

tion of sulfanilamides with antibiotics of intestinal action. The writer's treatment by medicamentous ileostomy with intragastric administration of a colloidal solution of aluminum hydroxide associated with succinylsulfathiazole, drop by drop, is extremely effective.

ZUSAMMENFASSUNG

Die ulzeröse Kolitis schweren Grades oder vielseitiger Ursache ist ein ernstes Leiden, welches nicht allzu häufig vorkommt, aber doch auf Grund seines Verlaufes und der Komplikationen die eintreten können, eine frühe Diagnose und ein rasches und intensives Eingreifen erfordert. Unter den verschiedenen Faktoren welche bei der Actiopathogenese der ulzerösen Kolitis mitspielen, sind die psychischen und meteorologischen von Bedeutung. Es ist unbedingt auf eine frühzeitige Diagnose durch Proktosigmoideoskopie zu bestehen. Die Basis der aerztlichen Behandlung besteht aus einer psychosomatischen Therapie, verbunden mit der Verabreichung von Sulfanilamiden und Antibiotika mit intestinaler Wirkung. Die Be-

handlung die der Verfasser vorschlägt besteht aus einer medikamentösen Illeostomie und der intra-gastrischen Tropfengabe einer kolloidalen Lösung von Aluminiumhydroxyd, kombiniert mit Succinylsulfathiazol.

RÉSUMÉ

La colite ulcérate poly-causale ou grave, quoique peu fréquente, est par son évolution et complications una maladie grave qui demande un diagnostic hâtif et un traitement précoce et intense. Dans l'étiopathogénie de la colite ulcérate plusieurs facteurs interviennent; sont importants les psychiques et météorologiques.

Il faut insister sur le diagnostic précoce par la rectosigmoïdoscopie. Le traitement médical doit être basé sur la psychosomatotherapie et l'association de sulfanilamides et antibiotiques d'action intestinale.

Le traitement établit par l'auteur, iléostomie médicamenteuse par la technique "goutte à goutte" intragastrique, d'une solution colloïdale d'hydroxyde d'aluminium, associée au succinylsulfatiazol, est d'une grande utilité.

EL FENOMENO DE LEMAIRE

Modificación del dolor profundo y visceral, mediante la anestesia de la zona del dolor referido, o su "irritación" con otras técnicas.

C. ARANGÜENA GARCÍA-INÉS.

Cirujano del Hospital de Barrantes.
Burgos.

Uno de los puntos más oscuros en la fisiopatología del dolor visceral es el fenómeno de Lemaire. Ninguna de las teorías pueden explicarle. La observación del fenómeno es de fecha reciente.

Tratando LEMAIRE a un enfermo que padecía un cólico nefrítico, ordenó colocarle una bolsa de hielo en la región dolorosa, observando la desaparición instantánea del dolor, sin haber tenido tiempo de actuar el hielo. Pensando en una posible acción anestésica producida por el frío, se le ocurrió infiltrar la zona dolorosa con novocaina al $\frac{1}{2}$ por 100 por vía intradérmica. En el año 1926, LEMAIRE comunica los resultados obtenidos en cuatro enfermos que tenían dolor abdominal, con defensa e hiperalgesia, en los cuales consiguió, mediante la anestesia de la pared abdominal con novocaina al $\frac{1}{2}$ por 100, la desaparición del dolor, de la hiperalgesia y de la contractura muscular.

Dos años después del trabajo de LEMAIRE, comunican WEISS y DAVIS los resultados obtenidos en 25 enfermos mediante la anestesia de la piel

en la zona del dolor referido por enfermedad visceral. En todos estos enfermos el dolor fué modificado favorablemente: en unos casos, fué suprimido completamente, y en otros, disminuido notablemente.

MORLEY repite estas experiencias en 13 pacientes con dolor abdominal, confirmando los resultados obtenidos por WEISS y DAVIS, y además que el dolor y la hiperestesia del hombro, provocados por la irritación del diafragma, podía ser suprimido o disminuido mediante la anestesia de la piel del hombro.

Estos resultados han sido confirmados por diversos autores. THEOBALD, ROSE y JONES consiguen, mediante la anestesia de la piel de la región epigástrica, hacer desaparecer el dolor provocado por la distensión de la primera porción del duodeno. TRAVELL y RINZLER han comprobado que el dolor referido y los fenómenos asociados de hiperestesia y contractura que acompañan al dolor visceral podían modificarse con la infiltración novocaínica de la zona, o también mediante el enfriamiento de la piel, con cloruro de etilo.

TÉCNICA DE LA INFILTRACIÓN.

HAGUENAU aconseja infiltrar con novocaina al $\frac{1}{2}$ por 100 el dermatoma correspondiente al órgano afecto, siendo la inyección completamente indolora; emplea una aguja larga y fina, de bisel corto, que sin falsas vías hipodérmicas permita obtener un habón edematoso, infiltrando desde él toda la zona de Head. Según mani-

fiesta, el efecto de la inyección es instantáneo y en caso de éxito, magnífico. Los enfermos, maravillados, se levantan inmediatamente del lecho y exclaman: "¿Qué ha hecho usted de mi dolor? Ya no siento nada." La duración de la analgesia es variable; cuando se trata de crisis paroxísticas, como los cólicos hepáticos, etc., el dolor se calma en los casos felices con una sola inyección, comunicando en su trabajo, entre otras, las siguientes observaciones:

Z., de cincuenta y nueve años. Antiguo palúdico y sifilitico (chancro a los veinte años). Desde los treinta y un años sufre crisis de angina de esfuerzo, primero espaciadas, pero que en la actualidad repiten casi diariamente por brotes sucesivos (3 a 6 crisis subintrantes). Examen clínico y radiológico cardiovascular, completamente negativo. Tensión, 16/10. Abolición de los reflejos de Aquiles. Reflejos rotulianos y pupilares, normales. Reacción de Wassermann, negativa en sangre. En el curso de una crisis, que comenzó en el reconocimiento, inyección de 20 c. c. de novocaina al 1 por 100. La crisis cesó inmediatamente y no se reprodujo durante los diez días que pasó en París el enfermo.

