

## Los fenómenos de intolerancia con la Quinina

Pedro Seé. que los estudia en la *Gazzete dos hôpitaux*, los clasifica en dos categorías.

En la primera incluye los fenómenos de intoxicación propiamente dicha y propios de la quinina. Son los accidentes oculares, la sordera y los vértigos.

La ambliopía de la quinina, especialmente después del empleo de dosis elevadas, podría ser resultado de la constricción de las arterias de la retina. Los zumbidos son debidos a la congestión do: oído medio y del laberinto.

Las sales de quinina ejercen un efecto depresor sobre el miocardio; el alcaloide tiende a paralizar el centro bulbar del neumogástrico. Fenómenos idénticos se observan en los vasos y centros vasomotores.

Tanto en estos casos, como en lo referente a la acción de la quinina sobre el útero, hay que distinguir, por parte del terreno, una hipo y una hipersensibilidad.

Los síntomas de la segunda categoría son *de* orden trivial. Nos referimos a los eritemas en los que la luz desempeña también un papel por ser la quinina fluorescente, a las hemorragias cutáneas, a la urticaria, los fenómenos digestivos, el asina, la disnea, los estados de asfixia con trastornos vasomotores y enfriamientos; sintomatología que se observa también con la albúmina del huevo. Los territorios son siempre los mismos, cualesquiera

que lean las sustancias que provocan la crisis. La sintomatología no tiene nada de especial a la quinina. Tratase de fenómenos de sensibilización que se cree son debidos a la idiosincrasia o a la anafilaxia.

Por otra parte, parece que la hemoglobinuria puede ser producida por la quinina que destruye *in vitro* los glóbulos rojos, siendo posible que en los casos de hemoglobinuria haya obrado por hemolisis. Es indudable que la quinina ataca electivamente el glóbulo rojo, quizás más fácilmente si antea ha sido modificado por la luz.

Pero la quinina no puede ser considerada responsable de todos los accesos de hemoglobinuria, pues bien conocidos son los casos de fiebre biliosa hemoglobinúrica observados en individuos que nunca habían tomado quinina. Por lo que a este punto se refiere parece natural deducir que la hemoglobinuria tiene un origen mixto. La acción hemolizante de la quinina, que sería casi nula con las dosis terapéuticas en los individuos normales, estaría reforzada en los palúdicos por el estado defectuoso del hígado y de los glóbulos rojos, debido a la infección y a la larga permanencia en las Colonias.

Los casos de intolerancia con la quinina son raros por fortuna. Puede después realizarse la desensibilización de los pacientes,

haciéndoles ingerir una dosis muy pequeña de medicamento dos horas antes de administrar la dosis terapéutica. Otros han obtenido el mismo resultado administrando por la boca 50 centigramos de peptona media hora antes de tomar la quinina. En cambio, la supresión de la quinina hace al organismo más sensible al medicamento. De aquí que suspendiéndose la administración de ésta durante la esta-

ción fría, será necesario emplear pequeñas dosis al reemprender de nuevo el tratamiento al comenzar la próxima estación palúdica.

Los casos de intolerancia por la quinina en nada disminuyen el valor de este medicamento, cuyas indicaciones son numerosas y que continúa siendo uno de los medios más eficaces de lucha contra el paludismo.

---

Cátedra de Clínica Médica del Profesor Castex

### Algunas consideraciones terapéuticas sobre los Hipertensos

Por el Profesor Karl Falirenkamp.

( Director del S.uatorio de Wurtetnbers para enfermos del corazón)

---

Después de breves y elocuentes palabras de presentación del Dr. Castex, ocupó la cátedra el Dr. Fahremkamp, quien se refirió a las necesidades terapéuticas que deben llenarse en todo enfermo con hipertensión arterial.

Recalcó primeramente la importancia de los traumas psíquicos y morales sobre la hipertensión, de donde deriva la necesidad de la observación escrupulosa del temperamento psíquico especial de estos enfermos, que tan desfavorablemente repercute sobre los aumentos tensionales.

En ellos, el conocimiento de su enfermedad revelada frecuentemente por el médico y la terapéutica dirigida contra la hipertensión arterial, provocan sobre estas temperamentos neuropsicopáticos una influencia

nefasta que se exterioriza por una neurosis que de latente se hace manifiesta. El porvenir dependerá ya, más de la preocupación constante por la tensión elevada, que de la propia enfermedad.

