

bildeten, die bei Gegenwart des Medikamentes von viel grösserem Ausmaasse waren.

Diese Tatsache wird so ausgelegt, dass das NSH die sehr angepassten Bazillen zur Reproduktion anregen kann.

Und man glaubt an die Möglichkeit, gewisse Verschlimmerungen bei lange behandelten Patienten auf die Anregung durch Hydracid zurückzuführen sind.

### RÉSUMÉ

On étudie la croissance des bacilles de Koch éliminés dans les crachats des malades traités pendant plusieurs mois avec INH. Les lamino-cultifs, d'après la technique de Pryce, permettent de comparer la dimension des colonies cultivées dans des milieux sans ou avec INH. Puisque toutes les conditions sont les mêmes, sauf une (présence et absence de INH dans le milieu nourrissant) on observe que les bacilles très résistants à la drogue forment des colonies bien plus grandes en présence du médicament.

On interprète ce fait comme une preuve de que la INH peut arriver à stimuler la reproduction des bacilles très adaptés.

On admet comme vraisemblable que l'hydride-stimulation soit responsable de certaines aggravations observées chez des malades traités pendant longtemps.

## LA JAQUECA

*Consideraciones en torno al concepto actual y tratamiento de la neurodisonía migrañoide.*

ADOLFO F. DOSAL y JOSÉ L. DEL PIÑAL.

Santander.

A nuestros amigos los profesores ARNOLD P. FRIEDMAN, director de la Headache Clinic, del Hospital Montefiore, de Nueva York, y WALTER C. ALVAREZ, de la Mayo Clinic, Cordialmente.

### INTRODUCCIÓN.

*Sinonimia: Jaqueca. - Hemicránea. - Migraña.*

El dolor de cabeza es síntoma que acompaña a tan gran número de enfermedades, sistemáticas o no, que sería labor fuera de lugar el intentar una clasificación de las mismas; mas hay una determinada cefalea que constituye por sí sola una entidad morbosa perfectamente deslindada y definida, con un cuadro sintomático característico y una específica respuesta a los agentes terapéuticos.

La jaqueca es una de las enfermedades conocidas desde más antiguo. Ya ARETEO DE CAPADOCIA nos da una descripción bastante detallada de lo que él llamaba heterocránea. GALENO nos describe maravillosamente la enfermedad llamándola ya hemicránea, a causa de que en la mayoría de las ocasiones el dolor aparece más recortado en el espacio que el de otras cefaleas y se proyecta sobre uno de los hemicráneos y órbita del mismo lado. Y es realmente desconsolador que una enfermedad ya tan de antiguo señalada, que puede—sin llegar a ser directamente occisiva—hacer arrastrar a los enfermos una vida realmente miserable, en un continuo peregrinar de clínica en clínica y de fármaco en fármaco, considerados en todas partes como neurópatas, “comedores de medicamentos” o desocupados, que han encontrado la diversión de matar su tiempo en la sala de espera de los médicos, sea hoy una de las enfermedades más pobremente reconocidas, más pobremente comprendidas y más pobremente tratadas.

Pero aparte de que la intensidad extrema del dolor, casi comparable al dolor talámico, verdadero sobredolor o hiperpatía, es motivo suficiente para merecer sobrada cantidad de atención, la frecuencia con que la enfermedad se presenta no es tampoco despreciable. En Estados Unidos se calcula que de seis a ocho millones de personas están periódicamente incapacitadas por dolores de cabeza; en España son pocas las estadísticas que hemos tenido ocasión de examinar, pero hablar de cifras superiores a el millón de enfermos de migraña y otras cefalalgias quizá no sea número exagerado.

Con JIMÉNEZ DÍAZ definimos la jaqueca como “una cefalea paroxística, cíclica, con múltiples manifestaciones generales que denuncian un cierto estado diatéxico”, definición escueta, concisa y enjundiosa, pero que resume maravillosamente todos los caracteres de la hemicránea; en efecto, el ataque de hemicránea estalla de una manera brusca, paroxística, precedida o no de fenómenos prodrómicos o auras—en su mayoría de origen cortical—, alcanzando su acmé en un corto espacio de tiempo para desaparecer en un plazo variable, pero en general breve, y si observamos detenidamente el enfermo observaremos además alteraciones generales—metabólicas y endocrinas, principalmente—como claro exponente de su enfermedad general. Esta diátesis migrañosa, y lo frecuentemente que coincide con otras alteraciones de índole neurovegetativa, nos hace pensar que más bien que de jaqueca propiamente dicha haya que hablar de discrasia migrañosa, lo que JIMÉNEZ DÍAZ califica como el “círculo de la neurodisonía migrañoide”.

Varía la época de la vida en que la jaqueca hace su primera aparición; en general es enfermedad propia de la juventud y primeros años de la edad madura; es raro se presenten ata-

ques pasados los cincuenta años y, por el contrario, es frecuente que mujeres que desde la menarquia fueron afectadas de fuertes hemicráneas dejen de sufrirlas al arribar a la menopausia.

Indiscutiblemente, el sexo femenino es el más frecuentemente afectado; varían las estadísticas de unos autores a otros con un promedio de dos o tres veces mayor en el sexo femenino. ALLAN, sin embargo, no cree en esta mayor incidencia del sexo femenino; en su sentir, lo que ocurriría es que por ser más violentas las jaquecas de las mujeres, acuden éstas con más frecuencia al consultorio médico. También es digno de notarse el hecho de que los habitantes del medio rural y obreros de trabajos rudos aparecen menos frecuentemente afectados de jaquecas que los habitantes de los grandes núcleos urbanos y trabajadores intelectuales, aunque también hay autores como WILSON que sostienen que aquí ocurre algo semejante a lo que sucede con respecto a la mayor frecuencia en el sexo femenino, y que por tanto no sería real esta mayor frecuencia en el medio urbano e intelectual.

Y para terminar estas breves líneas de introducción, séanos permitido recordar la frecuencia de las jaquecas atípicas—los llamados equivalentes migrañosos—, que pueden dar lugar a los más diversos cuadros, y que con muchísima frecuencia dan lugar a evidentes errores de diagnóstico: enfermos hemos conocido a los que sucesivamente les fueron puestas gafas, saneado la dentadura, trepanados los senos frontales y hasta quitada la vesícula biliar, sin que nada de esto aliviara sus molestias, que desaparecieron cuando se les diagnosticó su jaqueca y se trataron como tales sus molestias.

#### LA HISTORIA CLÍNICA COMO BASE DEL DIAGNÓSTICO.

"El enfermo es el mejor texto para el médico."—BAGLIVI.

