

verschiedene Faktoren zurückgeführt werden.

2. Ursache ist z. B. eine Störung des Gleichgewichtes der Blutproteine.

3. Wenn man überlegt, dass die Ausscheidung des Bromschwefelphthaleins durch die Leber und des Biligraphins parallel verlaufen, so wird das Resultat negativ sein, wenn das Erste in einem Prozentsatz von über 30 % zurückgehalten wird.

4. Wenn das Bilirubin im Blute höher ist als 20-30 mg. pro Mil.

5. Wenn eine Hypotonie des Oddi'schen Sphinkters besteht und die Kontrastsubstanz nicht zurückgehalten werden kann.

6. Bei den Gallen-Magenfisteln, vor allem bei denen chirurgischen Ursprungs ist das Resultat ebenfalls negativ, wegen Verlustes durch den Oddi'schen Sphinkter.

### RÉSUMÉ

1. Les causes de la cholangiographie endoveineuse négative doivent être attribuées à différents facteurs.

2. Lorsqu'il y a un trouble de l'équilibre des protéines du sang.

3. Tenir compte que l'excrétion hépatique de la bromosulfoftaléine et de la biligraphine sont parallèles, lorsque la rétention de la première est supérieure au 30 %.

4. Lorsque la bilirubinémie est supérieure à 20 ou 30 mg. par mille.

5. Lorsqu'il existe hypotonie du sphincter de Oddi et la substance de contraste ne se retient pas.

6. Dans les fistules biliodigestives, surtout dans les chirurgicales, la cholangiographie endoveineuse est également négative par la perte de tonus du sphincter de Oddi.

## NOTAS CLINICAS

### MIEMBRO FANTASMA DOLOROSO EN LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL (\*)

S. OBRADOR, E. PELAZ y E. LAMAS.

Servicio de Neurocirugía del Hospital de la Princesa.  
Madrid.

El interesante fenómeno de la percepción anormal de las extremidades amputadas o miembro "fantasma" debe haber sido conocido desde la más remota antigüedad, pero no fué referido hasta las obras de PAREO, en el siglo XVI, y después citado por DESCARTES. Seguramente esta omisión, según supone HOFFMAN (1954) en una revisión reciente, estaba justificada por el miedo a pensar en posibles fuerzas sobrenaturales, como posesión demoníaca, etcétera. La descripción médica clásica corresponde a WEIR MITCHELL, en su libro publicado en Filadelfia en 1872 sobre las lesiones de los nervios y sus consecuencias, fundamentado en el estudio de los heridos de la guerra civil norteamericana.

El fenómeno del miembro fantasma puede manifestarse después de amputaciones de las extremidades o en lesiones de las raíces, plexos o nervios periféricos con amplias zonas de anestesia. Más raramente ocurre en las paraplejias secundarias a secciones de la médula y en algunos hemipléjicos.

Se ha dicho que este fenómeno sólo aparece

en las lesiones o amputaciones de la edad adulta o después de los primeros años de la vida. Pero el carácter patológico se debe principalmente a la presentación en el miembro fantasma de sensaciones dolorosas, continuas o paroxísticas, que alteran y perturban extraordinariamente la vida del enfermo. En gran número de amputados las sensaciones del miembro fantasma no se acompañan de dolor y son perfectamente tolerables por el enfermo. Como afirma CRITCHLEY (1952), en las amputaciones de la edad adulta las sensaciones fantasma son casi siempre constantes e igualmente se observa en los datos estadísticos de la literatura recogidos por HECAEN y AJURIAGUERRA (1952). Las manifestaciones dolorosas de estos miembros fantasma (calambres, retorcimientos, arrancamientos y posturas anormales) sólo aparecen en el 10 por 100 de los amputados (HOFFMAN).

Parece un hecho general que los miembros fantasma de la extremidad superior son más intensos y duraderos que en las piernas (HENDERSON y SMYTH, 1948) y también ha sido reiteradamente observado el predominio de la sensación fantasma en las porciones más distales de los miembros (HECAEN y AJURIAGUERRA, 1952).