A., de doce años. Es llevado por su madre al Hospital Necker con una algia torácica derecha, que se presentó sin causa apreciable, hace cerca de dos años. A partir de esta época, el niño se queja muy vivamente, al menor contacto, de un dolor bastante difuso, que cubre una zona lateral del tórax sobre la línea axilar, correspondiente a cinco espacios intercostales; es un dolor muy violento, con hiperestesia cutánea, que hace extremadamente penoso hasta el contacto de los vestidos, y sobre todo la presión profunda. El examen local es negativo en absoluto; el pellizcamiento de la piel es muy doloroso; no existe etiología ni signo semiológico alguno. Practica una infiltración extensa de la región. El dolor desaparece de modo instantáneo, soportando el niño todas las exploraciones que antes le molestaban. La curación total persistía seis meses más tarde.

M., de treinta y cuatro años. Con buena salud, pero amputado durante la guerra de 1914 a nivel de la extremidad inferior del brazo izquierdo. Sin dolores en el muñón de amputación hasta entonces, visita a HAGUENAU en el Hospital Necker, porque súbitamente, y sin causa apreciable, se ha visto acometido por dolores intensos en el brazo derecho e irradiados al hombro, continuos, atroces: ningún analgésico les calma. Tienen carácter de quemadura y alcanzan su intensidad máxima en la cara interna del antebrazo, donde existe una zona de hiperestesia. No hay ningún otro trastorno objetivo de la sensibilidad ni signo neurológico alguno. La palpación de la extremidad del muñón del lado opuesto no aumenta el dolor. El enfermo suplica que le calmen sus atroces sufrimientos. Con 40 c. c. de novocaina se hace una infiltración en la cara interna del antebrazo, obteniendo alivio inmediato, que una hora más tarde es curación; varias semanas después sigue bien.

Como dice HAGUENAU: He aquí tres alergias, muy diferentes por su localización y origen probable, a pesar de lo cual las tres han respondido al método de Lemaire, una de ellas incluso tenía por su tonalidad carácter de causalgia.

LERICHE comunica el siguiente caso: Una mañana me presentaron, al llegar al hospital, un enfermo al que sin duda hay que operar de urgencia. Tiene dolores, fuerte contractura de la pared abdominal, hiperestesia y vómitos biliosos, observándose una hernia pequeña, muy

dura, de la línea blanca. Practica una anestesia local, como si fuese a operar, y todo cede, contractura e hiperestesia, y el vientre está blando; por la noche, todo había desaparecido.

LIVINGSTON, en casos de "causalgia minor" y en síndromes postraumáticos, ha logrado con la infiltración anestésica de los puntos dolorosos, o de la cicatriz del muñón, la cesación del dolor, pero no sólo ha desaparecido el dolor, también ceden definitivamente los trastornos vasomotores, la frialdad, la hiperestesia y la excesiva sudoración del muñón. En dolores colecísticos, BRANDNER y MUELLER comunican muy buenos resultados infiltrando con novocaina la zona de Head.

El fenómeno del segundo o instantáneo de HUNEKE, es decir, la supresión instantánea del dolor después de una inyección de Impletol en el "foco de irritación" es, a mi juicio, muy parecido al fenómeno de Lemaire: en ambos se consigue, en los casos felices, la supresión instantánea del dolor.

Según HUNEKE, el fenómeno instantáneo es de naturaleza puramente energética, es decir, no depende de la acción material del medicamento, sino de su energía.

La casuística de HUNEKE es muy numerosa, habiendo obtenido éxitos en las más variadas enfermedades: cefaleas crónicas, vértigo crónico, sordera, epilepsia traumática, insomnio, enfermedad de Basedow, tuberculosis, artrosis coxofemoral, etc.

Según HUNEKE, con su técnica se estimula el proceso de autocuración, que probablemente depende de una influencia adecuada sobre la estructura vegetativa previamente alterada. En los procesos inflamatorios el Impletol no actúa sobre el germen, ya que de este modo no se explicaría su efecto múltiple, sino sobre el trastorno vegetativo, común a todos los procesos inflamatorios.

HUNEKE cita el siguiente caso en su trabajo:

En el año 1941 trató a una enferma que padecía una artritis capsular del hombro izquierdo sumamente dolorosa. Esta enferma había sido tratada en una clínica de Breslau sin el menor resultado.

La enferma tenía los siguientes antecedentes: Treinta años antes había sido operada de una osteomielitis de la tibia derecha; este foco había permanecido inactivo durante veinticinco años, pero en los últimos cinco años había tenido algunas reagudizaciones aisladas y de corta duración. Antes de visitarla HUNEKE, la enferma había permanecido durante seis meses en una clínica de Breslau, sin el menor resultado, y habiéndola propuesto como último recurso la amputación de la pierna derecha, por creer que el foco de la tibia era el responsable de la inflamación del hombro. HUNEKE también fracasó al principio, pues ni la inyección de Impletol en la vena del brazo ni en la proximidad de la articulación del hombro, ni el bloqueo del ganglio estrellado, fueron seguidos de éxito. Ya se habían extraído los dientes, desvitalizados, y extirpado las amigdalas. Un día la enferma mostró a HUNEKE la pierna, que presentaba una reactivación de su osteomielitis. Con el único fin de combatir la inflamación tibial profunda, distribuye el contenido de una ampolla de Impletol en varios habones intracutáneos sobre la cicatriz tibial antigua.