A pesar de los grandes progresos que han sido introducidos en los métodos analíticos y de la multitud y valía de los recursos paraclínicos—auxiliares de indiscutible utilidad, y en determinados casos realmente decisivos para el diagnóstico—, una historia clínica bien dirigida, cuidadosamente valorada e inteligentemente interpretada, sigue siendo por sí sola el factor más importante del diagnóstico. Esto, que es una de las grandes verdades eternas de la Medicina, es realmente axiomático para conseguir abordar el correcto diagnóstico de la cefalea, y al mismo tiempo que orienta certeramente el juicio diagnóstico, constituye la clave o piedra angular en la que se ha de cimentar el tratamiento. El refranero árabe, expresión rotunda de la milenaria sabiduría popular, re-

coge este hecho en el conocido proverbio "*Preguntar bien es conocer mucho*".

Si el clínico se propone obtener una buena historia, no deberá apresurarse; es sin embargo difícil, a quien está abrumado por el agotador trabajo cotidiano, dedicar tiempo sin tasa a escuchar la narración completa del curso de una enfermedad, recoger entre gran cantidad de datos sin valor aquellos que puedan ser significativos, reiterar en días sucesivos el interrogatorio con objeto de cotejar los datos obtenidos en la primera entrevista y asegurarse que ninguno significativo ha sido pasado por alto; hacer sentir al paciente que de momento el médico les pertenece por entero, que no tiene otra preocupación que sentir con el enfermo sus propios problemas, que para nada piensa en el último enfermo que ha abandonado su consultorio o en los que aguardan fuera.

Primeramente deberán de ser cuidadosamente precisadas las circunstancias frente a las que se desencadenó el primer ataque, así como los factores predisponentes o desencadenantes de los subsiguientes ataques. Desde este punto de vista deberán ser cuidadosamente valoradas las inflamaciones e infecciones, factores hereditarios y alérgicos, eventos cíclicos, traumas físicos y psíquicos.

La extraordinaria importancia de estos últimos factores no es hecho desconocido, ya que el mismo Shakespeare pone en boca de Otelo:

"El solo recuerdo de su persona  
como mineral ponzoñoso corroía mis entrañas."

Recordamos como ejemplo gráfico de la importancia de estos recuerdos afectivos una antigua enferma nuestra, que pocos días antes de casarse había tenido un conflicto amoroso que originó la ruptura definitiva de sus relaciones: en este mismo día fué presa de su primer ataque de jaqueca, que aparecía después con una matemática exactitud cada vez que veía a su antiguo amante.

La nociva influencia del miedo también es un hecho de antiguo señalado:

"Defecó el lobo por tres veces  
a causa del miedo que lo embargaba..."

ESOPHO: *Fábulas*.

Es ejemplo característico de esta perniciosa influencia del temor el caso que recordamos de un lidiador que sufría violentos ataques de jaqueca en la mañana del día que tenía que torear, ataque que, como por ensalmo, desaparecía cuando desde la arena oía sonar el clarín que anunciaba el comienzo de la fiesta, dando paso a una extraña sensación de bienestar y de potencialidad física a quien momentos antes era un impedido para su difícil arte.

El profundo choque psíquico que en la mujer determina la aparición del primer menstuo,



o la menopausia tormentosa de las vírgenes, ansiosas de perpetuarse en la descendencia, son momentos cruciales y favorables para el desencadenamiento de una enfermedad migrañosa.

Los celos atormentadores de algunas esposas, determinan con frecuencia el desencadenamiento de brutales ataques de jaquecas. Realmente, un marido podría en algunas ocasiones curar la jaqueca de su esposa prodigándola mayores consideraciones y cariño, o rectificando una conducta que la atormentaba, como la de jugar, beber o tener adúlteras relaciones.

La vida anterior del enfermo también deberá ser cuidadosamente analizada; con razón escribía Sir WILLIAM JAMES: "Dios podrá perdonarnos nuestros abusos y pecados, pero nuestro sistema nervioso no nos lo perdona jamás." Una vida desenfundada, con abusos o excesos de toda clase de funciones, los vicios de toda índole, una vida azarosa en continuas emociones, es frecuentemente encontrada en el pasado de los enfermos de hemicránea.

De gran importancia será también el preguntar la hora del día en que es más frecuente la presentación del dolor; mientras la cefalea de la enfermedad esclerohipertensiva hace su aparición, generalmente en las postrimerías del día, comenzando lentamente con caracteres de dolor sordo, para ir progresivamente aumentando, el ataque de jaqueca comienza al clarear o en las primeras horas de la mañana; el enfermo se despierta con la sensación de que va a sufrir un ataque de jaqueca, y previas las auras o pródromos, se desencadena brusco, brutal, masivo, el ataque de dolor. El enfermo se revuelve inquieto en la cama sin encontrar posición que alivie su angustioso dolor y, al fin, salta brusco del lecho y pasea excitado por la alcoba; otros, excitados, abren las ventanas con la esperanza de que ésto los alivie, y con grandes pasos recorren la habitación con las facciones desencajadas, dando gritos, pareciendo presa de un ataque de locura; la posición erecta del tronco los alivia, los movimientos de la cabeza aumentan su dolor, por lo que en general, durante esta marcha, adoptan una actitud rígida, como "envarados". Otros pacientes, en fin, optan por amontonar almohadas y ropas sobre la cabeza con objeto de preservarse de la luz y de los pequeños ruidos, que les producen extremas molestias, casi intolerables; muchos de éstos, con la sola oscuridad y el silencio mejoran notablemente de sus dolores y acaban por conciliar un sueño reparador del que se despiertan, pasadas dos o tres horas, con una extraña sensación de euforia y bienestar como si realmente nada hubiera ocurrido, encontrándose muchas veces en un estado subjetivo mejor que antes de comenzar el ataque. Es curioso el hecho de la especial incidencia de los ataques de jaqueca en los últimos días de la semana,

con marcada selectividad por el sábado. Posiblemente este hecho guarda estrecha relación con el régimen de trabajo y descanso que es habitual en casi todos los países del mundo; quizá durante el trabajo de la semana va aumentando progresivamente la tensión o violencia, como si realmente fuésemos acumulando alguna noxa tóxica de las que nos libera el reparador descanso dominical. WALTER C. ALVAREZ cita un caso muy demostrativo de esta posible hipótesis: un dentista cliente suyo, fuertemente atareado de trabajo, que en la mañana de los sábados (días cuya tarde dedicaba al descanso) era afectado con machacona insistencia por fuertes dolores de jaqueca; creyendo ver alguna relación con su régimen de trabajo le aconsejó cambiar al jueves su día de descanso, comprobando entonces que se alteraba también el ritmo de sus jaquecas, que con la misma insistencia se sucedían todos los jueves. También son extraordinariamente frecuentes las jaquecas menstruales, o por mejor decir, las premenstruales, en los dos o tres días que preceden a la aparición del flujo menstrual.

