCLÈRE y SIMONNET, REIFFERSCHIED, GARRIGA ROCA, DEL VALLE y MARTIALAY, GUIST). Es de observar que las cosas no se imaginan tan sencillamente, y vemos cómo entran en cuenta las paratiroides (PÉREZ MATA, FERNÁNDEZ RUIZ), el páncreas y el metabolismo en diferentes aspectos (CONILL), el funcionamiento hepático (FREED, BISKIND, DEL VALLE y MARTIALAY), el tiroides (ORTIZ DE LANDÁZURI, DE LA HIGUERA ROJAS).

Ya no se defiende la patogenia tóxica, aunque lo ha hecho recientemente MACHT con argumentos no muy consistentes. Está más demostrada la intervención de factores metabólicos, naturalmente conjuntamente con los endocrinos, y unos y otros con los nerviosos, predominando en éstos la parte neurovegetativa (PÉREZ MATA, LUQUE, FREED, GARRIGA ROCA, DEL VALLE y MARTIALAY, BRUJAS, B. y P. CHAUCHARD, PHILIPS); es digno de notar el trabajo de los CHAUCHARD, demostrando la acción de las variaciones de cronaxia de la fibra uterina sobre su motilidad y contracciones, y la acción de la foliculina, la progesterona y la testosterona sobre aquella cronaxia, lo que se comprende sea importantísimo en estos hechos. BRUJAS, PHILIPS, RODRIGUES DE CARVALHO y FERNÁNDEZ RUIZ observan la intervención de mecanismos alérgicos en unión con los nerviosos, endocrinos y metabólicos ya estudiados.

Y es natural que se haya venido pensando y observando la intervención del psiquismo en sentidos diversos (emotividad, psicogenia, etcétera) también combinadamente con los restantes (LUQUE, TAYLOR, BÉCLÈRE y SIMONNET, BRUJAS, POUS PUIGMACIÁ, etc.); y con factores

ambientales (REIFFERSCHIED), constitucionales (BRUJAS, POUS PUIGMACIÁ, TAYLOR, WITTKOWER y WILSON). Es interesantísimo el resultado del estudio de estos últimos autores; WITTKOWER y WILSON estudian la personalidad en la niñez y la edad adulta en grupos de dismenorreas, de estériles y de controles normales, observando que de niñas las dismenorreas adolecían de un desequilibrio psicológico cuatro veces más frecuente que en las controles menstruando normalmente, siendo observado un exceso de revoltosas, francamente agresivas, obstinadas, de "mal genio" y testarudas; de adultas, asimismo las dismenorreas ofrecían un elevado exceso de dos grupos principales de personalidad: el primero, con profundo resentimiento de su condición de mujer, y el segundo, evidentemente inmaduro físicamente, y o bien tímido y reservado, o bien crónicamente angustiado y quejoso. No tengo que hacer más comentarios a estas observaciones que mi experiencia en la observación y estudio de jaquecosas afectas coetáneamente de dismenorrea, es totalmente confirmativa.

Y ello no deja de estar ligado a la conexión existente con ciertas alteraciones más funcionales que lesionales, de sistema neurovegetativo, no desligadas del psiquismo, y repercutiendo en el funcionalismo de vasos, nervios y músculos, todo ello defendido por WITTKOWER y WILSON, KENNEDY, CHRISTOVA, BÉCLÈRE y SIMONNET, RODRIGUES DE CARVALHO, TAYLOR, CANTÓN ROSALES, JEFEOATE y LERER, GARRIGA ROCA, HUNTER y ROLFF, WILSON y MUDSEY, WESTMANN, BRUJAS, ORTIZ DE LANDÁZURI y DE LA HIGUERA, POUS PUIGMACIÁ, etc.), mostrando la intervención de la hiperexcitabilidad de filetes nerviosos y músculos (CHRISTOVA, BRUJAS), con espasmos de musculatura uterina y de vasos (GARRIGA ROCA, CANTÓN ROSALES), contractura uterina incoordinada (JEFEOATE y LERER), hiperesesia (TAYLOR), hipersensibilidad (HUNTER y ROLFF), e incluso de lesiones celulares en el ganglio de Frankenhäuser halladas por KENNEDY. Ya he tratado de la cronaxia y de su influencia endocrinometabólica, perfectamente demostrada para estos y otros hechos. Asimismo de la sumación o repetición de excitaciones actuando sobre la sensibilidad (HUNTER y ROLFF), y naturalmente, sobre la facilidad para el dolor.

