

# ASOCIACION DEL BROMURO DE N-BUTILHIOSCINA (BUSCAPINA) CON UN DERIVADO PIRAZOLONICO EN EL TRATAMIENTO DE LOS COLICOS

V. MORENO DE VEGA.

Clinica de Patología General de la Facultad de Medicina de Salamanca.

Director: Profesor A. BALCELLS-GORINA.

## I. EL SÍNDROME DOLOROSO CÓLICO Y SU DIAGNÓSTICO.

Es el dolor el motivo principal que hace que el hombre busque ayuda en el médico. En consecuencia, éste, en todos los tiempos y lugares, se ha preocupado tenazmente de estudiar el dolor en todos sus aspectos y muy especialmente en el que se refiere a su tratamiento.

Todo médico se ve en la necesidad de prestar asistencia a gran número de enfermos afectados de dolores cólicos y, por consiguiente, de enfrentarse con el problema terapéutico—en especial en los cólicos intensos y repetidos—de tener que recurrir a la administración de drogas que pueden ser el origen de toxicomanías y producir habituación.

El síndrome doloroso de tipo cólico es uno de los cuadros de urgencia que más frecuentemente obligan a la actuación del médico. Ello es debido generalmente a su intensidad, brusca presentación y frecuencia con que repite.

El cólico suele ser debido a un peristaltismo aumentado de la musculatura lisa de las vísceras huecas, bien porque trata de vencer un obstáculo, bien porque es asiento de un proceso inflamatorio. Los órganos huecos en que pueden originarse cólicos son el estómago, intestinos, vías biliares, uréteres y pelvis renal, útero y trompa y conducto de Wirsung.

Durante el cólico el enfermo suele estar intranquilo, moviéndose de un lado para otro, incluso revolcándose en la cama; de esta forma busca atenuar su dolor, siendo frecuente una actitud en flexión en el paroxismo. Con relativa frecuencia, la compresión abdominal y la aplicación de calor le atenúa el dolor.

Este tipo de dolor, generalmente intenso de por sí, se presta a una mayor aparatosidad de manifestaciones en los casos de hiperalgesia, pudiendo en estos supuestos casos recurrir a determinar la sensibilidad individual mediante la maniobra de Libmann (presión digital sobre la apófisis estiloides).

La curva ondulante del dolor cólico es característica.

En el síndrome doloroso cólico el dolor se percibe, en parte, en el sitio de origen y, en parte, en el territorio de distribución nerviosa del segmento medular con el que la parte afecta está relacionada. Los músculos abdominales, al mismo tiempo que otros muchos músculos volunta-

rios, pueden estar contraídos y rígidos en el apogeo del dolor—puede ser motivo de diagnóstico diferencial de suma trascendencia—, pero se relajan cuando éste cede, pudiéndose entonces hundir fácilmente los dedos en la cavidad abdominal, aunque puede haber dolor a la presión sobre la víscera afecta.

El cólico se acompaña frecuentemente de hipertensión y, si es muy intenso el dolor, de colapso periférico, debido a la estimulación violenta del sistema nervioso vegetativo (palidez, enfriamiento, transpiración, hipotensión, bradicardia, etc.). Igualmente puede desencadenar reacciones a distancia de carácter motor (reflejos víscero-motores), sensitivo (reflejos visceros-sensitivos) o secretor (reflejos visceros-secretores), que a veces llegan a adquirir más relieve clínico que el propio dolor.

Así, pues, para el diagnóstico general de un cólico deben tenerse en cuenta los siguientes detalles (COPE):

1) El enfermo que sufre un cólico suele estar muy agitado, moviéndose de un lado para otro para encontrar algún alivio del dolor que le atenaza. Es posible que flexione el cuerpo durante el acceso.

2) En el cólico, la presión sobre el abdomen calma el dolor algunas veces, cosa que no es lo ordinario en otras enfermedades agudas.

3) El dolor se presenta generalmente en forma de paroxismo que dura un plazo dispar.

4) Aunque ocasionalmente la pared abdominal está contraída durante los paroxismos, en los intervalos está blanda. En la peritonitis aguda, repentina, la rigidez de la pared abdominal es persistente.

5) En muchos cólicos la distribución del dolor es casi patognomónica.