En estos enfermos no se debe hacer tratamiento únicamente dirigido contra la hipertensión, pues se logra el efecto contrario: aumentarla; es sólo con la terapia psíquica hábilmente conducida que se los mejorará.

Los hipertensos pueden ser muy bien tratados en clínicas y sanatorios especiales; pero el médico práctico no está tan habilitado para hacer el pronóstico y tratamiento de esta afección tan compleja. En efecto, no basta la determinación de una o varias mediciones aisladas de

la presión arterial de un enfermo, para poder efectuar deducciones exactas. Sólo tienen valor las curvas de la tensión sanguínea o sea la resultante gráfica de numerosas mediciones tensionales, efectuadas a corto intervalo, lo que demanda tiempo y trabajo.

Por otra parte, la comprobación de la hipertensión despertará en seguida en la mente del médico la idea de una afección renal, de una alteración cardíaca, de la arterio esclerosis, del ictus apoplético y hará partícipe al enfermo o dejará traslucir sus temores o recelos, influenciando desfavorablemente el psiquismo, que repercutirá de igual modo sobre la presión sanguínea; tanto más de lamentar cuanto que en gran número de estos enfermos sólo hemos podido revelar como única alteración tensión arterial elevada.

Cita a continuación algunos ejemplos, de la acción desfavorable de los factores psíquicos sobre la presión sanguínea:

Un hombre de 49 años nos consulta por su hipertensión arterial, que le ha sido revelada por los numerosos colegas que lo habían examinado con anterioridad. Se queja de ligeros vértigos y malestar general que disminuye en algo su capacidad para el trabajo; pero lo que más le preocupa es el temor a la congestión cerebral que cree inminente. Un tratamiento especial de 2 meses, baja la tensión de 220 a 160, con solo psicoterapia y cambio de régimen de vida,

reanudando su trabajo en condiciones normales y habiendo desaparecido la angustia ocasionada por el conocimiento de que era hipertenso.

2° observación: Un pastor protestante, de 60 años de edad, antes de efectuar un viaje a las montañas, quiere saber nuestra opinión sobre la enfermedad que padece: hipertensión arterial y esclerosis renal, diagnosticada por el propio hijo, estudiante de medicina. En efecto, presentaba una hipertensión arterio-esclerótica, sin descompensación cardíaca y como la curva tensional confeccionada por el hijo (oscilaba entre 200 y 160 m. m. de mercurio), aumentase en los últimos días, este temió se estuviese constituyendo una esclerosis renal y nos lo trae para su examen. Es de imaginarse la situación psíquica desfavorable de este enfermo, de continuo influenciado por la actitud del hijo que temía por la vida de su padre. Efectuamos un solo tratamiento psicoterápico, convenciéndolo de lo infundado de sus temores, y pudo efectuar el viaje proyectado sin inconveniente alguno.

Este caso explica por qué gran número de médicos conociendo la importancia nociva del factor afectivo, se rehusan a tratar personas a las que los liga vínculos estrechos.

En muchas oportunidades, la aptitud psíquica de nuestros enfermos ha sido influenciada por artículos aparecidos en la prensa diaria y que han actuado so-

bre terrenos ya preparados, a los que designamos con el nombre de "inquietud de la hipertensión".

Así, el año pasado, un conocido diario alemán publicó a grandes títulos un artículo donde se elogiaba las maravillosas propiedades hipotensoras de un nuevo preparado a base *de* hormonas cardíacas. Sabemos que estas tienen una acción neta sobre la angina de pecho, pero sus efectos son casi nulos sobre la tensión arterial y en los casos en que se han obtenido descensos, se ha demostrado que ellos dependían de factores psíquicos. A raíz de la publicación de dicho artículo, fui consultado por no menos de 8 enfermos, quienes deseaban a todo trance se les aplicase este tratamiento, costándome disuadirlos de sus propósitos. Estas publicaciones provocan verdaderos traumas psíquicos sobre los enfermos, repercutiendo en sentido desfavorables sobre la hipertensión arterial, de que están afectados. Y por otra parte no deja de tener alguna influencia sobre la orientación terapéutica de los médicos jóvenes, quienes sin suficiente

experiencia pueden ser arrastrados a ensayarlos en sus enfermos.

A continuación el Dr. Fahrenkamp pone de manifiesto la acción beneficiosa del reposo no sólo psíquico, sino corporal, sobre estos enfermos. Y cita una observación personal de una enferma, cuya tensión cae de 200 a 120 con clinoterapia.