La complejidad del organismo en estos aspectos y funcionalismos en que se interfiere es mayor todavía; y se va estableciendo la intervención de hechos y factores alérgicos, entre otros, por BRUJAS, FERNÁNDEZ RUIZ, RODRIGUES DE CARVALHO y PHILIPS. Lo que está emparentado con la constitución y factores más arriba considerados. Llegando a la mayor plurifactorialidad e intervención de conjuntos ciertamente complejos con interinfluencias y círculos viciosos, como reflejos condicionados extensos y variados.

No entro en el estudio de los problemas diagnósticos, cuyo tema sale del guión que me he

trazado, y que me llevaría muy lejos de mi estudio, aunque sí y únicamente "de refilón", tengo que recordar que he visto una gran cantidad de jaquecosas dismenorreicas operadas de apéndice, lo que recuerda las advertencias de GARRIGA ROCA y de BEST sobre los problemas planteados por su confusión; y los desengaños de las enfermas no modificadas en sus algias a continuación de las intervenciones.

Estos hechos, precisamente, me llevan ya a la consideración de los estudios en que se establece la frecuencia de las dismenorreas en la generalidad de mujeres, que me tienen que servir de patrón para la comparación numérica con las coincidencias que yo he observado. FREED, de su estadística, deduce que un 40 por 100 de mujeres sufren molestias menstruales, entrando en la categoría de las dismenorreicas (1945); más tarde, DEL VALLE MARTIALAY encuentra una frecuencia menor, de un 19 por 100, que creo más cercana a la realidad; quizá en esta diferencia pueda influir la consideración de algunos dolores o molestias menstruales, que no llegan a originar la denominación o consideración e inclusión en la categoría de dismenorreicas. Yo no he partido, naturalmente, de las dismenorreicas, sino de mi estudio de jaquecosas, y de la cantidad, frecuencia y proporción en éstas, de dismenorreicas.

La coincidencia frecuente de jaquecas y dismenorreicas ha sido ya señalada por diferentes autores, entre ellos por TAYLOR, CANTÓN ROSALES, BRUJAS y ORTIZ DE LANDÁZURI y DE LA HIGUERA, estos últimos en sus estudios sobre los bocios, observando su frecuencia, especialmente en los bocios hiperfuncionales. Yo he llegado a la misma conclusión por diferente camino, habiendo hallado 52 dismenorreicas en el total de 140 mujeres en que se había anotado las características menstruales (37 por 100), y si de ésta deducimos las ya menopáusicas, quedan 104, aumentando la proporción a un 49 por 100. Tanto si se considera en una forma o en otra, las dos proporciones resultantes (37 por 100 ó 49 por 100) son francamente grandes, indicando una relación entre los dos tipos de disturbios, ambos con intervención importantísima del sistema neurovegetativo, por lo menos, y tal como se acepta actualmente y en general, de constitución, metabolismo y hormonas, sistema nervioso en general, psiquismo y alergia (por lo menos). Esta relación está asimismo apoyada por la frecuencia con que en mi estadística registro proporciones considerables de disturbios hormonales, principalmente de la armonía y correlación entre foliculina, progesterona, hormonas hipofisarias gonadotropas y otras relacionadas con éstas. Y con la conexión de unos y otros disturbios, dismenorreicos y jaquecosos, con los restantes factores considerados y que no es necesario repetir.