Con este proceder se logra ya el primer paso del diagnóstico diferencial, separando los cólicos de los demás síndromes dolorosos agudos. "Los cólicos abdominales, causados por dolores viscerales, hacen revolcarse al enfermo en la cama, encontrándolo el médico en una postura acurrucada. Esta posición contrasta de modo muy impresionante con aquélla de los aquejados de dolores provenientes del peritoneo parietal: en la peritonitis el enfermo evita penosamente toda suerte de movimiento y se esfuerza también, en lo posible, en no tocar el abdomen en tensión. En contraposición con esto, en los dolores cólicos se percibe como un alivio con la presión" (HEGGLIN). Y ateniéndonos a las notas espaciales (topografía, extensión e irradiación) del dolor cólico, casi siempre nos es dado, sin más, poder determinar qué víscera hueca es la responsable del dolor.

El dolor cólico es un ejemplo concreto muy demostrativo de la suma utilidad que encierra el determinar las características anamnéticas del dolor, lo cual, complementado con la exploración clínica ya perfectamente orientada, aclara el diagnóstico incluso en los casos que pare-

cen más oscuros. Citemos como ejemplo de esto último las manifestaciones angoroides que aparecen no infrecuentemente en los cólicos y los cuadros de íleo paralítico observados, a veces, en las progresiones intraductales de los cálculos.

No es nuestra intención entrar ahora en la descripción detallada de cada uno de los tipos de cólico y de las causas que pueden motivarlos, ni tampoco el hacer un estudio exhaustivo del diagnóstico diferencial de los mismos, pues todo ello nos llevaría muy lejos de nuestro primordial propósito.

En general, los cólicos son tan típicos que pueden ser fácilmente reconocidos.

## II. FISIOPATOLOGÍA DEL CÓLICO.

El dolor depende de la violenta contracción peristáltica de uno de los conductos provistos de musculatura lisa, involuntaria, cuyo peristaltismo normal es completamente indoloro. El espasmo originado en un órgano de fibra lisa motiva perturbaciones que varían según la topografía de la contracción espasmódica para cada órgano, pero también son diversas según el órgano afecto. El espasmo se acompaña, por lo común, de dolor. Con frecuencia, el dolor se incrementa por la distensión que se produce por encima del espasmo al tratarse de un conducto como el intestino, el colédoco o el uréter. Sin embargo, WALTER C. ALVAREZ afirma que, "en la actualidad no conocemos, de un modo evidente, la producción del dolor en el cólico biliar", cuyo mecanismo siempre se había considerado muy claro. "En el hombre, la distensión de las vías biliares por la acumulación de la bilis por encima de una obstrucción carcinomatosa, raramente produce dolor. En ocasiones, pueden presentarse varios y típicos cólicos biliares en los individuos carentes tanto de vesícula como de colédoco."

Otras veces, las perturbaciones consecutivas al espasmo acentúan las molestias o dolores por resentirse ciertas funciones.

*Relaciones entre el sistema nervioso vegetativo y la musculatura lisa, involuntaria.* — Las vísceras huecas tienen una inervación autónoma (plexos intramurales) en relación con el sistema nervioso vegetativo. De ahí que pueda haber repercusiones a distancia por la conmoción vegetativa que puede originarse a partir de una alteración en estas vísceras huecas; manifestaciones reflejas que persisten mientras dura el trastorno local que las dió origen y que desaparecen, generalmente, una vez que cesa aquél.

Mucha importancia clínica tiene la consideración de ciertas modificaciones que, a distancia, produce el dolor cólico sobre el organismo; nos referimos a los ya mencionados anteriormente reflejos víscero-motores, víscero-sensitivos y víscero-secretores, que unas veces complican el diagnóstico, otras, por el contrario, ayu-

dan al mismo y, finalmente, otras veces, pueden agravar el pronóstico.

Es digno de tener presente "el perfil psicossomático" en los enfermos con dolores cólicos no sólo por el posible desencadenamiento de los mismos por una tensión de carácter emotivo, sino también por la repercusión psíquica de los dolores cólicos, que pueden producir profundo desasosiego y ansiedad, no siendo excepcional, en determinado tipo de personalidad, la reacción teatral (histeroide) con lloros, gritos y contorsiones.

## III. TRATAMIENTO DE LOS CÓLICOS.

Tampoco vamos a ocuparnos en este momento del tratamiento específico de cada uno de los cólicos, sino solamente de la terapéutica del síndrome doloroso cólico.