Asimismo son períodos que con frecuencia favorecen la aparición del dolor migrañoso: los períodos de tensión o violencia emocional, los períodos de esfuerzos psíquicos desacostumbrados—exámenes, oposiciones, etc.—, la ansiedad que en ciertas personas pusilánimes y especialmente predispuestas, determinan la inminente proximidad de alguna actuación en público o acontecimientos normales de la vida social—conferencias, banquetes, etc.—. Un simpático e inteligente colega de cierta edad nos refería que durante su vida de estudiante en la Facultad vivía continuamente atormentado por frecuentes jaquecas, mucho más frecuentes en la época final de curso, en que la proximidad de los exámenes le obligaba a un mayor esfuerzo, haciéndole pasar días de gran ansiedad. Concluida la carrera se estableció en un pequeño pueblecito y allí vivió tranquilo, durante muchos años, una vida sin grandes preocupaciones, donde solamente una vez fué atacado por un paroxismo de jaqueca, y precisamente ocurrió en los comienzos de su vida profesional con ocasión de tener que asistir a un parto distócico. Más tarde, motivos familiares de inexcusable cumplimiento le obligaron a trasladar su residencia a una populosa ciudad, haciéndose cargo de una labor ciertamente agobiante y llena de continuas preocupaciones y sobresaltos; pronto se sintió rendido, agotado y sometido a una extraordinaria tensión nerviosa, reapareciendo entonces sus antiguos ataques de hemicránea que le maltrataban uno y otro día y que le obligaron a trasladarse nuevamente a su primitivo destino, donde no ha vuelto a ser molestado por la enfermedad jaquecosa.

Mientras que la extraordinaria importancia que en el desencadenamiento de las crisis mi-

grañosas tienen estas situaciones de tensión o violencia en países como los Estados Unidos, donde la mayoría de los autores encuentran antecedentes de "stress" en la casi totalidad de los sujetos afectados de hemicránea, es preciso reconocer que son países donde la vida gira en confusos torbellinos, a velocidades vertiginosas, y que en nuestro medio ambiente, mucho más tranquilo, es necesario conceder a este factor mucha menos importancia; pero, naturalmente, sin que esto signifique descartar que en determinadas ocasiones puede desempeñar un trascendental papel.

Realmente no siempre, ni mucho menos, son los conflictos anímicos los desencadenantes de los ataques de jaqueca; la transmisión hereditaria de la enfermedad, posiblemente como carácter dominante, aunque algunos autores piensan se trata de un carácter recesivo y otros creen que su transmisión está vinculada al sexo; la frecuencia con que en clínica se observan jaquecas atípicas—lo que se ha dado en llamar "equivalentes migrañosos"—; el coincidir con una gran frecuencia estas enfermedades con otras de indiscutible estirpe neurovegetativa, nos mueve a considerar como muy acertado lo que JIMÉNEZ DÍAZ califica como "*círculo de la neurodistonía migranoide*", que piensa se hereda por un gen que tiene caracteres mendelianos dominantes, no forzosamente ligado al sexo femenino, pero indiscutiblemente favorecido por él. Casi con toda evidencia puede hablarse de una constitución o personalidad migrañosa que ha sido objeto de maravillosas descripciones.

En general, esta constitución migrañosa viene definida por los siguientes rasgos: son mujeres más bien de corta estatura, de cuerpo armonioso, grácil y bien proporcionado, extraordinariamente cuidadosas de su atuendo personal, de gustos refinados en el vestir y que en general destacan de la generalidad por su conjunto armonioso, que irradia simpatía. De ojos grandes, brillantes, mirada muy expresiva, de rostro inteligente y movimientos rápidos y vivos. WOLFF, en una cuidadosa estadística, comprueba que más de la mitad de los sujetos afectados de hemicránea habían sido en su infancia enfermizos y "delicados", o cuando menos tratados como tales. En general han sido niños dóciles, pero también de una extraordinaria terquedad ante situaciones definidas. Tras un aspecto cortés, refinado, hay una gran desconfianza e incluso un claro espíritu de rebeldía. Son niños a los que casi es imposible modificar su carácter, en general sensitivos, pero que son catalogados como niños "difíciles". Destaca su especial tendencia a la pulcritud y esmero en el desempeño de sus tareas escolares, así como en el aseo personal; rehusan toda clase de juegos que puedan comprometer la limpieza de sus ropas, se sienten desasosegados, descontentos de sí mismos, si no hacen las cosas con absoluta

perfección, si su cuaderno o sus dibujos no son más perfectos que los de sus compañeros.

El clínico debe aprender a conocer este tipo de constitución, porque en la clínica son pocas las mujeres que piensan hacer mención que han tenido o tienen violentos dolores de cabeza. Cuando relatan su historia suelen pasar por alto lo que otros médicos las han dicho u ordenado, porque tienen temor de que se las considere como histéricas. WALTER ALVAREZ dice que, con muchísima frecuencia, diagnostica la jaqueca por el sólo dato de la constitución del enfermo. Las más salientes características de la mujer migrañosa, aparte de las somáticas que más arriba hemos mencionado, son su gran hipersensitividad, su rapidez de pensamiento y comprensión, su tendencia a permanecer tensas, a irritarse y enfadarse con extrema facilidad, su sueño ligero y escaso, su gran "perfeccionismo" en el trabajo. La mujer afecta de jaqueca es mala viajera, se mareja con facilidad, se cansa y agota con el paseo, se queja en ocasiones de que no puede ir de "tiendas" como antes porque se cansa en seguida. Su gran sensibilidad hace que frecuentemente se encuentren torturadas por pequeños estímulos que no molestan a la mayoría de los sujetos menos sensibles: luces brillantes, sonidos discordes, olores, aires, etc. Permanecen de ordinario quietas, de espaldas a la luz, alejadas de las puertas, cuyo rechinar realmente les atormenta; tienen frecuentes disgustos que surgen porque por su alto grado de inteligencia, su tendencia a pensar claramente, sus facultades para organizar y dirigir, sus aptitudes para asumir responsabilidades y para llevar todo conscientemente, la mujer migrañosa tiene que cargar con todas las preocupaciones y disgustos de su familia. Además, tienen especial afición a ocupar toda clase de cargos directivos en toda suerte de asociaciones, constituyendo el prototipo de lo que irónicamente se conoce como "beatas", secretarías de potentes financieros o modistas de alta costura.

