

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor berichtet über die Beziehungen zwischen Migräne und Dysmenorrhoe; er beschreibt 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 pathogène commun. Il repasse également les thérapeutiques probablement efficaces dans ce deux procès.

NOTAS CLINICAS

UN CASO DE EXOPTALMOS UNILATERAL

F. E. ORTEGA y A. ORTEGA A.-VILLAVERDE.

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 enfermedades con fuertes dosis de estrógenos; en una publicación del primero, estudia el exoftalmos post-tiouracilo y clasifica los exoftalmos en hipofisarios-tranquillos y exoftalmos-inquietos basedowianos. Pues bien, nuestro caso no encaja en ninguno de esos dos tipos, y por ello hemos creido 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 aparecería 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 propulsaba 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. PRENDÉS, 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 Darrryple, 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 diyodotirosina (Normotiroides, dos tabletas diarias) y otras dos tabletas de Ginergeno Sandoz (tartrato 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 micropelets y de Estrolan de 50.000 unidades y tres tabletas de Ginergeno. Con ello baja el cuello a 34 centímetros, la tensión arterial desciende a 14-7 y se nota una franca mejoría sobre la

retracción palpebral; el exoftalmos sigue igual. Se le da Apondon (para combinar el tratamiento de ergotamina y tiroides) y cada dos días una intravenosa de Calcibronat. Engorda 900 gramos y baja el perímetro del cuello a 33 centímetros. El bocio se pone blando.

Seguimos así y la enviamos al oculista Dr. CUERVO ARANGO, el que, al igual que el anterior oculista Doctor PRENDÉS, confirma *normalidad* del aparato visual. También la enviamos al psiquiatra-neuroólogo Dr. SALAS,



Fig. 2.

el que nos comunica no encuentra nada anormal a la exploración neurológica (todos estos informes van integrados al final del trabajo).

Alternamos la anterior medicación con Lugol, a dosis de un miligramo diario de yodo, y Bellergal, tres tabletas. Con todo esto sigue mejorando el signo de Grafe y quizás empieza a ceder un poquito el exoftalmos. El segundo metabolismo, hecho el 21 de agosto de 1949, da *más* 1 por 100.

En vista de la persistencia del exoftalmos (lo que

metabolismo de *más* 7 por 100, y entonces empezamos a notar una *gran* mejoría sobre el exoftalmos).

En marzo, debido a la radioterapia, baja su peso a 37 kilos y baja su tensión a 9-5. No obstante, la sangre no acusa gran trastorno: 4.900.000 hematies; hemoglobina, 8; V. G., 0,86, con 7.000 leucocitos y 1,42 por 1.000 de colesterinemia. Se le hace salar las comidas y además se le dan papeles de cloruro y citrato sódico para hacerse una jarra de limonada todos los días. Además



Fig. 4.

le mandamos inyecciones combinadas de Cortirón de 10 mg. y Opocortin de 4,1 u.i. Hepavital fólico y ampollas bebibles de extracto hepático Zeltia y B-Complex. Su cuello mide 33,5, más tarde llega a 31 centímetros. Tiene 76 de pulso y 12-6 de tensión arterial. El bocio está muy duro, denso, retraído (fig. 3). Sigue su tratamiento radioterápico y sólo se le dan reconstituyentes y sobrealimentación, y asistimos poco a poco a la disminución de la propulsión ocular.

Metabolismo cuarto y último da *menos* 8 por 100. Se



Fig. 3.

preocupa enormemente a la enferma, avergonzándola y haciéndola llevar gafas ahumadas), la enviamos a hacer una radiografía (fig. 2) (16 de enero de 1950). Encuentramos un sillín turca ancha (Dr. VEGA TAGOURNET), y por ello determinamos que se le haga radioterapia de sillín turca, empezando el Dr. GARCIA HERRERO el tratamiento (todos los detalles técnicos del mismo van al final del trabajo).

Al finalizar la primera tanda de radioterapia da un



Fig. 5.

le hace la *segunda radiografía* (fig. 4), que está sensiblemente igual que la primera, quizás se dibuja más neta la línea de la cara antero-inferior de la sillín turca; pero esto no nos atrevemos a afirmarlo. Al terminar la radioterapia con sus tres tandas, la dejamos descansar unas semanas y se le hace la *tercera foto* (fig. 5). En ella se nota más ancha la hendidura palpebral que en el ojo sano, pero ya no hay exoftalmos y la enferma sale a la calle y trabaja sin gafas.

Hacemos sea vista de nuevo por el neurólogo y el oculista, y la damos de alta el 15 de octubre de 1950, esperando, como decíamos al principio, hasta el día de la fecha para escribir esta modesta nota clínica.

RESUMEN.

Creemos que nuestra enferma ha padecido un adenoma benigno de la hipófisis, el que creció solamente dentro de la silla, sin llegar a comprimir quiasma óptico, y que su exoftalmos fué debido a la hipersecreción de hormona tirótropa hipofisaria; esta hipersecreción agotó al tiroides, hiperplasiándole, y originando el bocio. Como decíamos al principio, este caso no "encaja" en la clasificación de MARAÑÓN ni tiene del exoftalmos basedowiano la fuerte retracción del párpado superior (signo de Grafe), y la midriasis (se observa en las fotos), según MARAÑÓN no es constante, y tiene del tipo de exoftalmo-hipofisario, el aspecto "tranquilo", la intensa propulsión del globo ocular, y en cambio presenta retracción del párpado superior, no tiene paresias ni parálisis, ni edema conjuntival, ni úlceras en la córnea, y en cambio en la clasificación de MARAÑÓN éste dice que los exoftalmos hipofisarios no tienen ni retracción del párpado superior ni midriasis, y esta enferma presentó intensamente ambos síntomas, comprobables ambos por las fotos.