Ello, sin embargo, no quiere significar que tenga que existir una relación de causa a efecto entre unas y otras alteraciones; seguramente en un estudio tendente al establecimiento de

la frecuencia de la jaqueca en dismenorreicas se hallaría una proporción importante comparable a la que he hallado de dismenorreicas en jaquecosas, pero ello tampoco significaría una relación causal en uno u otro sentido. En cambio, y teniendo en cuenta la causalidad que se va estableciendo para uno y otro tipo de disturbios (jaquecas y dismenorreicas), en sentido de plurifactorialidad tal como he demostrado y con una intervención muy clara de la constitución, teniendo asimismo en cuenta el parentesco estrecho existente entre la constitución alérgica y la jaquecosa, que si no otra, establece una conexión muy estrecha entre ambas modalidades constitucionales, con factores causales y mejor etiopatogénicos, no ya sólo comparables, sino poco menos que coincidentes. Estos hallazgos míos con los que he expuesto, deducidos de la literatura, muestran una influencia etiopatogénica y una ligazón fisiopatológica entre ambos tipos de disturbios, que aparecen y se desarrollan poco menos que paralelamente en tipos de mujeres análogos, con las mismas disposiciones y con factores desencadenantes parecidos para no decir análogos; en unos y otros casos, una mayor frecuencia de aparición con el comienzo, progresión y desarrollo del funcionamiento genital; y con los restantes factores considerados, que en mi casuística se revelan análoga y paralelamente. Aunque, con ciertas diferencias, derivadas (y explicables), naturalmente, de la diferencia de región afecta (con diferentes respuestas, diferente anatomía y fisiologismo, etc.), de las conexiones distintas (hormonogonadales e hipofisarias, y con respuestas de músculo uterino, en las dismenorreicas, y diferentemente, con mecanismo y respuesta vascular, conexiones digestivas y regionales propias, en las jaquecas).

Y es así como para lo tocante a la terapéutica, nos encontramos con fundamentos y consideraciones, si no exactamente iguales ni superponibles, sí que paralelos y equivalentes.

Naturalmente, dejo de lado todo lo que se refiere a las dismenorreicas lesionales secundarias y me refiero únicamente a las llamadas "esenciales": las primarias, las genuinamente funcionales. Sin insistir más en ello, presuponiendo que se ha despistado y eliminado todo lo lesional y primario, o que se ha tratado y eliminado, queda la dismenorrea esencial, y para mis observaciones, las ligadas a las jaquecas.

También es oportuno recordar que se ha aconsejado y registrado buenos resultados de las terapéuticas fundadas en los mecanismos y factores endocrinos, y así no hay que insistir en los tratamientos dirigidos y conducentes a restablecer la normalidad hormonal, con la evitación y arreglo de defectos, excesos, disarmonías y disregulaciones, desequilibrios (absolutos y relativos, constantes y variables, estables e inestables), retenciones y disfuncionalismos diversos. Y para sus variaciones en cantidad, calidad, sinergismos (de simultaneidad, de su-

cesión), sus metabolismos, retenciones y excreciones, etc. Y así son lógicos y generalmente seguidos de buenos resultados los empleos de foliculina, progesterona, hormonas gonadotropas, hormonas placentarias de acción análoga a la de éstas, testosterona, paratiroidea, suprarrenales, e incluso tiroideas y medicaciones moderadoras del funcionalismo tiroideo; naturalmente, todo ello sentando cuidadosamente las indicaciones con anterioridad y probado, entre otros, por estudios de VARANGOT, PÉREZ MATA, LUQUE, STURGIS—estrógenos sintéticos—, FERNÁNDEZ RUIZ, CONILL, BOYNTON y WINTER, BÉCLÈRE y SIMONNET, MARAÑÓN, RODRIGUES DE CARVALHO, REIFFERSCHED, FREED, GARRIGA ROCA, DEL VALLE y MARTIALAY, POUS PUIGMACÍ, GUIST, PHILIPS, etc. Y sin olvidar ciertos inconvenientes; por ejemplo de los estrógenos sintéticos (STURGIS); como sin olvidar que de ninguna manera se puede prescindir de la terapéutica de todos los factores actuantes. Recordemos que MARAÑÓN ha visto algunos casos de trastornos en este sentido causados por mixedemas, provocando infiltraciones vulvares y genitales, y obedeciendo a la terapéutica tiroidea.