La impresión que se tiene respecto al comportamiento sexual de la mujer migrañosa es de ser normal. Sin embargo, su especial constitución hace que, más que enamoradas de corazón, haya que considerarlas de cerebro. Con una gran frecuencia se muestran descontentas de su marido, al que la mayor parte de las mujeres pueden considerar como un marido ideal; quizá la causa de esto sea necesario buscarla en que realmente no quieren a su marido, o tal vez, en que su gran deseo de perfección, les fuerza a desear una vida rica, cómoda y romántica. El que su marido sea bueno y cariñoso y no pasen necesidades, no es bastante en ocasiones para tenerlas contentas. En el perfil psicológico que brevemente hemos trazado de la personalidad migrañosa, quizá el dato que se destaca con caracteres más nítidos sea la *inca-*



*pacidad para modificar sus normas de vida, para relajar su tensión.*

Entre los datos que pueden barajarse para precisar el diagnóstico de la jaqueca, ocupa un destacado lugar la narración detallada por el paciente del comienzo y curso del ataque. Ordinariamente los signos iniciales se remontan ya al día anterior, en que el enfermo se muestra más irritable que de ordinario, se encuentra taciturno, triste, tiene una gran pesadez en los ojos, aquejando mayor sensibilidad que de ordinario a la luz, los ruidos y los olores, que le son desagradables en extremo. Cuando se despierta por la mañana tiene la extraña sensación de que le va a doler la cabeza: es ésta una sensación vaga, indefinible, pero en extremo característica de esta enfermedad. Poco después comienzan las auras o pródromos, propiamente dichos, que preceden al ataque y que pueden consistir en las más diversas sensaciones, pero especialmente son de origen ocular, destacando de entre los mismos, tanto por su gran frecuencia cuanto por lo característico del mismo, el llamado "escotoma rutilante o centelleante": los ojos se sienten calientes y dolorosos, con los párpados pesados y tendiendo a cerrarse; a ambos lados de la línea media del campo visual aparecen manchas o figuras claras, brillantes o como nubes y sombras, que se mueven a bastante velocidad, de diversos colores, entre los que el amarillo y el rojo son los predominantes; sobre este fondo puede haber sensaciones brillantes o fulgurantes como relámpagos, luces brillantes en zig-zag, a la vez que el enfermo tiene ruidos de oídos, predominantemente de carácter sordo, constituyendo este cuadro lo que se conoce con el nombre de "tormenta migrañosa". De ordinario existen también reducciones del campo visual, escotomas parciales de bordes desiguales como cortado a dentellones, ordinariamente unilaterales y homónimos, pero también pueden existir hemianopsias e incluso escotomas centrales bilaterales. También puede acompañarse de mareos, paracusias, parestesias olfatorias, hiperalgesias del cuero cabelludo y sensación de "pinchazos o alfilerazos" en los miembros del enfermo. Con muchísima frecuencia se acompaña de estado nauseoso, imperiosos deseos de vomitar e incluso vómitos abundantes, amarillentos, amargos (jaqueca biliosa). La acusada repercusión ocular, que forma parte del cortejo sintomático de la jaqueca, hace que con mucha frecuencia los enfermos atribuyan sus dolores a alteraciones de la visión y acudan a la consulta del oftalmólogo con la esperanza de que éste alivie sus dolores; es fácil encontrar algún defecto de la refracción, que aun cuando sea debidamente corregido, como realmente no es la causa de la jaqueca, no ejerce ninguna influencia sobre el cuadro del enfermo.

Estos primeros signos tienen una duración variable, en general de varios minutos, y dan

paso al dolor, que se instaura de una manera brusca y masiva, que en la mayoría de los casos es hemilateral, proyectándose en la región supraorbitaria, la frente y la región temporal y occipital; los enfermos tienen un intenso dolor en el globo ocular, con la sensación subjetiva de que el ojo les va a estallar y a salirsele de la órbita. El dolor, que es más bien de carácter pungitivo, lancinante, pulsátil, puede alcanzar una intensidad enorme, realmente insostenible, afectando la mente y alma de los enfermos casi hasta el extremo del furor homicida, o ser más bien leve, afectando más que la forma de dolor verdadero, la de opresión o pesadez de cabeza. En muchos enfermos la repercusión cefálica del dolor es mínima, predominando en cambio los signos por parte de otros aparatos—digestivo y circulatorio con especial selectividad—, sensación de abombamiento o plenitud epigástrica, colitis de tipo espástico, etcétera; de estos equivalentes jaquecosos destacan por su frecuencia, y por la rebeldía de los mismos al tratamiento, los vómitos pertinaces de la primera infancia, cuya estirpe migrañosa parece hoy fuera de duda.

A estas crisis jaquecosas acompañan otros síntomas, todos ellos de evidente origen vegetativo, en realidad a causa de que todo el tono neurovegetativo se perturba de un modo violento durante el ataque de dolor; los más característicos son náuseas y vómitos, sudoración profusa, bradicardia y ordinariamente hipotensión, aunque en algunos casos la crisis pueda cursar con moderadas cifras de hipertensión.

La duración de las crisis varía mucho de unos sujetos a otros, desde la crisis de una a dos horas de duración hasta las que se prolongan por cuatro y más días, constituyendo entonces el "status hemicranicus", que incluso puede llegar a ser mortal, como en un enfermo recientemente visto por nosotros, sujeto de sesenta años, jefe del ejército, que frecuentemente había padecido dolores de jaqueca, y que al sobrevenir uno de éstos se acostó como había hecho en los precedentes ataques, no dando durante este ataque mayor sensación de peligro que en veces anteriores, hasta que pocas horas después, cuando la familia le creía dormido, había entrado en coma y falleció de hemorragia cerebral. También una enferma nuestra, de veintiocho años, de constitución somatopsíquica, típicamente migrañosa—como la que anteriormente hemos descrito—, que padecía desde la edad pueril de accesos de jaqueca de los más violentos que hemos observado, y tenía además una nefropatía hipertensiva de evolución tórpida, muriendo también de un ictus apoplético, sobrevenido durante uno de tantos violentos paroxismos migrañosos como en su vida había sufrido. Por esto será muy conveniente en los enfermos de jaqueca vigilar cuidadosamente sus cifras tensionales, siendo cautos al sentar el pronóstico si éstas son elevadas, porque el

peligro de muerte súbita, durante uno de los ataques, nos parece bastante probable. Pero, en general, la duración del ataque de jaqueca suele ser de medio a un día.

Si el enfermo logra conciliar el sueño después del ataque, es extraordinariamente reparador, despertándose los enfermos con una grata sensación de bienestar, hasta el extremo que refiere JIMÉNEZ DIAZ que muchos enfermos dicen que si la crisis no fuera tan dolorosa, merecería la pena de soportarla por el magnífico estado subjetivo que sigue al ataque de dolor.

Parece bastante claro que el mecanismo de este dolor migrañoso haya que buscarlo en fenómenos de disergia vascular, aunque es también muy importante el papel que juegan otros factores, metabólicos, alérgicos y endocrinos, en la etiología de la hemicránea.