Algunos de estos datos se han tomado como argumento en favor de la participación de los niveles cerebrales en la patogenia de este síndrome, y ya desde HUGHLINGS JACKSON muchos autores han defendido el origen cortical de los miembros fantasma (HENDERSON y SMYTH, 1948,

(\*) Comunicación presentada a la II Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicología, Madrid, abril 1955.

etcétera), hablándose incluso de estados de hiperexcitabilidad que tendrían cierta confirmación en algunos casos de epilepsia, iniciados por dolores en el muñón y con alteraciones electroencefalográficas (HECAEN y AJURIAGUERRA, 1952). La aparentemente necesaria incorporación de la extremidad mutilada en la imagen del yo corporal, integrado en el cerebro desde la infancia, y las modificaciones del dolor fantasma por los estímulos emocionales, son bien conocidos en las descripciones de estos enfermos.

Asociando patogénicamente los posibles factores periféricos irritativos en el muñón o áreas nerviosas lesionadas con factores centrales se ha pensado que la irritación periférica anormal puede llegar a desorganizar, en el nivel talámico-cortical, el esquema corporal o imagen del yo propio (RIDDITCH, 1941), y también LHERMITTE (1951) considera al miembro fantasma como una unidad psicofisiológica en cuya génesis participan factores fisiológicos y psicológicos.

Sin embargo, gran número de autores se inclinan hacia una patogenia puramente psicogenética, y así, siguiendo las ideas de SCHILDER, consideran al miembro fantasma de un amputado como la reactivación de una cierta estructura perceptiva por fuerzas emocionales, y en este sentido la gran variedad de patrones, encontrados en la clínica, sólo puede comprenderse cuando se considera la reacción emocional del individuo hacia su propio cuerpo (HOFFMAN, 1954). En forma similar afirma KOLB (1954) que el dolor del miembro fantasma es la respuesta emocional, mantenida psicológicamente, frente a la pérdida de una parte importante del cuerpo y con un significado en términos de las relaciones del enfermo con los otros. La evocación psicológica del dolor al movilizar las cargas emocionales del enfermo, junto con los resultados del análisis psicológico y del tratamiento psicoterápico, apoyarían esta génesis psicogenética.

Aunque esta teoría patogénica de nivel más superior y psicogenética cuenta con muchos partidarios, algunos mantienen todavía un origen más periférico, destacando las descargas anormales de los neuromas en las zonas lesionadas de los nervios (anoxia cicatricial, etcétera) y la posible participación de los sistemas neuronales internunciales del nivel de la médula espinal (LIVINGSTON).

Esta diversidad de conceptos patogénicos ha llevado también a terapéuticas muy diversas. De todas formas puede afirmarse, en términos muy generales, que las intervenciones periféricas, simpatectomías y rizotomías suelen fracasar habitualmente en los miembros fantasma dolorosos y persistentes. Estos resultados no apoyan, por tanto, el origen exclusivamente periférico de este síndrome.

Más importancia tienen, como citaremos después, las secciones más superiores de las vías de conducción dolorosa (cordotomías) y las ope-

raciones cerebrales. Entre estas últimas, un hecho muy importante es la evocación del dolor en el miembro fantasma con la estimulación de la corteza sensorial o post-rolándica, como han visto algunos neurocirujanos (HORRAX, STONE, LEWIN, ERICKSON, etc.), y la desaparición de las molestias, en algunos casos, con la extirpación o topectomía de dicha corteza sensorial retrorrolándica (GUTIÉRREZ-MAHONEY, HORRAX, ECHOLS, LEWIS, etc.). Estas observaciones neurológicas indican la importancia indudable del nivel cortical sensorial en la integración de las sensaciones fantasma dolorosas.

Finalmente, la repercusión afectiva del dolor fantasma puede modificarse con intervenciones cerebrales del tipo de la leucotomía o topectomía frontal, aunque es necesario valorar muy cuidadosamente el posible defecto psíquico residual. Los tratamientos psicoterapéuticos o psiquiátricos (electrochoques, sueño prolongado, etc.) también pueden ensayarse en estos casos de dolor rebelde y persistente.

Queremos ahora presentar la historia clínica de un caso personal de miembro fantasma doloroso de miembro superior secundario a una lesión traumática del plexo braquial.