Asimismo, no hay que olvidar los agentes y medicaciones de orden metabólico, hidrocarbónicos (POUS PUIGMACÍ), el calcio y los acidificantes suaves, el cloruro amónico (FREED, DEL VALLE y MARTIALAY), la B₁ (FREED) sobre cuya acción no puedo extenderme, el complejo B (HELLMANN, DEL VALLE y MARTIALAY), la corrección de carencias, etc.

Y los vasodilatadores, tanto más interesantes cuando las jaquecas coetáneas son más marcadas; la acetilcolina (RODRIGUES DE CARVALHO, POUS PUIGMACÍ); la papaverina (CENTENERA FONDÓN, POUS PUIGMACÍ). Y los antiespasmódicos; WHITEHOUSE aconseja la "Fragarina", extraída de las hojas secas de la frambuesa. Los analgésicos diversos combaten el dolor; no son inútiles, pero su acción es insuficiente y pasajera; únicamente son medicaciones de espera, provisionales. Aunque ALBIN afirma obtener buenos resultados con una combinación de ácido sulfonamidobenzoico y dietilamidofenazona. Indudablemente, son insuficientes.

En otro grupo tenemos la prostigmina (combinada con la acetilcolina, RODRIGUES DE CARVALHO), los simpaticomiméticos (TAYLOR), desde luego, asociados al tratamiento plurifactorial; son sólo coadyuvantes.

Los tratamientos físicos, la röntgenterapia simpaticofuncional, aconsejada por LARRÚ como medio a recurrir antes que a la resección del simpático, y los medios quirúrgicos; DAVIS estudia indicaciones y resultados de la simpatectomía ovárica (causa ovárica), la inyección de alcohol en plexo pélvico (dismenorrea espasmódica, antes de practicar la resección de presacro), la sección de ligamentos úterosacros, que no ha respondido al entusiasmo que primeramente despertó, y la resección de presacro (dismenorreas espasmódicas), aconsejada tam-

bién por WESTMANN, y de la que TUCKER ha publicado resultados de una estadística de 255 casos, con curación de la dismenorrea esencial en 78 por 100, y cierta mejoría en 11 por 100; y la considera como un último recurso, aunque opinando que antes de recurrir a ella se debe ensayar un tratamiento médico completo, a menos que haya otras razones que aconsejen la laparotomía; aunque se ha afirmado que no causa trastornos en la motilidad uterina, CASO y FERNÁNDEZ ROZAS, del estudio de cuatro observaciones, deducen una alteración de la dinámica uterina (tres de estos cuatro) del tipo de la inercia, con parto distócico posterior; asimismo, el mismo COTTE observa la aparición de una dismenorrea en enferma anteriormente sin tal disturbio y a continuación de una resección de presacro, sin suficiente indicación. También GÓMEZ-SIGLER aconseja la simpatectomía química con pincelaciones del pedículo ovárico, con isofenol, con infiltraciones de novocaína en el ganglio de Frankenhäuser. Asimismo TAYLOR rechaza la cirugía. Mi opinión, sin una experiencia "directa" de las dismenorreas, pero habiendo visto muchas enfermas distónicas y jaquecosas, y también coetáneamente dismenorreicas, es la de que diversos tipos de estas distonías se equivalen, se intercambian y se influyen mutuamente, y que hay que buscar su terapéutica causal y etiopatogénica siempre, recurriendo a los tratamientos sintomáticos únicamente en caso de fracaso de aquélla y como mal menor.