A los pocos momentos la enferma no acusaba ningún dolor en el hombro, pudiéndole mover. Este resultado terapéutico persistió después de repetir dos veces más el tratamiento.

También M. SCHRENK, en casos de dolor por angina de pecho, cólicos hepáticos, reumatismo, lumbago, etc., consigue resultados sorprendentes con Impletol, o con la inyección subcutánea de 10 c. c. de aire, en todas las zonas de hiperalgésia, provocando una hiperemia.

Las indicaciones del método de Lemaire serían para HAGUENAU: 1.º Las algias discontinuas de origen visceral cierto, como la angina de pecho, el cólico nefrítico o hepático, etcétera. 2.º Las algias localizadas de origen indeterminado, establecidas desde bastante tiempo, acompañadas de hiperestesia cutánea y que tengan carácter continuo.

OPINIONES EN CONTRA DEL FENÓMENO DE LEMAIRE.

Algunos autores no han conseguido comprobar experimentalmente el fenómeno de Lemaire. Así, WOLLARD, ROBERTS y CARMICHAEL descubren operatoriamente el nervio frénico, estimulándole antes y después de la anestesia de la piel del hombro, observando que el dolor del hombro no desaparece con la anestesia de la región.

En mi concepto este experimento no prueba que el fenómeno de Lemaire no existe; lo único que demuestra es que en las condiciones que trabajan los autores el fenómeno de Lemaire no se produce. Creo que son unas condiciones completamente inadecuadas para producirlo.

Tampoco LEWIS, trabajando en condiciones parecidas, consigue obtener el fenómeno de Lemaire. Niega la existencia del fenómeno de Lemaire haciéndose esta pregunta: "¿Puede la interrupción de algo, que no sea la vía directa, impedir el paso de los impulsos dolorosos?"

DÍAZ GONZÁLEZ afirma: "El fenómeno de Lemaire, tal como fué descrito, no existe."

COHEN cree que el dolor referido puede ser modificado por la anestesia superficial, criticando la opinión negativa de WOOLLARD y colaboradores, basados en casos en los que, según su criterio, el área anestesiada fué pequeña. Sintiendo también que LEWIS, por una observación negativa, desestime este procedimiento, que ha sido reiteradamente comprobado por varios autores.

TEORÍAS PARA EXPLICAR EL FENÓMENO DE LEMAIRE.

El dolor referido y el fenómeno de Lemaire han sido el gran escollo para todas las teorías del dolor, siendo muchas las explicaciones que se han dado de este fenómeno. Para LEMAIRE, la novocaína actúa como veneno neurotropo as-

cendiendo hasta el ganglio raquídeo, donde LEMAIRE cree se hace la articulación vegetativo-cerebro-espinal. SICARD y LICHTWITZ admiten que la inyección intradérmica inhibe el centro simpático latero-medular, donde se hace para ellos la unión de la vía vegetativa con la cerebro-espinal. Según HIRIASTIDES y DANIELÓPOLO, sería un fenómeno parecido al de Marinesco: la sección de una fibra nerviosa, aparte de la degeneración walleriana del cabo periférico, atrae también procesos degenerativos anterógrados que comprometen el correspondiente cuerpo celular y la anestesia modificaría de una manera temporal la conducción en la célula somática. En opinión de VERGER, se produce un reflejo vasomotor al nivel del dermatoma correspondiente al órgano enfermo, siendo estas alteraciones vasomotoras las que excitan las terminaciones cutáneas de la vía sensitiva cerebro-espinal y son origen de las sensaciones dolorosas. Según THUREL, se forma un foco de hiperexcitabilidad en el centro sensitivo cortical, que tiene por consecuencia una hiperalgésia del territorio cutáneo correspondiente. El fenómeno de Lemaire es para G. TARDIEU y C. TARDIEU un problema muy oscuro, pareciendo como si en ciertas lesiones viscerales o centrales los dolores no fuesen despertados más que con ocasión de excitaciones sensitivas normalmente no dolorosas venidas de la periferia, y terminan preguntándose: "¿Por qué ocurre esto? Nosotros no lo sabemos." Es de grandísima importancia esta opinión, por reflejar el criterio de la escuela de REILLY.

WOLFF y cols. creen que en los casos de dolor referido, sin hiperalgésia, se produce una expansión de la excitación en uno o varios segmentos medulares, desde donde ascienden a los centros cerebrales para su percepción e interpretación; en este caso, la anestesia de la zona del dolor referido no reduce la intensidad del dolor. Pero si hay hiperestesia, piensan que la inyección de novocaína abolirá los estímulos complejos, que parten de la zona del dolor referido, estando en relación el alivio obtenido con el grado de hiperestesia. BONICA también participa de esta opinión. SINCLAIR y cols. no consideran la explicación de WOLFF satisfactoria, exponiendo la siguiente teoría: El dolor referido puede ser debido a dos mecanismos: 1.º Una mala interpretación central del origen del dolor; en este caso, la anestesia superficial no suprime el dolor. 2.º Producción periférica, en la zona del dolor referido, de metabolitos que estimulan las terminaciones de los nervios. Durante los primeros momentos de los estados dolorosos, el dolor referido es debido a una mala interpretación, pues los cambios químicos tisulares necesitan tiempo para desarrollarse; más tarde, el segundo mecanismo es el más importante, pudiendo ser el motivo de la persistencia del dolor después de desaparecer la primitiva causa. La anestesia superficial puede abolir el

dolor y la hiperestesia en el segundo de los casos. Señalando estos autores que en los casos agudos la anestesia efectuada demasiado pronto no tiene éxito. En los casos felices, la anestesia había sido hecha bastante tiempo después del comienzo del dolor. En los casos en los que el estímulo original ha dejado de actuar, y en los que el dolor referido está mantenido por las alteraciones metabólicas, la anestesia superficial tendría éxito.