J. P. H., de treinta y nueve años de edad.

El día 12 de abril de 1954 sufrió un accidente de automóvil en el cual, al caer de la cabina una de las ruedas, le pasó por encima del brazo y hombro izquierdos, dejándole a ese nivel marcado el dibujo de la llanta. Quedó inconsciente y fué hospitalizado, permaneciendo en ese estado una semana y posteriormente confuso, sin llegar a recuperar por completo sus funciones mentales hasta pasados unos quince días. Tuvo, al parecer, un gran hematoma palpebral izquierdo, y según su mujer durante este periodo su miembro superior izquierdo permaneció flácido e inmóvil, a pesar de tener frecuentes episodios de agitación motriz y delirio, en el que solía decir que tenía dos miembros superiores en el lado izquierdo y pedía que le quitaran uno. Le practicaron varias punciones lumbares con salida de líquido cefalorraquídeo hemorrágico y fué tratado con antibióticos y sedantes.

Cuando recobró la conciencia, pasados unos quince días, comprobó que le era totalmente imposible mover el miembro superior izquierdo, que pendía flácido e inerte a lo largo del cuerpo, sin notar en él sensibilidad alguna. En el resto del organismo no notó nada anormal, salvo discretas cefaleas, encontrándose subjetivamente bien.

Una semana más tarde comienzan a aplicarle onda corta en el brazo paralítico y después de la octava sesión (un mes y tres días después del accidente) sintió bruscamente un dolor muy intenso a nivel del hombro izquierdo y una sensación que describe "como el paso de una corriente eléctrica de gran tensión" a nivel de una mano imaginaria que localiza a unos cuatro dedos por fuera del tercio medio y cara externa del antebrazo cuando éste está en semiflexión y rotación interna y lateralmente a lo largo del borde cubital del antebrazo, pero también aislada de él cuando está en supinación y extensión (fig. 1).

Adopta casi siempre la mano fantasma una actitud de garra con la cara palmar vuelta hacia arriba y sin que el enfermo pueda voluntariamente influir en su posición, desplazándose solamente con los movimientos de inclinación del tronco como si lo hiciera por la acción de la gravedad.

El enfermo solamente tiene conciencia de su miembro superior izquierdo hasta el nivel del codo; desde allí para abajo sólo existe su mano fantasma, totalmente

aislada de la verdadera y bien individualizada. Integra esta sensación de mano a expensas del dolor, y sabe que existe, porque la siente e imagina que es "como si viese una cosa conocida con los ojos cerrados", y refiere cómo en alguna ocasión que ha tenido algo que llamase poderosamente su atención, no ha sentido dolor ni por consiguiente la mano. El enfermo expresa esto comparándolo a una obsesión; siente la mano cuando le duele y a su vez le duele porque piensa en ella sin poder dejar de hacerlo; "es como una obsesión: cuanto más pienso en ella más me duele, y sobre todo cuando quiero dormir tengo que hacer grandes esfuerzos para pensar en otra cosa: mis hijos, negocios, etcétera".

A nivel de esta mano fantasma, y ordinariamente en los extremos de los dedos indistintamente, siente un dolor muy vivo e intenso que compara a una descarga eléctrica y que aumenta hasta alcanzar su máximo y decrecer, después de unos segundos, en forma de crisis o descargas que se repiten casi continuamente con intervalos de minutos en que los dolores se mitigan persistiendo solamente en forma sorda y haciéndose más confusa la sensación de la existencia de la mano. Desde el comienzo de este cuadro no ha tenido mejorías ni remisiones duraderas, salvo el alivio transitorio que le proporciona a veces el superponer el miembro paralítico a la posición del fantasma y aquél que le procuran los analgésicos, ambos muy escasos.

El enfermo, que era antes de carácter decidido y energético, como se verá a continuación en el estudio psicológico que se le ha hecho, llega a la consulta con un gran componente depresivo-angustioso, y como él mismo manifiesta ha pensado frecuentemente en la idea del suicidio ante la tortura de sus dolores.

En sus antecedentes personales, y desde el punto de vista psíquico, encontramos que desde joven sus grandes aficiones son la pasión por el trabajo y la conquista de la mujer más que el amor en sí. También le gusta la mecánica. Se controla bien, no se extralimita en el fumar ni beber; come bien, sin glotonería; soporta bien el hambre y mal la sed.