También es curioso ver cómo, igual que para las jaquecas, se aconsejan las infiltraciones locales y regionales sedantes o paralizantes del simpático, e incluso a distancia (de ganglio esfenopalatino, AMSTER) con buenos resultados (aunque con inconvenientes si se usa cocaína). Es lógico, dada la importancia de la acción e intervención del sistema neurovegetativo local y regional, y se comprende su acción, incluso a veces a distancia, al disminuir la sensibilidad, la excitabilidad, la irritabilidad, el dolor, con todas sus consecuencias. Y es otra analogía y dato apoyando una relación y un parentesco entre las dismenorreas (esenciales) y las jaquecas, unas y otras con su cortejo de otros disturbios funcionales y psíquicos diversos, que he expuesto muy someramente más arriba.

También se comprende que, dada la rebeldía y escaso conocimiento de estos disturbios, se hayan propuesto asimismo otros medios, que calificaría como caprichosos y curiosos, tales cual el hidrargirio (dosis pequeñas, MEYER), las sanguijuelas (CANTÓN ROSALES), que quizá tienen un fundamento en su acción antiespasmódica, como lo tienen las sales de magnesio (gluconato, RAWLING), medicaciones que tienen que ser, a todas luces, insuficientes.

Siendo ya unánimemente reconocida la intervención del psiquismo (en las dismenorreas y en las jaquecas), aunque sí discutida su significación y la patogenia psicógena, que por lo menos es hipervalorada por muchos, es natural que

sea muy conveniente, si no necesaria (según los casos), una psicoterapia bien dirigida; una buena muestra de su importancia está en las observaciones de BOYNTON y WINTER, que con el glucurónico de estriol hallan un 12 por 100 de mejorías, a la par que en un grupo de controles tratadas con un placebo encuentran un 8 por 100 de iguales mejorías. HUNTER y ROLFF no aceptan la causalidad por represión o supresión de episodios del pasado, que no influirían si no recayesen en mujeres nerviosas, excitables, hipersensibles, irritables, emocionables y con personalidad deficiente y con bajo umbral para el dolor. Que es lo que he observado constantemente en jaquecosas, con o sin dismenorrea. En unos y otros casos se dan círculos viciosos no sólo somáticos, sino también somatopsíquicos, amplios, sencillos o complejos, y con reflejos condicionados importantes.

Una diferencia fisiopatológica y etiopatogénica entre jaquecas y dismenorreas es lógico que se base en la distinción de regiones, influencias, anatomofisiología y relaciones: en las dismenorreas los mecanismos hormonales son más marcados, como las relaciones de vecindad, así como en las jaquecas lo son más las diferentes relaciones anatomofisiológicas, los mecanismos vasculoneurovegetativos. Pero existe un parentesco cierto, estrecho, constitucional y psiconeuroendocrinometabólico entre unas y otras, basado esencialmente en las características constitucionales, generales y locales de excitabilidad, irritabilidad, sensibilidad, susceptibilidad al dolor, a la angustia y a las sensaciones y reacciones anormales. E incluso una intervención de orden, si no ciertamente alérgico, sí que estrechamente emparentado con hechos de orden alérgico.

En mis observaciones, y al tratar a las enfermas, poco menos que sistemáticamente (en estos últimos años lo hago ya así, sistemáticamente), con una terapéutica basal predominantemente con histamina a dosis pequeñas y ascendentes, observo que, generalmente, mejoran de manera paralela las jaquecas y las dismenorreas, e incluso tengo la impresión de que vale la pena de ensayar esta terapéutica, no aislada, sino conjuntamente con las de otros factores (hormonales, etc.), y no ya sólo para las jaquecas, como lo hago, sino para las dismenorreas, considerando la intervención de los factores que he analizado más arriba.