Las zonas de hiperestesia, o de dolor referido, tienen gran analogía con las zonas "trigger" de TRAVELL y BIGELOW en los histéricos, observando que con la anestesia de estas zonas se obtiene la desaparición temporal de los síntomas funcionales sin intervención de la sugestión. PLUGGE ha demostrado que a nivel de la zona de hiperestesia existe una serie de trastornos como anemia local, hiperpatía, aumento de sudoración, disminución de la temperatura, contractura muscular, desplazamiento de la sensibilidad, etc., todo ello hablando en favor de una perturbación vegetativa a este nivel. Pensando TRAVELL y BIGELOW que en la médula, a nivel de la metámera correspondiente, puede haber alteraciones vasculares similares que desaparecen con la infiltración anestésica de la zona.

También DÍAZ GONZÁLEZ admite que los estímulos profundos, al llegar a la médula, crean una zona de excitación, y si ésta alcanza a los centros vegetativos de la médula se produce una "descarga vegetativa" sobre las zonas superficiales y profundas inervadas por dicho segmento.

Cada día gana terreno entre los autores la convicción de que la referencia del dolor se hace en los centros nerviosos. DÍAZ GONZÁLEZ cita el siguiente experimento que refuerza esta deducción: Si se sumerge un dedo en agua de hielo durante diez minutos, se nota dolor no sólo en él, sino en el inmediato. Si se repite el experimento anestesiando la piel y tejidos más profundos, hasta el periostio, de uno de los dedos, por ejemplo, el quinto, y se sumerge el cuarto, se observa que el dolor se sigue sintiendo también en el quinto, a pesar de que en éste no se puede provocar por estímulo directo ningún dolor. Este experimento demuestra que la referencia es central y que no depende de estímulos originados en la zona donde se siente: quinto dedo.

La dificultad de conciliar el efecto de la anestesia superficial con la referencia central del dolor, es el problema de la fisiopatología del fenómeno de Lemaire.

EL FENÓMENO DE LEMAIRE CON SUSTANCIAS NO ANESTÉSICAS.

Pero todas las teorías que se fundan en la acción anestésica de la novocaina en el fenómeno de Lemaire son falsas, pues con medica-

mentos no anestésicos pueden obtenerse los mismos resultados, como ya demostró LICHTWITZ en su tesis elaborada en el Servicio de ST. CARD, recomendando la solución alcalina de Gazza y Brandi con la siguiente composición: 6,49 de fosfato bisódico y 6,44 de cloruro sódico por litro con un pH de 9,1, obteniéndose en algunos casos mejor resultado que con la novocaina. GODEL ha empleado una solución oleosa de salicilato de metilo. STEJSKAL ha observado la supresión del dolor rapidísimamente, después de unas inyecciones intradérmicas en la zona dolorosa de urea y pimienta, que actúan por la irritación producida. ALFONSO DE LA FUENTE comunica varias observaciones de supresión del dolor, en casos de cólicos nefríticos y hepáticos, por la inyección intradérmica de $\frac{1}{2}$ c. c. de Cladene en el área dolorosa, y añade comentando estos casos: "La histamina reproduce el *tan enigmático fenómeno de Lemaire*." También es, a mi juicio, un fenómeno de Lemaire la terapéutica, empleada con gran éxito por J. SOLÉ SAGARRA y ALONSO DE OLARTE, en las neuralgias idiopáticas de las ramas II y III del trigémino, con la inyección en el punto más doloroso de la encia de 0,5 a 1 c. c. de una solución de glicerina fenicada al 20 por 100. Si la primera inyección no produce el efecto deseado, la repiten en otro punto doloroso próximo al cabo de ocho días. En los numerosos casos de su estadística, raramente han tenido que repetir la inyección más de tres veces para obtener una remisión completa y más o menos larga, desde seis meses a remisión definitiva del dolor. Con la misma técnica han ensayado el Impletol sin obtener resultados convincentes ni observar el "efecto del segundo" de Huneke. No obstante, HAUBEIL comunica buenos resultados con inyecciones de Impletol en las encias en casos de jaqueca y ciática. También ZACLIS refiere buenos resultados en la neuralgia del trigémino con infiltraciones gingivales de novocaina y sulfato amónico.

LÓPEZ BONET y VICENTE GIL comunican los resultados obtenidos en 50 casos de cólico hepático, mediante la inyección de 0,2 c. c. de alcohol, en tres puntos distintos de la zona de Head, obteniendo muy buenos resultados en 48 casos.

La actual terapéutica con los extractos de muérdago, como en el preparado Plenosol, mediante la inyección intradérmica en las proximidades del órgano a tratar, es, a mi juicio, un fenómeno de Lemaire, comunicando MARTIN CORSTEN que ha obtenido éxitos con esta terapéutica en las siguientes enfermedades: artrosis, periartritis escápulo-humeral, miogelosis, lumbago, parestesias, claudicación intermitente, secuelas de la poliomielitis, pie plano contracto, neuritis, hernias discales e hipertensión arterial.

Actualmente, MARTIN CORSTEN emplea esta terapéutica para combatir los cuadros patológicos

gicos en los que desea obtener una hiperemia del foco patológico, incluso en las enfermedades bacterianas agudas febriles; por ejemplo, en la neumonía, obteniendo mejor resultado curativo con el Plenosol que con las sulfamidas.

MI CONCEPTO DEL FENÓMENO DE LEMAIRE.