Se refirió luego a los hipertensos con descompensación cardíaca, estando de acuerdo con Krauss, que el mejor tratamiento en estos casos es el digitalico prolongado hasta obtener y luego mantener el perfecto funcionamiento del corazón.

Muestra unos gráficos de observaciones personales, donde se registran las variaciones tensionales, las curvas del peso y de la eliminación acuosa bajo la acción de la digital. En un primer grupo *las* variaciones en la curva de la tensión *son* paralelas a la de la eliminación del agua, produciéndose con la administración de la digital un descenso de la presión sanguínea concomitante con la mayor eliminación de agua.

En un segundo grupo no se ob-

serva descenso de la tensión con la pérdida de agua. Son los gráficos "en meseta" que indican una hipertensión alta y fijada, Constituyen los cuadros nosológicos descriptor por Volhard como "formas blancas" de peor pronóstico que las "formas rojas" del primer grupo.

Sobre más de 2.000 observaciones estudiadas por el conferenciante, no recuerda un solo caso de gráfico en meseta, que no haya terminado con la muerte del enfermo, por lo general de hemorragia cerebral, en un plazo más o menos breve.

Concluyó diciendo:

Bastará que el médico práctico tome la tensión mañana y noche en sujetos descompensados-

sometidos a la acción de la digital, para poder inferir el pronóstico: si la tensión no desciende, permaneciendo al mismo nivel después que la insuficiencia cardíaca se haya corregido, se trata de una hipertensión arterial muy grave que llevará más o menos pronto a un desenlace fatal.

De esta conclusión pronostica, se deriva otra conclusión terapéutica: no molestar a estos enfermos con regímenes y prescripciones severas; que por lo menos se den la satisfacción de hacer lo que les plazca durante el corto tiempo de vida que les resta."

. "El Día Médico" de Buenos Aires, Argentina.

### Ovaritis escleroquistica y varicocele pelviano

Síntesis de la conferencia del Profesor C. A. CASTAÑO.

Son dos afecciones que ocupan en la actualidad un lugar importante en Ginecología y que, en mi sentir, deben estudiarse conjuntamente por las estrechas relaciones que guardan entre sí como luego veremos.

El varicocele pelviano, es una afección venosa que compromete el sistema pelviano y que en la mujer hace allí ostensible su sintomatología a diferencia del hombre, donde constituye el varicocele escrotal.

La pared de la vena sufre un proceso escleroso que facilita la distensión, lo que trae por consecuencia congestión intensa de la

pelvis y formación de verdaderos tumores sanguíneos, todo ello repercutiendo, como se comprenderá, sobre el útero y el ovario. Hace 10 a 12 años; no se mencionaba siquiera en los tratados de Ginecología el varicocele pelviano, y excepto algunos autores americanos, negábase su entidad clínica y anatomopatológica. En la actualidad, se diagnostica y se trata con éxito, gracias a los estudios hechos en nuestro país, que han tenido repercusión en el exterior, como lo demuestran las tesis publicadas en Río de Janeiro y Santiago de Chile al respecto.

Existen antecedentes en Francia, pues a mediados del siglo pasado Richet, profesor de la Facultad de Medicina de París, descubrió en cadáveres de mujeres paquetes venosos en los ligamentos anchos, que en ocasiones formaban verdaderos tumores sanguíneos.

En 1356 de Valz, su ayudante, publicó en su tesis (que se conserva en los archivos de la Facultad de Medicina de París), las experiencias de su maestro. No obstante ello, no tuvo eco en el mundo médico hasta hace pocos años.

Richet estudió la cuestión desde un punto de vista fisiológico y mecánico; sus experimentos consistían en inyectar el sistema venoso y efectuando compresiones en la base del tórax ingurgitar el sistema venoso abdominal, viendo en esas condiciones que por reflujo sanguíneo, se inyectaba el sistema pelviano.

Sabemos que el útero y sus anexos desaguan por dos circuitos venosos, uno superior (útero-ovárico) que resume las tres corrientes eferentes de útero, trompas y ovarios; y otro inferior (hipogástrico) que lleva

también parte de sangre del útero y que tiene numerosas anastomosis con los anexos.

También sabemos que la vena útero ovárica izquierda es tributaria de la renal del mismo lado y que la vena útero ovárica derecha lo es de la cava inferior, donde aboca sin cayado alguno formando un ángulo agudo sin existir ninguna válvula que asegure la regularidad de la progresión sanguínea. Esta disposición anatómica particular nos explica el experimento de Richet.