Actualmente actúa como capataz y cumple muy bien en el trabajo. Tiene dotes de mando; es energético e incansable hasta que termina la tarea propuesta. No transige que le engañen los obreros a sus órdenes. Sus reacciones son siempre del mismo tipo, tan fijas, que ya saben los obreros cómo va a reaccionar en cada caso e incluso lo que va a decir. No es nervioso. Algo celoso. Controla sus impulsos y le importa mucho el concepto que de él formen los otros. Está satisfecho de su modo de ser e intenta modificar a los que le rodean para que sean como él. Le cuesta ceder si cree tener razón y es partidario de la disciplina y el mutuo respeto. Se considera útil, necesario y algo por encima del promedio. Se siente con fortaleza para la lucha por la vida. Las desgracias de los demás las siente, pero "por puro humanismo", sin acongojarse por ello; le preocupan más las causas que los efectos.

En los antecedentes familiares hay una tara de reacciones psicopáticas y existen genes comiciales en los hermanos: uno, enequético, y otro, con crisis de gran mal.

Constitucionalmente presenta rasgos atléticos, que predominan en cabeza y hombros; miembros más finos. Buena inteligencia. Tipo de memoria visual. Fuerte vitalidad y fuerte control; escasa cordialidad. Hipervaloración del yo, satisfecho de sí mismo, enequético, constante y energético.

En el examen neurológico los pares craneales son normales.

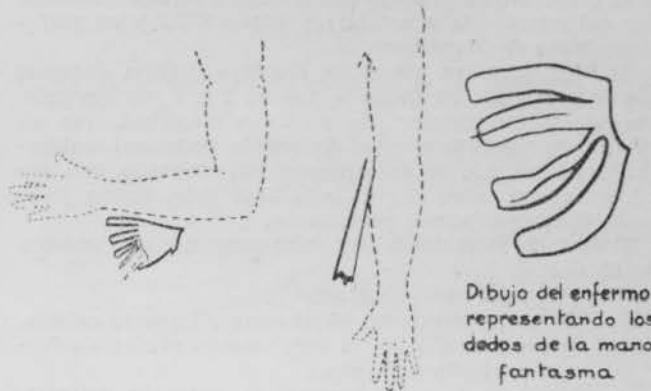
Miembros superiores: Parálisis flácida del miembro superior izquierdo. Amiotrofia muy marcada, predominantemente de los músculos de la cintura escapular (deltoides en especial). Mano acroanótica con hiperqueratosis. A nivel del tercio medio, cara externa del brazo, herida de unos 5 cm. de largo por 4 de ancho con mamelones carnosos en su centro sin epitelizar. Dolor a la presión sobre la articulación escápulo-humeral. Reflejos profundos, abolidos globalmente en todo el

miembro izquierdo. Abolición completa de todas las sensibilidades hasta la raíz del miembro. Resto de exploración negativa.

Se le practica un EEG (29-V-1954) al mes y medio de la lesión, obteniéndose un registro anormal por la presencia de ondas delta irregulares de 2 a 3 por segundo en región temporal izquierda que se hacen bilaterales con la hiperventilación.

En estas condiciones se decide practicarle una cordotomía cervical, que se efectúa bajo anestesia local (31-V-1954), y en posición sentado. Incisión lineal sobre fosa posterior y apófisis espinosas de las primeras vértebras cervicales. Hemilaminectomía limitada a la mitad derecha de atlas y axis. Se abre la dura y se secciona la raíz C2 para lograr un mejor acceso de la médula. Se secciona el ligamento dentado; se tira de él,

Dibujos del enfermo en trazo continuo, señalando la situación y posición de la mano y dedos del miembro fantasma en las distintas actitudes del brazo.



Dibujo del enfermo representando los dedos de la mano fantasma

Fig. 1.

y tomando como punto de referencia la raíz anterior, se practican varios cortes a una profundidad de unos 5 milímetros sobre el cordón anterior hasta conseguir, por las indicaciones del enfermo, que colabora perfectamente, un nivel anestésico que sobrepasa en unos cuatro dedos el nivel de la anestesia del brazo. El enfermo en este momento nos dice que le han cedido los calambres dolorosos en su mano fantasma. Una vez conseguido esto se da por terminada la intervención y se cierra por planos.

Inmediatamente después de la intervención, y en los días siguientes, el enfermo experimenta una notable mejoría subjetiva. El dolor a nivel de la mano fantasma es ahora una molestia sorda y tolerable; han desaparecido los calambres, y aunque sigue percibiendo la mano, ésta es menos nítida y el enfermo dice poder influir voluntariamente en la posición de los dedos y de ella misma.