Acabamos de ver que el fenómeno de Lemaire puede obtenerse con novocaína y con la inyección de otros productos que no son anestésicos. Por ello, puede excluirse que la novocaína actúe en el fenómeno de Lemaire por su acción anestésica; creo que con la novocaína en el fenómeno de Lemaire los únicos anestesiados hemos sido los médicos, por aferrarnos exclusivamente a la acción anestésica de la novocaína. Es lógico pensar que todas las sustancias propuestas para conseguir el fenómeno de Lemaire actúen de la misma manera. Es necesario ver qué hay de común entre la novocaína, la histamina y el resto de productos químicos eficaces en el fenómeno de Lemaire.

Creo que todas las sustancias propuestas son "irritantes adecuados y eficaces", produciendo una estimuloterapia local. En artículos anteriores ya he expuesto este concepto y le desarrollaré también en una de las partes de este trabajo. En el fenómeno de Lemaire lo sustancial es producir una "irritación" en la zona del dolor referido y lo accidental es el *cómo* esta irritación se produce. No obstante, como todo es variable en Medicina, aunque teóricamente todas las maneras de obtener el fenómeno de Lemaire tienen el mismo mecanismo fisiopatológico, ante un caso determinado puede obtenerse un fracaso con una técnica determinada y éxito con otra: todo depende de que en ese caso, el primero, *no es irritante adecuado*, y el segundo, *es "irritante adecuado y eficaz"*. El concepto de *irritación* es tan nuevo que aún no poseemos medidas para valorarle: creemos que todas las *irritaciones* son iguales y posiblemente son muy diferentes.

Hasta ahora, todos los autores que se han ocupado del fenómeno de Lemaire lo han obtenido con inyecciones. Mi concepto es mucho más amplio: cualquier acción física, química, biológica, etc., que produzca una "irritación eficaz" de las zonas del dolor referido, determinará un fenómeno de Lemaire. Hay que tener en cuenta que la primera observación de este fenómeno la realizó LEMAIRE colocando una bolsa de hielo a un enfermo que padecía un cólico nefrítico, observando el alivio instantáneo del dolor. Luego no es necesario que la *irritación* se produzca por medio de una inyección.

Hay muchos procedimientos terapéuticos que, en mi concepto, se pueden asimilar al fenómeno de Lemaire, entre los que voy a citar los siguientes:

a) Revulsivos, en los que incluyo las cataplasmas, los sinapismos, ventosas y los ves-

cantes, de los que recientemente se ha ocupado P. LÓPEZ LORENZO. Durante mucho tiempo, estas terapéuticas fueron muy usadas; más tarde, han quedado un poco olvidadas de los médicos; no así por los enfermos, que tienen gran fe en ella, constituyendo un medio sencillo y barato para modificar favorablemente el dolor y las alteraciones vasomotoras viscerales.

El comportamiento de la motilidad del intestino delgado ante los estímulos cutáneos ha sido recogido por H. J. SIELAFF por medio de la sonda de Miller-Abbott.

En 63 pacientes en los que practicó 216 observaciones, estudió hasta qué punto es posible influir sobre la motilidad del intestino delgado mediante estímulos cutáneos en la zona correspondiente: frío, calor y aplicaciones de la pomada de Finalgon.

Observando que el reflejo cuti-visceral se puede comprobar claramente en el intestino delgado humano.

Mediante la observación directa del peritoneo por laparoscopia simultánea, ha aportado un evidente testimonio de la intensa hiperemia refleja desencadenada por este reflejo.

Resulta, por lo tanto, que la aplicación de estímulos cutáneos químicos, aprovechando el arco reflejo cuti-visceral, puede constituir un útil camino terapéutico precisamente en los trastornos funcionales de tracto gastrointestinal, mereciendo ello la pena de ser detenidamente estudiado.

b) La acupuntura. Empleada principalmente por la Medicina oriental, con aspecto de curas misteriosas, pero que empieza a tener adeptos en Europa. YOSHINOBER HIRA KATA resume el concepto actual de la acupuntura en el Japón, donde hace mucho tiempo que este tratamiento se ha perfeccionado científicamente. Pensando que en el sitio de la punción se forman sustancias histaminérgicas o acetilcolinérgicas, que obran primero localmente y después en todo el organismo.

Las indicaciones de la acupuntura son las siguientes:

1.º En las inflamaciones consigue que el proceso se resuelva rápidamente gracias a los efectos vasomotores que produce.

2.º En las alteraciones patológicas de los músculos, mialgias, miogelosis, angina de pecho y contracturas musculares, la acupuntura puede relajar este tono exagerado y producir alivio sintomático, y hasta efecto curativo, al suprimir la causa.

3.º Diversas manifestaciones patológicas son debidas a trastornos funcionales del sistema simpático. La acupuntura rompe el círculo vicioso que determina la persistencia de la enfermedad.

También CHAMFRAULT expone el resultado de sus trabajos sobre la práctica de la acupuntura en China, habiendo observado con esta terapéutica la sedación del dolor de origen traumático,

producíendose alrededor de la aguja una reacción eritematosa, probablemente debida a una descarga histaminérgica espontánea.

La acupuntura ha sido considerada por la Medicina occidental como procedimiento empírico y no ha sido valorada como tratamiento útil. Como dice REILLY, sería justo en la hora actual dejar de mirar la acupuntura como una farsa asiática. Pudiendo proporcionar resultados muy interesantes, como el que comunica M. LUZUY: "Conozco a uno de los cirujanos más distinguidos de París que tenía un dolor del hombro, de diagnóstico y causa imprecisos, que le impedía vestirse y operar. Ni los agentes físicos, ni los tratamientos medicamentosos, ni las mismas infiltraciones anestésicas le habían curado. Llevado por un amigo a casa de un acupuntor, quedó curado ese mismo día." La acupuntura es el procedimiento terapéutico de un tercio de la humanidad desde hace sesenta siglos.

c) La Cryopuntura de Sliosberg la define su autor como la refrigeración localizada de los puntos sensibles en el tratamiento del dolor, empleando el criocauterio de Lortat-Jacob, inspirándose a la vez en la crioterapia y en la acupuntura.

d) La iontoporesis, que como sabemos consiste en introducir sustancias medicamentosas a través de la piel, mediante corrientes continuas, con fines diagnósticos y terapéuticos. CAMBRA MERCADER ha publicado un trabajo con la técnica y las indicaciones.

e) En muchos casos los procedimientos de terapéutica física, diatermia, onda corta y ondas ultrasonoras actúan produciendo una irritación de las zonas de Head.