Así, pues, para constituirse el varicocele pelviano, deben concurrir una serie de factores que a nuestro modo de ver pueden agruparse así:

- a) Factores anatómicos.
- b) Factores mecánicos.
- c) Factores de orden distrófico.
- d) Terreno.

De las razones anatómicas y mecánicas hemos dado ya una noción; en cuanto a las de orden trófico, diremos que son lesiones especiales de las venas cuyo substractum anatomopatológico condiciona las várices en general (en miembros inferiores, recto, etc.) Se trata de un proceso

de fleboesclerosis más o menos generalizado que ataca en especial la túnica músculo-elástica del vaso (mesoflebitis) y llega al final hasta la adventicia (periflebitis).

No hace mucho tiempo, Hovelque y Segond, hicieron en un estudio y una tesis publicados una revisión de los conocimientos anatómicos que hasta el presente se aceptaban como clásicos sobre la innervación del útero y sus anexos. De ellos se desprende que al ovario, va un filete nervioso del gran simpático que da sólo un pequeño ramúsculo a la trompa correspondiente y nada más; así, pues, el ovario tiene una innervación completamente independiente del útero, lo que está en contraposición con los conceptos antiguos, vale decir, que existía una estrecha relación nerviosa entre ambos órganos.

El ovario provoca dolores por intermedio de su innervación simpática, lo que constituye un hecho interesante, pues dicho nervio, se comporta aquí como un filete sensitivo de la vida de relación.

Los nervios útero-ováricos que son ramas del gran simpático, están en íntima relación con el gran cerebro abdominal que se llama plexo celíaco o solar. La innervación del útero por intermedio del plexo pre-sacro, no da, contra lo que se creía, ninguna rama al ovario. Esto tiene su importancia práctica, pues no justifica fisiológicamente la resección de estos filetes. Sara cal-, ajar las algias ováricas,

Estudiamos la ovaritis escleroquística y el varicocele pelviano juntos, porque es imprescindible para la aparición de la primera la existencia del segundo.

La ovaritis escleroquística, contra lo que se podría pensar si nos atuviésemos a su nombre, no es una enfermedad inflamatoria: por el contrario, es netamente distrófica. El tejido escleroso ahoga al folículo, dando desde el punto de vista anatomopatológico, un ovario pequeño y lobulado.

Del lado del cuadro clínico, nos da una sintomatología muy ruidosa, que en muchas ocasiones desorienta al médico que no analice los hechos a la luz de los modernos conceptos. Toda una gama de fenómenos de orden simpático y espasmódico concurren a ello: Espasmos pilóricos, cólicos, dismenorrea intensa, etc.

Debemos analizar los distintos factores que intervienen para constituir la ovaritis escleroquística:

- a) *Factor congestivo*: imprescindible para que ella se establezca (también lo tenemos para el varicocele pelviano).
- b) *Factor varicocele pelviano*: de origen distrófico.
- c) *Distrofia*: vemos que ella nos conduce al varicocele pelviano, pero yendo más hacia su origen etiopatogénico, nos hallamos con un terreno donde la hereditaria anda en juego frecuentemente,

La ovaritis escleroquística aparece en la pubertad, haciéndose presente en cada menstruación. Comienza por dolores intolerables, acompañados de náuseas y vómitos, cefaleas, pilorismo, cólicos, etc. Toda una serie de alteraciones de orden simpático que transforman la época menstrual en una verdadera enfermedad. Es necesario que exista ya un varicocele, que poco a poco actúa sobre el ovario.

A estos fenómenos menstruales se le atribuyen como causa el neuroartrismo y perturbaciones de la esfera endocrina.

#### *Sintomatología del varicocele pelviano*

Existen todos los grados entre las enfermas con ausencia de alteraciones del lado del ovario y las que exteriorizan evidente intervención de éste. Se observa una característica en el cuadro clínico de las pacientes y ella es que al lado de gran número de síntomas subjetivos en ocasiones bien intensos, observamos la pobreza o ausencia de sintomatología objetiva.

No hay pasado inflamatorio, no hay lesión grosera de cuello ni anexos y precisamente estos signos ausentes deben hacernos pensar en la afección en estudio.

*Dismenorrea*, dolor que antecede unos días al periodo menstrual y que se intensifica en él, fenómeno de orden vagotónico.