Todo lo expuesto muestra, probando por añadidura las intervenciones diversas estudiadas, como las de hiperexcitabilidades, hiperirritabilidades, hiperemotividades, hipersensibilidades (más internas que externas), descenso de umbral de percepción del dolor, constitucionalidad e intervención de disturbios hormonales, metabólicos, nerviosos, psíquicos y otros menos influyentes; con una interinfluencia—que no se puede esquematizar en un cuadro, ya que es muy compleja, y variando para cada individuo en su extensión, dirección y de modalidades—entre psiquismo, sistema nervioso de la vida

de relación y neurovegetativo (no sólo el diencefalo, sino todo, y no sólo el central, sino también el periférico), sistema endocrino hormonal, metabolismo y funcionalismos viscerales como el organismo entero.

En todos estos disturbios hay que considerar la personalidad total, la persona en su totalidad para la etiopatogenia, la fisiopatología, el diagnóstico, el pronóstico, la terapéutica e incluso para la profilaxia.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBIN.—Forschr. d. Ther., 19, 8, 1943.
2. ALVAREZ COCA y PÉREZ ROBLEDO.—Medicamenta, 14, 192 y 379, 1950.
3. AMSTER.—N. Y. State Jour. Med., 48, 2475, 1948.
4. BÉCLÈRE y SIMONNET.—Soc. Gynec. Obstetr. Paris, 3, 4, 1944.
5. BEST.—Canad. Med. Ass. J., 57, 474, 1947.
6. BOYNTON y WINTER.—Jour. Am. Med. Ass., 119, 2, 1942.
7. BRUJAS.—Monde Med., 5, 5, 1925 y 115, 1948.
8. BISKIND.—Cit. DEL VALLE, 54.
9. CANTÓN ROSALES.—Med. Clin., 11, 381, 1945.
10. CASO y FERNÁNDEZ ROZAS.—Prensa Méd. Argent., 13, 31, 1948.
11. CENTENERA FONDÓN.—Rev. Clin. Esp., 39, 279, 1950.
12. CLAVERO NÚÑEZ.—Med. Esp., 10, 58, 1943.
13. CONILL.—Med. Clin., 2, 61, 1944.
14. COTTE.—Pres. Méd., 29, 426, 1943.
15. CHAUCHARD, B. y P.—Soc. Biol. Paris, XI-XII 1943.
16. CHRISTOVA.—Cit. LUQUE, núm. 31.
17. DAVIS.—Brit. Med. Jour., 4377, 505, 1948.
18. FERNÁNDEZ RUIZ.—Ser., 22, 57, 1943.
19. FRANCK.—Jour. Am. Med. Ass., 136, 6, 1948.
20. FREED.—J. Am. Med. Ass., 127, 337, 1945.