En el tratamiento de las algias de los amputados con muñón doloroso, W. RITCHIE RUSSELL emplea con éxito la siguiente técnica: Aplica el brazalete del esfignomanómetro por encima del muñón, insuflando aire hasta alcanzar una presión de 200 mm. Hg. La sensibilidad del muñón disminuye a los tres minutos, aplica entonces una tablilla sobre el muñón y con un pequeño martillo golpetea sobre ella con intensidad creciente durante diez minutos, sesiones que repite durante algunos días.

En el tratamiento de la artritis reumatoide, COLLINS ha obtenido buenos resultados en un 75 por 100 de los casos con la procaina, diluida al 1 por 1.000.000 en inyecciones intradérmicas, no especificando el lugar de la inyección.

La radioterapia actúa beneficiosamente en muchas enfermedades funcionales por medio de una estimulación del sistema nervioso vegetativo.

Según ARTURO VALDÉS GUTIÉRREZ, la piel y las mucosas son punto de partida de numerosos reflejos provocados por estímulos y excitaciones diversas y no sólo se provoca una hipoperfusión de la parte excitada, sino procesos va-

somotores en las vísceras que dependen del mismo segmento medular.

Para KIELER, las zonas de Head no solamente tienen interés diagnóstico, sino también terapéutico. Por actuación sobre ellas puede modificarse la sintomatología de muchas afecciones internas. Dicha terapéutica puede consistir en masaje, infiltración intradérmica con novocaina al 1 por 100 y aplicaciones de calor, citando varios casos de úlcera gástrica mejorados con el masaje de la zona de Head, y otros de cólicos hepáticos, en los que con la infiltración de novocaina en la citada zona hacia desaparecer las molestias. Según P. KIENITZ, la terapéutica con ultrasonidos pertenece a la serie de tratamientos estimulantes del sistema nervioso.

En algunos aspectos, la estimulación directa tiene base experimental, como en el célebre experimento de HARVEY, que hacía volver a latir el corazón paralizado de una paloma tocándola con el dedo. También la simple estimulación mecánica del corazón, mediante el masaje intracardíaco de VON DEN VELDEN, ha proporcionado en el campo experimental excelentes resultados. En el tratamiento del síncope anestésico se emplean las inyecciones intracardíacas de medicamentos estimulantes; pues bien, hay diversos autores que niegan valor a la acción específica del fármaco, concediendo primordial importancia al estímulo físico de la punción cardíaca.

CONCEPTO PERSONAL DEL FENÓMENO DE LEMAIRE

Creo que el fenómeno de Lemaire está ocasionado por una IRRITACIÓN ADECUADA Y EFICAZ de las zonas de Head del dolor referido. Esta IRRITACIÓN provoca dos órdenes de fenómenos: a) Un estímulo neuro-hormonal; y b) Un fenómeno de INHIBICIÓN. Fenómenos que serán desarrollados en otro capítulo de este trabajo.

INTERÉS CIENTÍFICO DEL FENÓMENO DE LEMAIRE

Con los casos arriba citados creo haber probado la posibilidad de suprimir o modificar un dolor, y la contractura muscular, con medios que no afectan a la transmisión de los impulsos dolorosos, en oposición con el criterio de LEWIS, que estima imposible que un dolor pueda ser modificado o suprimido sin anestesiar las vías de la conducción dolorosa.

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR.

Estos hechos no sólo tienen un interés científico, sino que son de gran importancia práctica en la terapéutica del dolor y nos presentan un nuevo panorama. Hasta ahora se admitía que en la terapéutica regional del dolor visce-

ral había dos posibilidades: *a*) Interrupción de las fibras simpáticas, por las que discurre la orden algógena; y *b*) Bloqueo de las vías sensitivas, que recogen y transmiten a los centros las sensaciones despertadas por los estímulos que aquéllas crean (ESTELLA, L.).

Pero, en mi concepto, ignorábamos la aplicación práctica de un principio importantísimo: la trascendencia de los "fenómenos de inhibición" en la fisiología y terapéutica del dolor.

RESUMEN.

Se estudia en este trabajo la supresión del dolor profundo y visceral, mediante la anestesia cutánea, en la zona del dolor referido. Fenómeno conocido en Europa con el nombre de "Fenómeno de Lemaire".

Se analizan los trabajos de diversos autores que le han obtenido con novocaina, exponiendo su interpretación fisiopatológica, y citando las objeciones en contra de dicho fenómeno.

El autor cree que el fenómeno de Lemaire existe. Pudiendo ser obtenido con novocaina, y con otras sustancias que no son anestésicas, como la histamina. Por ello, todas las teorías que pretenden explicar el fenómeno de Lemaire, fundadas en la acción anestésica de la novocaina, son erróneas.

Con la novocaina en el fenómeno de Lemaire, los únicos anestesiados hemos sido los médicos, que no hemos sabido ver en este medicamento más que su acción anestésica, ignorando la de "irritante adecuado y eficaz", que produciendo una irritación local determina dos clases de fenómenos:

- Un fenómeno de inhibición, rompiendo el "círculo vicioso" del dolor.
- Un estímulo neurohormonal.