Una de las primeras medidas de urgencia es la aplicación local de calor en sus diversas formas (bolsas de agua caliente, manta eléctrica, pomadas termoestimulantes, etc.), cuya acción suele ser debida, más que a la penetración del calor, a la influencia neurosegmentaria inductora de un reflejo dermovisceral de carácter relajador. Este tipo de terapéutica, sola o asociada con simples analgésicos, puede resolver los casos menos intensos.

Pero otros muchos requieren una actuación más decidida y eficiente por parte del médico. Y es precisamente para estos casos para los que el médico práctico precisa un remedio de acción rápida, duradera y con el mínimo de inconvenientes.

En general, las crisis de dolor cólico exigen un tratamiento fisiopatológico, antiespasmódico y analgésico, a base de los cuales hay muchos preparados en el comercio. Los fármacos espasmolíticos actúan, por lo regular, sobre la misma fibra lisa.

Casi todos los autores recomiendan que cuando persiste el dolor al cabo de media o una hora de utilizar las medidas ordinarias (calor y analgésicos) o los supositorios a base de atropina, papaverina, etc., o las inyecciones a base de esos antiespasmódicos, "debe recurrirse a la administración de un opiado a dosis suficiente".

El mayor peligro que esta terapéutica encierra es el de la habituación, especialmente si, por la intensidad de los dolores y por la evolución generalmente crónica de los procesos responsables, han de prodigarse los opiáceos. Es verdad —y se repite a menudo— que la morfomanía se presenta cuando existe una predisposición psíquica o un contagio psíquico, pero no es menos cierto que en muchas ocasiones el origen de la toxicomanía radica en el uso terapéutico. Por consiguiente, si bien "no se hace morfomano sino aquel que está predispuesto a la morfomanía" (VELÁZQUEZ), es necesario evitar de un modo general que el uso terapéutico sea el motivo inicial de la toxicomanía en posibles predispuestos a ella. Así, restringiendo al máximo

su uso terapéutico, cumplimos uno de los fundamentales principios recomendados en la profilaxis de la morfinomanía.

Por otra parte, la morfina calma el dolor del cólico biliar, por ejemplo, no porque actúe produciendo una acción espasmolítica directa a nivel de la fibra muscular lisa, sino por su acción analgésica central. La morfina, aisladamente, produce espasmos de colédoco y del esfínter de Oddi, ocasionando verdaderas disquinesias. Incluso en un primer momento después de su administración, con las dosis más débiles de morfina, puede predominar el efecto espasmodizante y aumentar el dolor, hasta que éste es vencido por la acción analgésica central, aunque ésta puede ser responsable de efectos secundarios como las náuseas y vómitos, especialmente molestos en este tipo de enfermos. La asociación de atropina disminuye estos inconvenientes.

Otro inconveniente de la morfina lo constituye el hecho de que su empleo en los cólicos renales o biliares provocados por cálculos entraña el peligro de la paralización del mecanismo de expulsión de éstos. Esto explicaría la frecuente ineficacia de la morfina incluso a dosis elevadas. "Con la administración de opiáceos, incluso después de haber conseguido la desaparición de los síntomas, no se está seguro de no haber hecho más daño que bien a causa del aumento de los espasmos" (SCHÖNDUBE y LUERMANN). "Con la morfina se suprime el dolor cólico, pero muchas veces se impide la expulsión del cálculo renal, lo cual sólo es posible más tarde bajo nuevos ataques de dolor (A. MÜLLER).

Además, los opiáceos favorecen el meteorismo intestinal, ocasionando un malestar al enfermo que le resulta a veces tanto o más intolerable que el propio cólico.

El peligro de encubrimiento de síntomas importantes, y con ello el retraso en la aplicación de métodos quirúrgicos eficaces, es otro importante inconveniente del empleo de los opiáceos.

Desde hace unos años, también se ha empleado en el tratamiento espasmolítico de los cólicos la Buscapina; su uso por vía endovenosa reportaba resultados muy favorables, por ejemplo, en el cólico biliar. Para los casos refractarios a esta terapéutica exclusiva con Buscapina se llegó a recomendar el empleo de derivados de la morfina, incluso mezclados en la misma jeringa; pero este tipo de asociación presenta-

ría idénticos inconvenientes que los anteriormente citados.