21. GARRIGA ROCA.—Acta Méd. Hispan., 7 y 8, 1945.
22. GARRIGA ROCA.—Med. Clin., 9, 108, 1947.
23. GÓMEZ-SIGLER.—Toco-Ginec. Pract., 12, 1946.
24. GUIST y FREED.—Cits. Publics. Alter, 9, 17, 1949.
25. HELMANN.—Prensa Méd. Argent., 32, 30, 1945.
26. HUNTER y ROLFF.—Gynaec., 53, 123, 1947.
27. JEFFCOATE y LERER.—Jour. Obstetr. Gynaec. Brit. Emp., 2, 97, 1945.
28. KENNEDY.—Cit. LUQUE, núm. 31.
29. LABHARDT.—Schw. med. Wschr., 27, 30, 1942.
30. LARRÚ.—Sem. Méd. Esp., 6, 201, 1943.
31. LUQUE.—Pubertad. Eds. Morata. Madrid-Barcelona-Buenos Aires, 1942.
32. MACHT.—Am. Jour. Med. Sci., 206, 3, 1943.
33. MARANÓN.—Medicamenta, 3, 309, 1945.
34. MEYER.—La Sem. Méd., 50, 26, 1943.
35. NOVAK, REINHOLDS y WHITERSPOON.—Cits. LUQUE, número 31.
- 35 bis. NUBIOLA.—(Conversación part.)
36. ORTIZ DE LANDÁZURI y DE LA HIGUERA ROJAS.—Rev. Clin. Esp., 32, 234, 1949.
37. DE LA PEÑA REGIDOR.—Ser., 2, 71, 1942.
38. PÉREZ MATA.—Dismenorreas. Salvat. Ed. Barcelona-Buenos Aires, 1941.
39. PHILIPS.—Ann. Int. Med., 30, 2, 1949.
40. PITKIN.—Jour. Am. Med. Ass., 134, 10, 1947.
41. PONS PUIGMACIÀ.—Med. Clin., 13, 179, 1949.
42. RANDALL y ODELL.—Jour. Am. Med. Ass., 128, 12, 1943.
43. RAWLINGS.—Med. Jour. Australia, 36, 61, 1949.
44. REIFERSCHIED.—Deuts. med. Wschr., 27, 687, 1942.
45. RODRIGUES DE CARVALHO.—Portugal Med., 4, 151, 1945.
46. ROMEO.—Rinascenza Med., 5, 15, 1941.
47. SCHWARTZ.—La Sem. Méd., 49, 36, 1942.
48. SIMONNET.—Cit. LUQUE, núm. 31.
49. STURGIS.—New Engl. Jour. Med., 226, 371, 1942.
50. TAYLOR.—Jour. Obstetr. Gynaec. Brit. Emp., 49, 8, 1942.
51. TAYLOR.—New Engl. Jour. Med., 224, 197, 1941.
52. TAYLOR.—Praxis., 12, 897, 1941.
53. TUCKER.—Am. Jour. Obstetr. Gynaec., 53, 226, 1947.
54. DEL VALLE y MARTIALAY.—Toco-Ginec. práct., 6, 334, 1947.
55. VARANGOT.—Presse Med., 18, 220, 1940.
56. WESTMANN.—Gynaec., 122, 216, 1946.
57. WILSON y MUSSEY.—Jour. Am. Med. Ass., 134, 10, 1947.
58. WHITEHOUSE.—Brit. Med. Jour., 13, 9, 1941.
59. WITTKOWER y WILSON.—Brit. Med. Jour., 4163, 2, 1940.
60. WRIGLEY.—Lancet., 6, 75, 3, 1949.