Nos es conocido ya el papel de ciertos metabolitos vasoactivos que en condiciones de anoxia se liberan a nivel de los riñones y el hígado, principalmente. Una de ellas, vasoexcitadora (VEM) y otro vasodepresora (VDM); esta última, identificada con la ferritina, ha sido aislada de la mucosa intestinal. SHORR y colaboradores sugieren que esta sustancia regula el tono vascular por potenciación o inhibición de la epinefrina.

Durante el ataque de hemicránea parece lo más probable que la fase prodrómica es debida a fenómenos de vasoconstricción, posiblemente por la acción de estas sustancias vasoactivas; el anhídrido carbónico y el oxígeno (10 por 100 de carbónico y 90 por 100 de oxígeno) son capaces de impedir la presentación del ata-

que, administrándolo durante esta fase premonitória, mientras que si el dolor ha aparecido ya son impotentes para hacerle desaparecer; en cambio, la segunda fase del acceso, la fase dolorosa se asocia a la vasodilatación y el edema, aunque estos dos factores por sí solos no sean suficientes para desencadenar el ataque de dolor, siendo necesario la concurrencia de otros factores cuya participación, aunque repetidas veces señalada, no ha sido por el momento satisfactoriamente identificada. Como escribe LÓPEZ IBOR, los fenómenos vasculares no son sino un eslabón en una cadena, sin que todavía se haya explicado satisfactoriamente la naturaleza de este eslabón, si será una vasoconstricción, como quiere FOERSTER, o por el contrario una vasodilatación, como dice PENFELD; más lo cierto es que por la enorme extensión y por la diversidad de las varias teorías que tratan de explicar la etiopatogenia de la hemicránea, sería labor de muchísimas páginas el reseñarlas, siquiera de pasada, y que con los conceptos expuestos brevemente más arriba, que son las síntesis de las ideas más generalmente admitidas, es suficiente para poder razonar los puntos más salientes del tratamiento de la jaqueca, que en definitiva es lo que realmente interesa para el médico.

De las ideas que tan brevemente hemos citado, se desprende como lógico corolario la extraordinaria importancia que una historia clínica cuidadosa tiene en el diagnóstico diferencial de la jaqueca, pues por sí sola puede facilitarnos todos los puntos necesarios para establecer un correcto diagnóstico. En el cuadro siguiente

TABLA I

DIFERENCIA ENTRE LA JAQUECA Y SUS EQUIVALENTES Y LAS CEFALALGIAS VASOMOTORAS

JAQUECAS Y EQUIVALENTES	CEFALALGIAS VASOMOTORAS
Usualmente, factores hereditarios.	No influye la herencia.
Frecuente de la pubertad a la menopausia.	A cualquier edad. Más a partir de los treinta y cinco años.
Comienza por la mañana temprano. Disminuye al atardecer.	Comienza usualmente al final del día o en plena noche.
Frecuente localización hemicraneal del dolor.	Duele toda la cabeza.
Presentación paroxística periódica.	Las más de las veces, casi diario, durante semanas o meses. Comienzo lento.
Frecuente en el fin de semana, período premenstrual y en períodos de tensión, conflicto o violencia emocional.	Aparece en cualquier momento.
Comienzo con auras corticales (escotomas rutilantes y otros trastornos visuales). Parestesias y trastornos afásicos.	No hay pródromos corticales. No hay parestesias en las extremidades.
La posición erecta del tronco alivia el dolor.	No influye la posición.
Frecuente aparición de síntomas neurovegetativos durante el ataque. Anorexia, náuseas, vómitos, etc.	No suele haber síntomas vegetativos durante el dolor.
Dolor intenso, gravativo, pulsátil.	Dolor continuo sordo, sostenido.
Arquitectura somatopsíquica característica.	No hay selectividad por tipos constitucionales determinados.



esquematisamos el diagnóstico diferencial de la jaqueca, con otras cefalalgias vasomotoras, solamente por los datos que podemos obtener de un paciente interrogatorio.

#### EL TRATAMIENTO DE LA JAQUECA.

Con toda seguridad serán pocas las afecciones en que se hayan introducido más cantidad de fármacos, que traten de aliviarla, que en la enfermedad migrañosa; precisamente el número y la extraordinaria diversidad de los agentes terapéuticos introducidos son un buen exponente del poco satisfactorio resultado que la mayor parte de las veces se obtiene en el tratamiento de la hemicránea; sin embargo, se hace preciso reconocer que los resultados que se obtienen son francamente alentadores cuando el médico estudia el problema individual con verdadera atención y consigue desentrañar el componente psicológico en las muchísimas ocasiones en que éste se encuentra en el fondo de la etiología de la enfermedad.

El tratamiento de la neurodisonía migrañoide no es tributario solamente de un tratamiento medicamentoso. Los autores americanos, en su mayoría se muestran partidarios de un tratamiento orientado solamente en sentido psicotérapico, con el que curaría casi el 66 por 100 de las jaquecas—lo cual no dudamos—; pero si consideramos que España es un país mucho más tranquilo, y además no hay muchos expertos en psicoanálisis, y es necesario vencer una buena cantidad de prejuicios en el enfermo antes de que éste se decida a visitar a un psiquiatra, nos parece lo más prudente y aconsejable un tratamiento medicamentoso asociado a una verdadera psicoterapia menor. Realmente en el origen de la jaqueca, en nuestro medio ambiente por lo menos, más que verdaderas situaciones de conflicto nos parece que se trata de verdaderas neurodisonías en "sensu strictu", propia y característica de la estructura de la personalidad migrañoide, en la que una psicoterapia de contacto, de simpatía y comunicación, un buen deseo de solidaridad y de apoyo, serán las normas a seguir en el tratamiento del enfermo.

Durante el tratamiento del acceso de dolor, la primera norma a seguir será el ordenar que inmediatamente el enfermo se meta en cama, a poder ser, si esto no le proporciona extremas molestias, sin almohada; esto tiene por objeto conseguir la más completa relajación de los músculos de la nuca, cuya tensión puede ser causa que ocasione el dolor o, cuando menos, aumente el ya existente. Los enfermos de hemicránea, dada su especial personalidad, tienen especial tendencia a asumir nuevamente su labor tan pronto les desaparece el ataque de dolor. Contra esta práctica deberá imponer el médico toda su autoridad, pues es en extremo trascendente que el enfermo permanezca acos-

tado, cuando menos tres horas, después de pasado el dolor, ya que esta sencilla práctica disminuye notablemente la tensión emocional del enfermo y ayuda notablemente en la profilaxis de sucesivos ataques de dolor. Naturalmente, que el enfermo debe de acostarse en una habitación oscura y todo lo alejada de ruidos que sea posible, deberá arrojarse suficientemente, aunque se evitará cuidadosamente el amontonar ropas en excesiva cantidad. Casi en una palabra podrían concretarse estas elementales normas diciendo que por todos los medios al alcance deberá de proporcionarse al enfermo el mayor grado de comodidad posible.