Unos quince días más tarde sigue persistiendo la misma molestia. Han desaparecido las crisis violentas del principio y la mano ha perdido individualidad, percibiéndola el enfermo como difuminada, sin que pueda llegar a aislar bien los dedos, que aparecen como fusionados y sin límites precisos. Ha mejorado también su estado general y ha desaparecido el acusado componente angustioso que tenía antes de la intervención.

Al mes de la cordotomía, y a nivel del hombro izquierdo, que se hallaba subluxado, se inician dolores que le irritan y avivan las molestias de la mano fantasma, haciéndosele entonces una fijación con escayola (doctor BELLÓN), que mejora su síndrome doloroso, por lo que se decide la fijación definitiva por injerto unas semanas más tarde.

Nuevamente acude a consulta unos tres meses más tarde, todavía con la escayola. No ha reanudado su trabajo, pero se encuentra más tranquilo aunque algo deprimido. El dolor, en forma ahora de una molestia sorda, sin las crisis de antes, se inicia a nivel del hombro y alcanza la mano fantasma, que sitúa a unos 4 ó 5 centímetros por debajo del tercio medio del antebrazo.

La mano, como después de la intervención, ha perdido individualidad y la sigue notando confusamente, aun cuando cree que los dedos están en flexión palmar. Comienza a tomar Largactil (3 comprimidos al día).

Un mes más tarde viene nuevamente a vernos en buen estado general. Le persiste todavía la sensación de la mano fantasma con sensación de hormigueo y un dolor de quemazón que a veces no soporta muy bien y se queja bastante, especialmente algunos días. Las emociones y excitaciones se traducen en un aumento de esta sensación.

Le han practicado infiltraciones de novocaina en el ganglio estrellado que no han mejorado nada las molestias residuales. Actualmente toma 10 ctgs. de Luminal por las noches y tres comprimidos diarios de Largactil.

En diciembre de 1954 (a los siete meses de la operación) tenía mejor aspecto físico y estaba más tranquilo. Había comenzado a ocuparse en algunos de sus asuntos y aun cuando persistía algo de dolor, con las características señaladas, tenía momentos en los que al absorberse en su trabajo no notaba ninguna molestia. Por entonces se le practica un nuevo EEG y un psicodiagnóstico de Rorschach.

El EEG muestra ahora un registro todavía anormal por la presencia de ondas lentas de 3 a 4 por segundo, irregulares, polimorfas, de mediana amplitud, que alcanzan su máximo a nivel de región temporal izquierda. En el trazado actual aparece, sin embargo, una notable mejoría sobre el realizado hace unos meses, siendo la disritmia menos persistente.

El test de Rorschach nos daba entonces el siguiente resultado:

- I) Algo del cuerpo humano.  
El esqueleto de un pájaro raro. Tiene la cabeza, parece rara, pero la terminación arriba no forma conjunto (lat. sup.).  
La boca, la cola, pero no es una cosa determinada, correcta.
- II) Arriba como si fuera una boca o parte del cuerpo y luego desliga abajo.  
Un papel quemado sería raro que coincidiera así exactamente.  
Salvo algunos defectos, parece la cabeza de un perro.
- III) Dos muñecos jugando al balón o tratando de jugar.
- IV) El esqueleto de un bicho—ésta la cabeza—, ésta la cola.  
Un murciélagos.
- V) El esqueleto de algún pescado.
- VI) Principio de una pintura. Una p.  
Una pintura vulgar.
- VII) Una parte de pintura de alguna parte del cuerpo.  
Unos ojos como la cabeza de algún animal. Con los ojos.
- VIII) Dos animales alrededor.  
Perros no parecen, porque les faltan las orejas y el rabo.  
El resto parece un esqueleto.  
Lobos tampoco, porque siempre tienen orejas y rabo.  
La forma del lobo no es: tiene demasiada altura en las patas delanteras.
- IX) Le faltan los ojos: es una cosa muy rara.  
Una parte de pintura de alguna parte del cuerpo.  
Unos ojos como la cabeza de algún animal. Con los ojos.  
(Centro). El tronco de algo.
- X) El tronco humano: alrededor hay una cosa que no parece de él.  
(Abajo). Un conejito con orejas y ojitos y todo, hecho a capricho, raro.  
Parece un toro, pero no lo es (verde lat.).  
Un conejito mal hecho con unas orejas grandísimas.