Recordamos que en los casos citados por F. CARSI y J. MUÑOZ-LARRABIDE había previamente insuficiencia genital, y a consecuencia de ello tratamientos intensos y duraderos con estrógenos. Nuestra enferma no fué tratada con estrógenos hasta el segundo mes de nuestra asistencia, haciéndolo al ver el empeoramiento originado por el Tiouracilo. Por todo ello, y el hecho de empeorar con el tiouracil y mejorar con el Apondón (que además del tartrato de ergotamina lleva tiroides), creemos que nuestra enferma ha padecido un adenoma hipofisario benigno con muy pocos síntomas; por ello, esta creencia pudiera ser errónea.

COPIA DE LOS INFORMES DE LOS DRES. CUERVO ARANGO, SALAS Y GARCIA HERRERO

Dr. CUERVO ARANGO: A. M. M. Miopía elevada en ambos ojos (once dioptrías), que con la corrección óptica logra visión de 7/10 en ojo derecho y agudeza visual normal en ojo izquierdo. Reflejos pupilares: directo (fotomotor), consensual y acomodación-convergencia: totalmente normales. Fondo de ojo: papillas con cono miópico temporal. No se observan alteraciones vasculares ni lesiones de tipo miópico.

Resto del fondo: totalmente normal en ambos ojos.
Segunda exploración, igual a la primera.

Dr. SALAS: Informe del 1-IX-49. A. M. M. Reflejos palpebrales y aquileos ligeramente vivos, pero sin que se salgan de los límites normales. Nada cerebeloso. La exploración objetiva de la sensibilidad proporciona resultados normales. Pares craneales normales, salvo el exoftalmos derecho. Examen de fondo de ojo y campos visuales normales.

Informe segundo, 25-X-1950: Persisten ligeramente vivos los reflejos profundos, aunque sin importancia patológica. El resto de la exploración neurológica es normal.

TRATAMIENTOS RADIOTERAPICOS EFECTUADOS A LA ENFERMA A. M. M.

Informe del Dr. GARCIA HERRERO: Del 1 al 14 de febrero de 1950, ambos inclusive, 12 aplicaciones, con arreglo a la siguiente técnica: Tamaño del campo irradiado: 10 × 10 centímetros. Distancia foco-piel: 50 centímetros. Tensión: 200 voltios. Intensidad: 40 r./minuto. Filtro: 2 mm. de cu más 1 mm. de Al. Dosis diaria por campo: 200 r. Campos irradiados: lateral derecho e izquierdo, cráneo centrados sobre silla turca. Pauta de la irradiación: un campo diario, alternando los dos. Dosis total en cada campo, medida sobre piel: 1,22 r.

Segunda serie.—Del 15 al 29 de marzo 1950: 10 aplicaciones, con igual técnica y un total por campo de 1.000 r.

Tercera serie.—Del 15 al 29 de mayo: 12 aplicaciones, con igual técnica y un total por campo de 1.200 r.

DOS CASOS DE BALANTIDIASIS COLI

E. DE ARZUA ZULAICA y P. ANGULO BOROBIO

Ex Médico interno.

Médico analista.

Clinica de Aparato Digestivo del Hospital de Basurto.
Jefe: Dr. OBREGÓN ICAZA.

Creemos de interés presentar los siguientes casos:

P. S. C., de cuarenta y cuatro años. Vive en Zuazo (Alava). Vista el 4 diciembre 1949. Antecedentes, sin interés. Hace seis años, en agosto, tuvo un cólico con dolor de vientre, cuyos caracteres no específica, y diarrea, cuatro deposiciones, líquidas, sin moco, sangre ni pus, que calmaban el dolor. Duró treinta días. Desde entonces le ha repetido todos los veranos en forma parecida, de mes y medio de duración, dolor de vientre que calma con la deposición. Diarrea nocturna principalmente, con heces líquidas, cuatro o cinco veces en un día, de ellas tres de noche. Vómitos alimenticios a días sueltos, una o dos veces, media hora después de las comidas.

Desde hace dos meses, diarrea con cinco a seis deposiciones líquidas en los primeros días, como antes, aumentando el número en días sucesivos, hasta llegar a quince en un día. Ahora son más de día que de noche, y sobre todo cuando come, teniendo que levantarse de la mesa. Las heces líquidas huelen a podrido. Tienen restos alimenticios, alguna vez con sangre roja en gotas o estrias. A veces las heces salen a chorro. La sangre en pequeña cantidad y de vez en cuando.

Desde hace un mes le dicen que está amarillenta. Ha adelgazado seis kilos en los dos últimos meses. Menopausia hace tres años. Cefalalgia de siempre, moderadamente, más últimamente. Duerme poco. Astenia. Dolor de piernas.

Exploración.—Dolor a la palpación en vacío izquierdo y fossa iliaca derecha. Palidez de piel y mucosas. Tensión, 12/7. Pulso, 90. Resto, normal.

Estómago, duodeno, intestino delgado y tórax: Estudio radiológico, normal.

Enema opaco: A la replección, tras vaciamiento y con insuflación, normal.

Rectoscopia: Hasta 25 cm., normal.

Tránsito: A las ocho horas, el bario llega a ángulo esplénico; a las veinticuatro horas, ha vaciado totalmente todo el colon.

Laboratorio.—Hemáties, 3.910.000; leucocitos, 13.200. Valor globular, 1.1. Eosinófilos, 1; cayados, 6; segmentados, 51; linfocitos, 34; monocitos, 7. Velocidad de sedimentación: a la primera hora, 6; a la segunda hora, 15.