El medicamento de elección en el tratamiento del ataque de dolor es, sin duda alguna, la inyección subcutánea de 0,3 mg. de tartrato de ergotamina (ginergeno), que en la mayoría de los casos hace desaparecer el dolor de una manera realmente espectacular. A muchos enfermos esta medicación, sea por una excesiva dosificación, sea por la especial constitución del enfermo, les produce desagradables efectos (vómitos, mareos, etc.), que pueden evitarse o atenuarse bien disminuyendo la dosis empleada, si ésta fué excesiva, o bien administrando el ginergeno per os, tomando una o dos tabletas que pueden repetirse pasados quince o veinte minutos si fuera necesario.

Naturalmente que antes de decidirnos a administrar la ergotamina a un enfermo debemos recordar que ésta es un potente vasoconstrictor y que, por consiguiente, estará formalmente contraindicada en cualquier tipo de arteriopatías, pero especialmente coronaria o cerebral, en los que incluso puede ser el causante de una muerte súbita. También en las fuertes hipertensiones deberá de serse extremadamente cauto al manejar esta medicación. No deberá de emplearse durante el embarazo por el riesgo de originar un aborto.

En los casos de mediana intensidad, da buenos resultados la asociación de aspirina y fosfato de codeína, mejor aún, con cafeína, como en la fórmula adjunta:

Acido acetilsalicílico .....	30 cgrs.
Fosfato de codeína .....	3 "
Cafeína .....	10 "

Para un sello. Reitérese núm. XX para tomar 3-4 al día.

Desde el año 1926, en que H. W. MAIER introdujo la ergotamina en el tratamiento abortivo de la jaqueca, no parece haya tenido más éxito ningún otro medicamento; aunque cuando no se dispone de este medicamento, o el enfermo no lo tolera, resulte aconsejable el uso de la fórmula anterior.

El derivado hidrogenado de la ergotamina, Dihidroergotamina (DHE 45), o la asociación del tartrato de ergotamina con cafeína (Cafergot)\*, una gragea = 1 mg. ergotamina + 100 mg. de

(\*) Preparado introducido únicamente en los Estados Unidos.

cafeína viene empleándose también últimamente en el tratamiento de las crisis de jaqueca. La Dihidroergotamina utilizada por vía intravenosa, o el Cafergot por vía oral, parece que tienen evidentemente mayor eficacia que el Gynergeno como abortivo de la crisis, lo cual hemos podido comprobar en varios enfermos que hemos tenido ocasión de tratar con esta nueva asociación. La acción abortiva de la jaqueca por la ergotamina y sus derivados parece se debe a sus propiedades vasoconstrictoras y amortiguadoras de la pulsatilidad exagerada vascular durante el acceso. En el comienzo del ataque habría vasoconstricción (escotomas de la fase prodrómica), después vasodilatación y aumento de la pulsatilidad (dominable con la ergotamina), y finalmente edema perivascular (muy difícil o indomable por la ergotamina). La simple asociación de la cafeína al tartrato de ergotamina modifica y prolonga considerablemente la acción de éste, tanto en eficacia como evitando o reduciendo las manifestaciones secundarias, siendo a FRIEDMAN a quien se debe esta conquista en el tratamiento de la jaqueca.

Mientras que todo el mundo reconoce la eficacia de la ergotamina y sus derivados como tratamiento abortivo de la jaqueca, nadie los considera eficaces como tratamiento preventivo, por lo que el tratamiento medicamentoso profiláctico lo considera todo el mundo como no resuelto. Como la ergotamina y la nueva asociación de FRIEDMAN, del tartrato con cafeína, más bien son vasoconstrictores, que es lo que domina en el intervalo de los accesos, en las intercrisis, se explica la ineficacia de éstos, además de que, como es sabido, estos medicamentos no pueden utilizarse de un modo continuado. La Dihidroergotamina parece ser se puede utilizar durante semanas e incluso meses sin peligros, aunque nosotros no tengamos experiencia de ello, ya que tampoco está muy clara su acción vasoconstrictora, pero de todos modos es preciso ser prudente. En caso de vasodilatación, la Dihidroergotamina es vasoconstrictora; sin embargo, en caso de vasoconstricción, es vasodilatadora. Esta es la causa por la que numerosos clínicos la recomiendan últimamente en el tratamiento preventivo de las crisis. En estos últimos años, el famoso investigador de los derivados de la ergotamina STOLL y cols., han obtenido nuevos alcaloides del cornezuelo de centeno: dihidroergocornina, dihidroergocristina y dihidroergokriptina, los cuales, en proporciones iguales, constituyen el nuevo preparado conocido con el nombre de Hidergina. Estos alcaloides no tienen prácticamente efecto vasoconstrictor. Los intentos de tratar el ataque agudo de jaqueca con Hidergina han fracasado rotundamente. Sin embargo, basándose en la acción vasodilatadora suave, pero indudable, de estos alcaloides, se han empleado y se recomiendan con éxito como tratamiento realmente efi-

caz de las cefalalgias crónicas de origen vascular. Nosotros, siguiendo a STAUFFENEGGER, lo recomendamos por vía oral en curas de 9-11 semanas, aunque también parece se puede recomendar de un modo perenne, pues la tolerancia, en general es buena. La dosis diaria se puede aumentar hasta llegar a tres veces al día XXV gotas. Últimamente se recurre mucho, sobre todo en las clínicas suizas, a la administración de Hidergina por vía per lingual como preventivo de la crisis de jaqueca esencial, teniendo la ventaja esta vía de su más fácil absorción. La dosis diaria media es de 4 a 6 tabletas sublinguales.

A pesar de utilizar con destreza estos medios terapéuticos, tanto farmacológicos como psicotépicos, con muchísima frecuencia el médico se encontrará casos que son rebeldes al tratamiento, en los cuales los resultados esperados son mínimos o están totalmente ausentes, ¿por qué ocurren estos fracasos terapéuticos? Creemos que las causas más comunes de estos rotundos fracasos son: 1.º Un diagnóstico incorrecto. 2.º Inadecuada o impropia administración de la medicación. 3.º Inflexibilidad del régimen terapéutico, y, por último, el papel vital de la relación médico-enfermo.

El error de diagnóstico es, a nuestro juicio, la causa más frecuente: expresamos en la tabla II las entidades que más frecuentemente pueden dar lugar a cuadros confundibles con el ataque de jaqueca genuina.