Veintidós minutos.

Interpretación.—Escasa fantasía. Falta de sintonía. Animo deprimido. Coartado. Cuatro respuestas anatómicas y una de claro oscuro, expresando una actitud hipocondriaca y sobre esto un complejo de mutilación de partes desligadas del cuerpo. Perseveración sobre el

tema del esqueleto. Pedantería. Resumen: Personalidad enequeética, deprimida con la preocupación de su enfermedad.

A los once meses de la intervención los dolores persisten en forma sorda y atenuada, pero ha reanudado su trabajo, lo cual alivia también sus molestias. Desea le hagan una amputación del brazo, que sólo le sirve de un estorbo mecánico.

#### COMENTARIOS.

La aparición de un miembro fantasma doloroso en lesión por arrancamiento del plexo braquial no es demasiado frecuente. Probablemente el primer caso de este tipo registrado en la literatura se debe a MAYER-GROSS, en 1929, apareciendo después las descripciones de otros autores (FOERSTER, PÖTZL, RIDDOCH (1941), LHERMITTE (1951), HECAEN y AJURIAGUERRA (1952) y CRITCHLEY (1952).

Un rasgo típico y común a estos casos, que destaca CRITCHLEY (1952), es la presencia de sensaciones fantasma cuando el miembro no está perdido (amputado) y por ello califica al fenómeno de "tercer miembro fantasma" o "miembro fantasma supernumerario", que sería, según este autor, el mejor calificativo para los miembros imaginarios asociados a las lesiones de los plexos, raíces o a la paraplejia y hemiplejia.

La influencia de los factores emocionales aparece claramente detallada en las descripciones de nuestro enfermo. El estudio del mismo revela un sujeto energético, enequeético, con tara psicopática y un fondo epiléptico familiar. Los estudios electroencefalográficos, practicados al mes y medio y a los siete meses del trauma, demuestran alteraciones que tienen interés, pues CRITCHLEY y otros han pensado en la posibilidad de la interacción de lesiones periféricas y centrales en la patogenia de estos cuadros posttraumáticos. Pero quizás en nuestro caso las alteraciones electroencefalográficas, aumentadas por el trauma, indican solamente el fondo comicial de la personalidad del enfermo.

En este sentido conviene también destacar que las sensaciones dolorosas en el miembro fantasma aparecieron un mes después del trauma y que incluso el cuadro postconmocional quizás impidió la presentación de las molestias (acción sobre el nivel cerebral).

Desde el punto de vista terapéutico, hemos creído conveniente comenzar nuestra actuación con una cordotomía cervical en lugar de recurrir a las operaciones cerebrales (topectomía parietal, leucotomía frontal) que, en nuestra opinión, deben quedar reservadas después de ensayar las cordotomías.

FALCONER y LINSOAY (1946) comunican la desaparición y mejoría del dolor fantasma, en dos casos de amputación del brazo, con la cordotomía cervical, aunque persiste la sensación del miembro fantasma o supernumerario. En su amplia experiencia de cerca de 300 cordotomías para tratamiento del dolor, refiere WHITE

(1954) tres cordotomías cervicales por miembro fantasma de la extremidad superior consecutivo a la amputación, y de estos tres casos obtenía una desaparición duradera del dolor en uno de ellos. Finalmente, ROUSSEAU y LEPOIRE (1955) revisan el tratamiento de los miembros fantasmas dolorosos por la cordotomía y citan tres observaciones personales del miembro superior, secundarias al arrancamiento traumático del plexo braquial, en los cuales logran la supresión de los dolores con la persistencia de la ilusión del miembro fantasma. Concluyen estos autores en la dualidad patogénica del síndrome con un fenómeno central que condiciona la ilusión postural y que no se influye por la cordotomía y los fenómenos dolorosos de origen periférico o intraespinal (arrancamiento radicular hasta el nivel de la unión con el cuerno posterior medular originando lesiones atróficas de estas neuronas) que se combaten con la cordotomía.