*Dispareunia*, o coito doloroso, síntoma que no falta jamás.

*Dolor erótico*; llamo así a un dolor especial que se produce comprimiendo la pared vaginal en el lugar de salida de los filletes del nervio pudendo. La paciente acusa sensación de erotismo y al mismo tiempo dolor. La causa de este síntoma se debe a varicosidades del plexo clitorideo (sensación de orgasmo y dolor a su excitación) y por ello lo he llamado dolor erótico.



*Síntomas menstruales:* Hipermenorrea y amenorrea, que aunque parezca paradójico se suceden dándonos cuenta del estado del ovario y al mismo tiempo nos demuestra que ya existe ovaritis escleroquística.

*Síntomas subjetivos generales:* conjuntamente con los síntomas de orden local que liemos analizado, aquejan a las enfermas otros que son puramente funcionales, que aparecen ya en el *aparato digestivo* (hiperclorhidria, espasmos, pilóneos, náusea, vómitos, etc.), como trastornos gástricos y de parte del intestino: constipación que se torna en ocasiones en debacles diarreicas de tipo mucomembranoso al llegar la menstruación. Existe estado espiasmódico cólico: cuerda cólica tensa y dolorosa). Con respecto a la *esfera nerviosa*, se observan: cefaleas tipo jaqueca, hemicráneas que duran 1 a 2 días para calmar luego. Estado tóxico agregado a una alteración del simpático que repercute en el sistema neuro endócrino. Se observan neuralgias (intercostales, artralgias, etc.), pasajeras que desorientan al médico, pues no aparece causa evidente que las justifique.

*El diagnóstico*, además de los antecedentes, lo haremos por el tacto. El nos dará: útero móvil y en buena posición, a lo sumo ligeramente agrandado por la congestión, pero sin síntomas inflamatorios.

Los fondos de saco laterales y el Douglas son dolorosos sin le-

siones ostensibles, quejándose la enferma de dolor violento a la presión y sensación nauseosa; por su parte el médico percibirá al tacto cierta pastosidad en los fondos de saco laterales que no pasará inadvertida para una mano acostumbrada. El dolor no está en relación con lo que se toca. Una maniobra útil resulta poner a la enferma en posición Trendelenburg. que vacía la pelvis, si en estas condiciones repetimos el tacto, notaremos con sorpresa que es bien tolerado por la paciente, incluso podremos empujar el Douglas sin provocar dolor; dicha maniobra nos permite afirmar el diagnóstico de varicocele pelviano.

—¿Por qué se produce? Recuerden que existe una meso y una periflebitis y que los filetes nerviosos se encuentran comprimidos por los sacos ingurgitados; vaciando estos con la posición de Trendelenburg no prolongarán ya la compresión efectuada por nuestro dedo hasta los filetes mencionados, los que, por otra parte, están generalmente afectados de neuritis.

Distinguiremos el varicocele pelviano de las anexitis y pelviperitonitis porque aunque den también dolor, estas últimas van siempre acompañadas de síntomas inflamatorios, flujo, "pous-sees", brotes pelviperitoníticos, etc.

#### *Tratamiento*

La diatermia, los masajes, el barro radioactivo, etc., han fra-

casado. Dentro del terreno quirúrgico, la ignipuntura del ovario y la resección cuneiforme han pasado ya a la historia.

El único tratamiento eficaz en la actualidad es el quirúrgico que obre sobre el factor mecánico y congestivo, ligadura y resección a nivel del pedículo útero-ovárico. Yo completo la operación (sabiendo la relación que existe entre el varicocele pelviano y la ovaritis escleroquistica) resecando además de la vena, la arteria y nervio, evitando así la circulación de retorno y suprimiendo el elemento dolor ovárico.

Esta intervención no compromete el funcionamiento del ovario, por cuanto hemos operado con éxito enfermas que luego

han sido embarazadas. Suprimimos, pues, el desagüe venoso por el plexo pampiniforme (.se hará por vía hipogástrica). Es una Operación sencilla.

Existen otros procedimientos que ligan por separado las venas del ligamento ancho, pero dadas las numerosas anastomosis que allí existen, *se* forman con frecuencia hematomas y la operación arriesga no ser completa.

Para el factor distrófico, tratamiento opoterápico al mismo tiempo y después de la intervención quirúrgica, no descuidando un tratamiento específico en los casos que así lo sugieran.

De "El Día Médico", Buenos Aires, Argentina.