TABLA II

DIVERSAS CONDICIONES QUE PUEDEN SIMULAR JAQUECAS GENUINAS

<i>Tumores:</i>
Neoplasias. Especialmente de ventrículo lateral.
Aneurismas.
Hematomas. Especialmente subdurales.
<i>Traumas:</i>
Dolores de cabeza postraumáticos.
<i>Inflamaciones:</i>
Sinusitis: Frontal, etmoidal o esfenoidal.
Arteritis temporal.
<i>Endocrinos:</i>
Gonadales: Menstrual, menopáusicos.
Hipotiroidismo.
<i>Sistémicas:</i>
Hipertensión arterial.
Anemias.
<i>Específicas:</i>
Oculares: Glaucoma, astigmatismo, defectos de convergencia.
Cervical: Mialgia, artritis discal.
Histamínico: Enfermedad de Horton.
Punción lumbar: Cefalea post-punción.
<i>Neuralgias:</i>
Craneales: Occipital, temporal, trigémino.
Faciales: Esfenopalatinas, ciliares, glossofaríngeas.
<i>Psicogenéticas:</i>
De conversión, en sentido freudiano.
Simbólicas, en el sentido de Jung.



*Fallos imputables a una medicación incorrecta.*—Muchos enfermos no toleran la medicación por derivados de la ergotamina, teniendo una gran reacción de náuseas, vómitos y dolor periarterial que pueden ser atribuidos a la enfermedad migrañosa, siendo en realidad ocasionados por una mala tolerancia de la medicación. También son debidos los fracasos frecuentemente a que los enfermos tienen náuseas o vómitos durante el ataque de dolor (jaqueca biliosa) y entonces recurriremos a la administración parenteral, o aún mejor, por vía rectal, de una fórmula que mandamos preparar de la siguiente manera:

Dp./

Cafeína .....	100 mgr.
Tartrato de ergotamina .....	2 "
Manteca de cacao, c./s. para un supositorio.	

M. S. A., iguales 10.

Otras veces serán debidos los errores a la dosis inicial. No hay razón para un tratamiento tímido en la jaqueca verdadera.

*Fallos por inflexibilidad del régimen terapéutico.*—Esta causa es trascendental con muchísima frecuencia. Con sobrada razón escribe LA ROCHEFOUCAULD: "Es una enfermedad fastidiosa la de mantener la salud, sometiéndose a un régimen demasiado severo." Realmente es mala terapéutica el cargar a un paciente, ya de suyo preocupado, con la nueva preocupación de mantener su régimen, tanto más cuando está plenamente demostrado que las dietas propuestas por V. JAUREGG, con la modificación de GERSON-HERMANSDORFER, son de bastante escasa eficacia. Solamente cuando el enfermo relacione su dolor con la ingestión de determinado alimento, si se demuestra mediante la reacción de precipitinas que el enfermo está sensibilizado, le deberá de ser excluido de la dieta.

Por último, citemos como causa frecuente de fallo terapéutico el papel vital de la terapéutica que en esta clase de enfermedades tiene la relación médico-enfermo. Hace ya muchos años, escribió ROBERT DARWIN: "El arte de conquistar la confianza del paciente es elemento fundamental del éxito del médico en el mundo."

Precisamente a esto, a conseguir la confianza del paciente, a persuadirle de que su enfermedad puede curarse, a influenciarle para que siga adelante "a pesar de los síntomas", es donde debe dirigirse la mayor parte del esfuerzo del clínico y en cuya consecución está la mayor parte del éxito del tratamiento.

## RESUMEN.

Se resalta la importancia de efectuar personalmente una cuidadosa historia clínica como base del diagnóstico, como asimismo la tiene el conocer la constitución y personalidad migra-

noide, que por sí sola puede ser suficiente para esclarecer un diagnóstico.

La ergotamina y su derivado dihidrogenado o la asociación ergotamina + cafeína, como abortivos de las crisis, y el preparado conteniendo los nuevos alcaloides hidrogenados (Hidergina), como preventivo, asociados a una hábil psicoterapia, constituyen las únicas armas eficaces de que hoy dispone el clínico para amortiguar y reducir la crisis.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, W. C.—*Amer. J. Med. Sci.*, 213, 1, 1947.  
ATKINSON, M.—*Ann. Int. Med.*, 18, 797, 1943.  
BARBIZET, J.—*Les cephalées vasculaires*, Doin, edit., 1950.  
BARTSTRA, H. G. K.—*Med. Tachr. Geneesk.*, 90, 1.786, 1946.  
BERCEL, N. A.—*Calif. Med.*, 72, 234, 1950.  
BUTLER, S. y THOMAS, W. A.—*Journ. Am. Med. Ass.*, 135, 967, 1947.  
BUTLER, S. y HAL, F. R.—*M. Clin. North América*, 3, 973, 1949.  
BRENNER, C., FRIEDMAN, A. P. y CARTER, S.—*Psychosom. Med.*, 11, 13, 1949.  
CHAPUIS, J. P.—*Schweiz. Med. Wschr.*, 78, 1.125, 1948.  
CLARK, D., HUGH, H. y WOLF, H. G.—*Pro. Assoc. Res. Nerv. and Ment. Dis.*, 15, 417, 1935.  
DREYFUS, PH. R.—*Rev. Med. Suisse Rom.*, 67, 112, 1949.  
FRIEDMAN, A. P.—*New Y. State Jour. Med.*, 49, 1.831, 1949.  
FRIEDMAN, A. P. y cols.—*Arch. Neur. y Psychiat.*, 62, 818, 1949.  
FRIEDMAN, A. P., BRENNER, C. y CARTER, S.—*Jour. Am. Med. Ass.*, 138, 195, 1949.  
FRIEDMAN, A. P. y STORCH, T. J. C.—*Journ. Am. Med. Ass.*, 145, 1.325, 1951.  
FRIEDMAN, A. P.—*Journ. Am. Med. Ass.*, 132, 498, 1946.  
HERSCHBERG, A. D.—*Press Med.*, 18, 6.1, 1950.  
HOPMANN, P.—*Schweiz. Med. Wschr.*, 80, 28, 1950.  
HORTON, B. T. y cols.—*Proc. Staff Meet. of Mayo Clinic*, 23, 105, 1948.  
HORTON, B. T.—*Med. Clin. North Amer.*, 3, 973, 1949.  
HANSEL, F. K.—*Ann. Allergy*, 6, 155, 1949.  
JIMÉNEZ DÍAZ, C., LORENTE, L. y MORÁN, F.—*Rev. Clin. Esp.*, 7, 249, 1941.  
JIMÉNEZ DÍAZ, C. y LORENTE, L.—*Rev. Clin. Esp.*, 7, 249, 1942.  
JOSEY, J.—*Journ. Am. Med. Ass.*, 140, 944, 1949.  
KAPPERT, A.—*Helvética Med. Acta*, 16, Supl., 32, 1949.  
MARCUSEN, M. y WOLF, H. G.—*Psychosom. Med.*, 11, 21, 1949.  
MARCUSEN, M. y WOLF, H. G.—*Journ. Am. Med. Ass.*, 139, 198, 1949.  
MAX, M. y S. STAUFFENEGGER.—*Schweiz. Med. Wschr.*, 128, 6, 1952.  
MACNEAL, P. S.—*Philadelph. Medical*, 41, 1.869, 1949.  
MACNEAL, P. S.—*Med. Clin. North Amer.*, 33, 1.181, 1949.  
MOENCH, L. G.—*Dis. Nerv. System.*, 10, 2, 1949.  
MAIETTA, A. L.—*Lancet*, 69, 282, 1949.  
MOEHLIG, R. C. y GERISH, R. A.—*J. Michigan Med. Soc.*, 48, 1.025, 1949.  
NICKERSON, M.—*J. Pharmac. and Exper. Therap.*, 95, 27, 1949.  
OYA, J. C. y JIMÉNEZ DÍAZ, C.—*Rev. Clin. Esp.*, 3, 296, 1941.  
PICKERING, G. W. y HESS, W.—*Clin. Sci.*, 1, 77, 1933.  
POLLOCK, W. A.—*Ann. West. Med. a. Surg.*, 3, 338, 1949.  
PETERS, G. A. y ZELLER, W. W.—*Proc. Staff Meet. of Mayo Clinic*, 24, 165, 1949.  
PATTON, I. J.—*Canad. Med. Ass. Jour.*, 54, 588, 1946.  
ROTHLIN, E.—*Bull. Suisse Acad. Sci.*, 2, 249, 1947.  
SOLMS, H.—*Schweiz. Arch. Neur.*, 65, 311, 1950.  
SHORR, E. B. y ZWEIFACH, R. F.—*Tr. A. Am. Physiol.*, 60, 28, 1947.  
TORDA, C. y WOLFF, H. G.—*J. Clin. Invest.*, 22, 873, 1947.  
WOLFF, H. G.—*Headache and other head pain*, Oxford Univ. Press., 1948.