Los resultados obtenidos en nuestro caso con la cordotomía cervical han sido bastante favorables en los once meses transcurridos desde la intervención, y el enfermo, que estaba muy angustiado y con ideas de suicidio, ha reanudado el trabajo aunque todavía aqueja algunas molestias y persiste la percepción ilusoria del miembro fantasma.

De todas formas, el componente central del síndrome era bien claro en el enfermo y no sólo las características angustiosas y obsesivas del dolor preoperatorio, sino también los rasgos de su personalidad parecen ser importantes según han demostrado los estudios posteriores y el resultado de la prueba de Rorschach. Está deprimido, coartado y con un complejo de mutilación de colorido hipocondríaco. En la fijación de la alucinosis álgica hay que suponer, por tanto, un componente patogénico central y una contribución importante de la personalidad del sujeto para darle ese sello de cronicidad y la falta de adaptación a la realidad, aun a costa de un gran sufrimiento.

En los enfermos con síndromes dolorosos de las extremidades encuentran también HECAEN y AJURIAGUERRA (1952) personalidades con elementos neuropáticos como hiperemotividad, actitud histérica, tendencia paranoide, conflictos afectivos y dificultades de adaptación familiar y social. A su vez las algias influyen sobre el estado mental del enfermo creando verdaderos círculos viciosos que pueden conducir a la depresión y al suicidio.

#### RESUMEN.

Se presenta la historia clínica de un enfermo que desarrolló un miembro fantasma doloroso después de la lesión traumática del plexo braquial y que ha sido observado durante once meses.

Se estudian los diferentes factores periféri-

cos y centrales que pueden participar en la patogenia de estos síndromes y especialmente se insiste en el examen de la personalidad del enfermo, de rasgos comiciales y con tara psicopática.

Terapéuticamente se practicó una cordotomía cervical, con la cual se logró una marcada disminución del componente doloroso, aunque persiste la percepción del miembro fantasma supernumerario. Esta intervención pone de relieve la disociación del componente dolor y del componente alucinatorio fantasmal, aunque ambos están generalmente imbricados y la personalidad del enfermo modula las características emocionales y afectivas del dolor, que a su vez reverberan patológicamente sobre el psiquismo.

#### BIBLIOGRAFIA

CRITCHLEY, M.—Arq. Neuro-Psiquiat. S. Paulo, 10, 269, 1952.  
FALCONER, M. A. y LINDSAY, J. S. B.—Brit. Journ. Surg., 33, 301, 1946.  
HECAEN, H. y AJURIAGUERRA, J.—"Meconnaissances et hallucinations corporelles", Masson, París, 1952.  
HENDERSON, W. R. y SMYTH, G. E.—Journ. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 11, 88, 1948.  
HOFFMAN, J.—Journ. Nerv. Ment. Dis., 119, 261, 1954.  
KOLB, L. C.—"The painful phantom", Thomas, Springfield, 1954.  
LHERMITTE, J.—"Les hallucinations", Doin, París, 1951.  
RIDDICH, G.—Brain, 64, 197, 1941.  
ROUSSEAU, R. y LEPOIRE, J.—Neurochirurgie, 1, 70, 1955.  
WHITE, J. C.—Arch. Neurol. Psychiat., 71, 1, 1954.

#### HERNIAS DIAFRAGMATICAS COEXISTENTES CON OTROS PROCESOS GASTRICOS

T. GUIASOLA PIREZ.

Gijón.

En estos últimos años, en especial desde que la exploración radiológica de los procesos digestivos ha adquirido su grande y actual preponderancia, son numerosos los trabajos aparecidos en las revistas profesionales encomiando la trascendencia de la hernia diafragmática (en especial de la hernia del hiato esofágico, a la que nosotros vamos a referirnos exclusivamente en este trabajo) como determinante de importantes cuadros de la patología digestiva, lo que ha motivado el interés de los gastropatólogos por la exploración de dicho orificio, al principio tan poco atendido, y ha contribuido a un mejor conocimiento de los síndromes debidos a dicha afección. Su hallazgo que, como se comprenderá es fundamentalmente radiológico, ha podido explicar en muchas ocasiones síntomas que en una observación radioscópica más o menos detenida, pero en la que no se contaba con la observación detallada del hiato esofágico, hubiesen podido parecer oscuros, pero que quedaban perfectamente aclarados al hallar la