BIBLIOGRAFIA

- ALFONSO DE LA FUENTE.—El dolor en cirugía, pág. 164. Madrid, 1946.
- ARANGÜENA.—Rev. Clin. Esp., 15 julio 1950.
- BONICA, J.—The Management of Pain. Lea-Febiger. Philadelphia, 1954.
- CAMBRA MERCADER.—Rev. Esp. de Reumat., enero 1952.
- CHAMFRAULT, K.—Supersonant treatment and rheumatic diseases. Com. II Cong. Reumatología. Barcelona, 1951.
- COHEN, H.—Trans. Med. Soc. London, 64, 65, 1944. Lancet, 2, 933, 1947.
- COLLINS, P. A.—J. Iris Med. Ass., 30, 9, 1952.
- DANIELÓPOLO e HIRSTIDE.—Bull. et Mém. Soc. Med. d. Hop. de Paris, 47, 69, 1923.
- DÍAZ GONZALEZ.—Bol. Col. Méd. Esp., 32, 1949.
- ESTELLA, L.—Int. a la cirugía del simpático, 304, 1944.
- ESTELLA, J.—Manual de anestesia quirúrgica. Madrid, 1953.
- GODEL.—Presse Méd., 759, 1930.
- LEPPER, BUSQUET, HAGUENAU y HANS.—Los tratamientos del dolor, pág. 35. M. Marín. Madrid, 1942.
- HAU貝IL.—Hipokrates, 1951.
- HOFF FERNAND.—Modernos aspectos de la Medicina clínica. Ed. Cient. Méd. Madrid, 1953.
- HUNKE, TERAPÉUTICA neural y fenómeno instantáneo.
- JONES, C. M.—Proc. A. Res. Nerv. Ment. Dis., 23, 274, 1943.
- KIBLER.—Dtsch. Med. Wschr., 74, 372, 1949.
- KIENITZ, P.—La terapéutica con el ultrasonido. Alfa. Buenos Aires, 1952.
- LEMAIRE, A.—Bull. Acad. Roy. de Med. Belg., 6, 158, 1926. Rev. Med. Louvain, 6, 81, 1926.
- LERICHE, R.—La cirugía del dolor, págs. 406 a 410. Morata. Madrid, 1942.
- LEWIS, T.—El dolor, págs. 30 y 160. Ed. López. Buenos Aires. Pain, New York, MacMillan Co., 1942.

- LIVINGSTON.—Pain Mechanisms. New York, MacMillan Co., 1947.
- LÓPEZ BONET.—Rev. Inf. Terapéutica, 1, 1955.
- LÓPEZ LORENZO.—Terapéutica L. Velázquez, pág. 991, 1953.
- LUZUY, M.—Les infiltrations du sympathique, pág. 12. Masson. Paris, 1950.
- MARTIN CORSTEN.—Med. Clin., marzo 1954.
- MORLEY, J. A.—Abdominal Pain. New York, William Wood Co., 1931.
- PLÜGEL.—Cit. ROF CARBALLO, Pat. psicosomática, pág. 620.
- REIMAR POHLMAN.—Terapéutica por los ultrasonidos. Ed. Cient. Méd., 1954.
- RITCHIE RUSSELL.—Brit. Med. J., 4, 614, 1,024, 1949.
- ROSE, D.—New England J. Med., 201, 117, 1929.
- RUCH, T. C.—Howell's Textbook of Physiology, 1946.
- RUÍZ RIVAS.—Símpaticoterapia. Medicamenta, 1 enero 1953.
- SCHRENK, M.—Deutsch. Med. Wschr., 29, 30, 1953.
- SIMLAFF, H. J.—Z. Ges. Exper. Med., 120, 585, 598, 1953.
- SINCLAIR, D. C., WEDDELL y FEINDEL.—Brain, 71, 184, 1948.
- SLIERSBERG.—Presse Méd., 20, dic., 1952.
- SOLÉ SAGARRA.—Neurología clínica, 2, febrero, 1954.
- SOLÉ SAGARRA y A. DE OLARTE.—An. Med. y Cir., 26, 53, 1949.
- STEJSKAL.—Cit. Síntesis médica, pág. 58, 1942.
- STUHFAUT, K.—Presse Méd., pág. 962, 19 junio, 1954.
- TARDIEU, G. y C.—Le système nerveux vegetatif, pág. 10. Masson Paris, 1948.
- THEOBALD, G. W.—J. Obst. Gynaec. Brit. Emp., 53, 309, 1946.
- THURIEL.—La douleur en neurologie, pág. 180. Masson. Paris, 1951.
- TRAVELL y BIGELOW.—Psychosomatic Med., 9, 353, 1947.
- TRAVELL y RINZLER.—Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 63, 480, 1946.
- VALDÉS GUTIÉRREZ.—Ser., 1944.
- VERGER.—Gaz. de Scien. Med., 43, 419, 1927.
- WEDDELL, SINCLAIR y FEINDEL.—J. Neurophysiol., 2, 99, 1948.
- WEIS y DAVIS.—Am. J. Med. Sci., 176, 517, 1928.
- WOFF, GOODELL y HARLY.—J. Clin. Invest., 29, 115, 1950.
- WOOLLARD.—Lancet, 1, 337, 1932.
- YOSHINOBU HIRAKITA.—Dtsch. Med. Wschr., 45, 1,571, 1943.
- ZACLIS.—Arch. de Neurol. y Psiquiat., 7, 1949.

SUMMARY

This paper studies the abolition of deep visceral pain by means of cutaneous anaesthesia in the zone to which pain is referred. This is known as "Lemaire's phenomenon" in Europe.

The works of several writers that elicited this phenomenon with novocain are reviewed. Its physiopathological interpretation is described and the objections raised against the phenomenon are given.

The writer believes that Lemaire's phenomenon exists. It may be obtained with novocain and other substances that are not anaesthetic, such as histamine. For this reason all theories which try to explain Lemaire's phenomenon on the basis of the anaesthetic action of novocain are erroneous.

ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Artikel studiert man die Behandlung des tiefliegenden, viszeralen Schmerzes durch kutane Anaesthesia der Schmerzzone. Diese Erscheinung kennt man in Europa unter dem Namen "Lemaire's Phänomen".

Es werden die Berichte verschiedener Autoren besprochen, welche das erwünschte Ziel mit Novokain erreichten, und auch gleichzeitig wird die pathologische Erklärung, sowie die bestehenden Bedenken gegen das oben erwähnte Phänomen dargelegt.

Der Author ist der Meinung, dass das Lemaire'sche Phänomen tatsächlich besteht und dass man es nicht nur mit Novokain erzielen kann, sondern auch mit Substanzen die keine narkotischen Eigenschaften besitzen, wie z. B. Histamin. Die Theorien die das "Lemaire'sche

Phänomen" auf Grund einer narkotischen Wirkung des Novokains zu erklären suchen, sind deshalb als unrichtig zu bezeichnen.

RÉSUMÉ

On étudie dans ce travail la suppression de la douleur profonde et viscérale, au moyen de l'anesthésie cutanée dans la zone de cette douleur. Phénomène connu en Europe sous le nom de "Phénomène de Lemaire".

On analyse les travaux de divers auteurs qui l'ont obtenu avec novocaïne, exposant leur interprétation physiopathologique et mentionnant les objections contre ce phénomène.

L'auteur croit que le phénomène de Lemaire existe. On peut l'obtenir avec la novocaïne et d'autres substances qui ne sont pas anesthésiques, comme l'histamine. Donc, toutes les théories qui prétendent expliquer le "phénomène de Lemaire", basées dans l'action anesthésique de la novocaïne sont fausses.

FORMAS DE PASO Y TRANSICIONES ENTRE LA EPILEPSIA, LA HISTERO-EPILEPSIA Y EL HISTERISMO

¿Existe un parentesco fisiopatológico entre unas y otras?

J. SIMARRO - PUIG.

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

Es interesante recoger las observaciones clínicas y las sugerencias que de ellas se desprenden, y entre unas y otras resaltar ciertos problemas suscitados por las combinaciones y sucesiones entre diferentes manifestaciones convulsivas de tipos histéricos y epilépticos, con formas mixtas y/o intermedias, y con alternancias entre unas y otras, así como formas clínicamente mixtas, difícilmente clasificables o encuadrables. Observaciones que hemos recogido repetidamente y que se prestan a discusiones sobre la posibilidad de la histero-epilepsia, que ha sido negada durante tantos años, y que aún es muy discutida, por lo menos en su frecuencia y significado, cuando no simplemente en su existencia.

Ya MAUZ ha expuesto sus ideas sobre la predisposición a los ataques convulsivos, que conforme a nuestra experiencia creemos totalmente justificadas y de acuerdo con la realidad.

Reflexionando en diversas ocasiones sobre esta materia, hemos tenido que observar asimismo que en la epilepsia se dibujan corrien-

temente tipos clínicos y electroencefalográficos, algunos de ellos bastante frecuentes, pero sin correspondencia suficiente entre unos y otros para que se les tenga que reconocer un valor semiológico decisivo en clínica, ni menos aún en lo relativo a mecanismo y fisiopatología. Aunque sí para justificar la continuación de estos estudios. En el histerismo no se ha llegado a una situación parecida sin haberse descrito tipos electroencefalográficos tan aceptados, pero sí que al persistir en esta dirección se vuelve a la tendencia a la aceptación de ciertas relaciones entre unas y otras manifestaciones.

Son poco menos que comunes las distimias y la angustia en los histerismos y las epilepsias. Una cierta intervención, siquiera sea en una cuantía parcial, de la voluntad y de la afectividad; ya en los últimos años se llega a la conclusión, para las manifestaciones de una y otra naturaleza, de la intervención de regiones profundas del cerebro, particularmente del diencéfalo, aunque sin especificar más, y pareciendo que se está rozando la idea de su parentesco fisiopatológico, sin que tal idea aflore con claridad y explícitamente. Se habla ya de epilepsias diencefálicas y mesencefálicas; y se habla de la psicogenia de histerismos y de muchas manifestaciones epilépticas, que tienen que ser con arreglo a lo actualmente conocido por y con intervención de mecanismos en tales regiones y formaciones en cerebro medio. Aunque en las epilepsias la iniciación de los accesos puede ser en puntos diversos y múltiples, la intervención del cerebro medio en los mismos está cada día más y mejor demostrada.

Y no sólo esto, sino que las ideas de epilepsias diencefálicas y mesencefálicas, contrastadas con diversas manifestaciones histéricas, se presta a confusión y pone de relieve la posibilidad de que entre estas formas diencefálicas y mesencefálicas de la epilepsia y otras más o menos atípicas de la histeria haya tales similitudes clínicas y fisiopatológicas que el diagnóstico sea en ocasiones tan presto a confusión que llegue a ser poco menos que imposible precisamente porque haya una verdadera identidad en las formas intermedias de unas y otras entidades clínica y fisiopatológica que participarían igualmente de la epilepsia y del histerismo, siendo verdaderas formas de paso, combinadas y/o mixtas, a caballo entre los dos que pudieramos llamar vertientes o campos. Esto ocurriría precisamente al estudiar ciertas epilepsias llamadas focales atípicas, sin posibilidad de localizar los focos epileptógenos, una buena proporción (por determinar) de epilepsias diencefálicas y mesencefálicas con carga más o menos intensa de angustia, y con reducción mejor que pérdida de conciencia, e histerismos con accesos atípicos participando de algunas de las características de aquellas epilepsias, y que en la práctica son diagnosticadas tan diferentemente por diversos neurólogos y psiquiatras, a