SUMMARY

The relation between headaches and dysmenorrheas is analysed by the author. He discusses their simultaneous appearance and their possibly common pathogenic mechanism and reviews the possible therapeutics which could prove effective in both processes.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor berichtet über die Beziehungen zwischen Migräne und Dysmenorrhoe; er bespricht das gleichzeitige Auftreten und den vielleicht gemeinsamen pathogenetischen Mechanismus. Man gibt eine Übersicht über die erfolgreichen Behandlungsmethoden beider Prozesse.

RÉSUMÉ

L'auteur expose les relations qui existent entre les migraines et les dysménorrhées; il discute leur coïncidence d'apparition et le possible mécanisme pathogénique commun. Il repasse également les thérapeutiques probablement efficaces dans ce deux procès.

NOTAS CLINICAS

UN CASO DE EXOFTALMOS UNILATERAL

F. E. ORTEGA y A. ORTEGA A.-VILLAYERDE.

Servicio de Endocrinología y Nutrición del S. O. de E. de Gijón.

Nos decide a publicar este trabajo la lectura de otros sobre el mismo asunto, todos ellos aparecidos en el *Boletín del Instituto de Patología Médica*, unos del Profesor MARAÑÓN y otros de F. CARSI y J. MUÑOZ-LARRABIDE. En los casos de estos últimos autores el exoftalmos aparece después de haber sido tratadas las enfermas con fuertes dosis de estrógenos; en una publicación del primero, estudia el exoftalmos post-tiouracilo y clasifica los exoftalmos en hipofisarios-tranquilos y exoftalmos-inquietos basedowianos. Pues bien, nuestro caso no encaja en ninguno de esos dos tipos, y por ello hemos creído interesante darle a conocer.

Nuestra enferma tardó veintitrés meses en curar, de ellos estuvo en tratamiento con nosotros los diecisiete últimos meses (del 7 de mayo de 1949 al 15 de octubre de 1950). Y hemos esperado hasta el día de hoy (8 de febrero de 1951) para ver si recaía la enferma y apareciera de nuevo su exoftalmos. Lo que no ha sucedido hasta esta fecha.

Resumimos su historia: A. M. M., de treinta y seis años, nacida en parto normal, sin antecedentes familiares de interés. Antecedentes personales: Sarampión y una neumonía. Por lo demás, *siempre* estuvo sana y sin dolor ni trastorno alguno (aparte del exoftalmos). Menarquia a los trece años, reglando perfectamente normal hasta el día de la fecha; sus períodos no fueron modificados ni alterados pese al tratamiento estrogénico a altas dosis hecho por nosotros desde el segundo mes de nuestra asistencia. Regla del tipo 30/5.

En noviembre de 1948, y a raíz de un susto banal, nota que se le propulsa el ojo derecho, teniendo gran dificultad para cerrarle, siéndole casi imposible cerrar del todo el ojo. Un poco antes de esto había notado disminución de agudeza visual (ella era miope desde años atrás) y pinchazos en ese ojo. La ve el oculista Dr. PRENDES, el cual le hace infiltraciones simpáticas, con lo que no mejora, y no encontrando nada anormal nos la envía. Primera foto del 7 de mayo de 1949 (fig. 1). Pesa 40 kilos y talla 143 centímetros. Es bien propor-

cionada, recordando el tipo hipohipofisario. Tensión arterial, 16-7; pulso, normal. Exploración neurológica, todo normal. Sangre, *normal*, lo mismo que corazón y aparato respiratorio. Presenta un gran exoftalmos del ojo derecho, como puede verse en la foto primera, con fuerte retracción del párpado superior (signo de Darrymple, Grafe); al mandarle cerrar los ojos, el párpado superior del derecho queda a mitad del camino, y si se la manda forzar, entonces baja algo más, con temblores (Boston). Tiene midriasis, sobre todo en el ojo enfermo. Presenta un bocio (ignorado hasta entonces



Fig. 1.

por la enferma, y que es visible en las fotos, sobre todo la primera y segunda); este bocio es difuso, glandular y algo denso. No tiene temblor, duerme bien, etcétera, etc. El metabolismo basal da *más* 17 por 100. El perímetro de su cuello es de 35 centímetros. Presenta intenso dermografismo, no sólo sobre la cara anterior del cuello (signo Marañón), sino sobre toda la cara anterior del pecho, brazos y antebrazos.

Le damos diiodotirosina (Normotiroides, dos tabletas diarias) y otras dos tabletas de Ginergero Sandoz (tratado de ergotamina). Con esto, a los pocos días, disminuye el perímetro de su cuello medio centímetro. Como una prueba, le damos entonces cuatro tabletas diarias de Tiouracil Lefa (40 centigramos) durante dos semanas. Entonces aumenta el exoftalmos y el perímetro del cuello llega a 37 centímetros. Convencidos del origen hipofisario del exoftalmos, empezamos a darle estrógenos a altas dosis para frenar la hiperfunción hipofisaria, inyecciones de micropellets y de Estrolan de 50.000 unidades y tres tabletas de Ginergero. Con ello baja el cuello a 34 centímetros, la tensión arterial desciende a 14-7 y se nota una franca mejoría sobre la