## SUMMARY

It is emphasised that a clinical history carefully taken by the doctor and the physical type related to migrainous personality, which may be by itself sufficient for diagnosis, are the basis of diagnosis.

Ergotamine and its dihydrated derivative or ergotamine combined with caffeine used to combat the attacks, and the preparation containing the new hydrogenated alkaloids (Hy-

dergine) as a preventive means together with expert psychotherapy constitute the only effective weapon which the clinician can use at present in combatting and reducing the attacks.

### ZUSAMMENFASSUNG

Man macht darauf aufmerksam, wie wichtig bei einer Migräne eine genaueste Anamnese als Basis zur Diagnosestellung ist und auch, um so gleichzeitig die Konstitution und Persönlichkeit des Patienten kennen zu lernen, die für sich allein genügen kann, um eine Diagnose aufzuklären.

Das Ergotamin und sein dihydrogenes Derivat oder auch die Verbindung von Ergotamin und Coffein als Abortivum einer Krisis und das Präparat, das die neuen hydrogenen Alkaloide (Hydergin) enthält als Vorbeugungsmittel, bilden zusammen mit einer geschickten Psycho-

therapie heutzutage die einzigen wirksamen Mittel, die dem Kliniker zur Bekämpfung der Krisis zur Verfügung stehen.

### RÉSUMÉ

On fait ressortir l'importance de faire personnellement, comme base pour le diagnostic, une histoire clinique soignée, et connaître la constitution et personnalité migraineuse, qui d'elle-même peut suffire pour éclaircir le diagnostic.

L'ergotamine et son dérivé hydrogéné, ou l'association ergotamine-caféine comme abortive des crises, et le médicament contenant les nouveaux alcaloïdes hydrogénés (Hydergine) comme prophylactique, associés à une psychothérapie habile, sont les seuls moyens efficaces dont dispose aujourd'hui le clinicien pour soulager et réduire les crises.

## NOTAS CLINICAS

### LESIONES VASCULARES EN LA TRIQUINOSIS

M. MARCOS LANZAROT y J. G. SÁNCHEZ-LUCAS.  
Madrid. Barcelona.

Entre los síntomas de la triquinosis, los vasculares son los menos frecuentes, mientras que los musculares aparecen en la mayoría de los casos. GOULD<sup>1</sup>, en su libro de triquinosis, repasa varias estadísticas que recogen la frecuencia de signos y síntomas según los diferentes autores. En una epidemia de 280 casos, observada en Herdersleben, encuentra KRATZ (1886), síntomas parésicos o paralíticos en 258 enfermos, dureza y rigidez muscular en 214, figurando después el número de enfermos en los que había edemas, diarrea, etc., no mencionándose para nada la sintomatología vascular.

En un estudio de 25 enfermos de triquinosis realizado por VENER y STEVENS (1938), encuentran estos autores edema periorbitario en 14 casos y dolores en 11, no citándose la existencia de lesiones vasculares. WYRENS, TILLISCH y MAGATH (1941), clasifican por orden de frecuencia los signos y síntomas en 19 enfermos, encontrando dolores musculares en 17 casos y en ninguno síntomas cardiovasculares. KYRK (1942) observa músculos dolorosos en el 81 por 100 de 27 casos, sin encontrar síntomas vasculares.

Las trombosis venosas son mencionadas en

algunas descripciones del cuadro clínico o anatómico de la enfermedad, pero las trombosis arteriales no se citan o son consideradas como extremadamente raras. MATHES<sup>2</sup> dice: "Las trombosis venosas son bastante frecuentes. En un caso observamos una embolia en la arteria crural." KILDUFFE<sup>3</sup> (1933) ha publicado un caso de triquinosis en un sujeto de cuarenta y dos años, que en el momento de la observación llevaba una semana con un cuadro de fiebre y dolores, 9.800 leucocitos con 68 por 100 de polinucleares y 9 por 100 de eosinófilos. Súbitamente ofreció el cuadro de oclusión de la femoral izquierda, con gangrena del pie y pierna, seguido de amputación y muerte. En la autopsia se encontró un trombo de la arteria femoral, la cual no presentaba otras alteraciones en su pared. En el trombo no había triquinas. Comenta el autor que en más de mil casos publicados no se menciona la trombosis arterial.

COVEY, McMAHON y MYERS<sup>4</sup>, refieren un caso de triquinosis con gangrena masiva de la extremidad inferior izquierda y fenómenos de déficit de riego arterial en el pie derecho; el pulso palpable más distal, en ambas extremidades, era el femoral. El enfermo falleció; en la autopsia se comprobó la triquinosis y se encontraron lesiones de trombosis en la arteria femoral izquierda, trombosis mural en la aorta y en las arterias mesentéricas, trombosis oclusiva.

Otro caso de oclusión súbita de la femoral en una enferma de triquinosis, en ocasión de