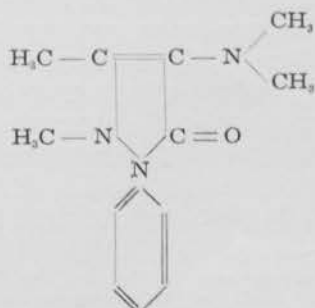
Por ello nos decidimos a ensayar en la clínica el nuevo preparado "Buscapina Compositum", asociación del espasmolítico vagotropo "Buscapina" y un analgésico pirazolónico, siendo este último fármaco con el que se pretenden vencer los estados dolorosos que no cedían al empleo simple de la Buscapina.

#### FARMACOLOGÍA Y FARMACODINAMIA DE LA BUSCAPINA COMPOSITUM.

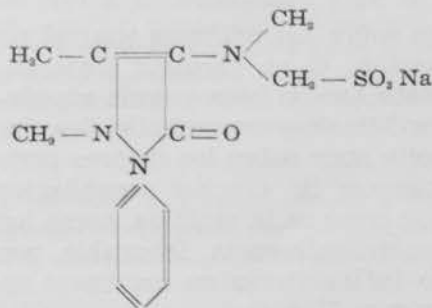
La *Buscapina* es una combinación amónica cuaternaria de la escopolamina: el bromuro de N-butil-hioscina. Pertenece al grupo de las sustancias bloqueadoras ganglionares, como el tetratilamonio. Se diferencia fundamentalmente de este último por su acción específica sobre los ganglios vagales intramurales del tracto gastrointestinal, de las vías biliares y del tracto urogenital. La Buscapina ejerce un efecto espasmolítico electivo sobre los órganos abdominales, y está, por lo tanto, libre de los efectos secundarios que sobre las glándulas salivales, corazón y sistema nervioso central, ejercen tanto la atropina como otros bloqueadores ganglionares.

Su acción espasmolítica sobre el estómago e intestino grueso se puede objetivar radiológicamente. No presenta efectos secundarios aunque su empleo se prolongue durante meses. En el úlcus gástrico y duodenal tiene un efecto sedante y analgésico, ejerciendo una acción muy favorable. También se han obtenido muchos éxitos en el tratamiento de los estados espasmódicos del tracto gastrointestinal y de los fenómenos con ellos relacionados, así como en el estreñimiento espástico, en las colecistopatías y cólicos renales. Asimismo se han logrado buenos resultados en los espasmos y cólicos uterinos y tubáricos, y en Pediatría, en el cólico umbilical recidivante. En Radiología se hace posible el diagnóstico diferencial entre los fenómenos espásticos y orgánicos del tubo digestivo y urinario.

El *fenil-dimetil-pirazolón - metilaminometan-sulfonato sódico* es, respecto a su constitución química, un derivado del piramidón por introducción en el N terciario metilado de un grupo SO<sub>3</sub>, que le confiere especiales características de solubilidad y tolerancia.



Piramidón.



Fenil-dimetil-pirazolón-metilaminometan-sulfonato sódico.

Este derivado es un polvo cristalino, casi blanco, inodoro, que se disuelve fácilmente en el alcohol etílico. En el éter es insoluble. La solución acuosa posee reacción neutra y adquiere al cabo de algún tiempo coloración amarillenta, sin que se presente una disminución de su eficacia.

Como todas las pirazolonas, actúa analgésicamente por amortiguamiento de la sensación central del dolor.

Según JANUSCHKE y LASCH, las pirazolonas disminuyen la excitabilidad de la musculatura de fibra lisa. Los efectos pueden comprobarse en numerosos órganos de musculatura de fibra lisa, tales como el intestino, útero, vasos sanguíneos, etc. Sobre el intestino grueso aislado de cobayo el fármaco que comentamos tiene acción antiespasmódica, especialmente en el espasmo provocado por  $\text{BaCl}_2$ , y produce, según LANGENDORFF, en el corazón del conejo un aumento de riego coronario.

Aparte de esa acción analgésica y antiespasmódica, es característica de este derivado pirazolónico una decidida acción antiflogística, antipirética y antirreumática.

Además de estas interesantes propiedades terapéuticas, este preparado posee la ventaja de poder ser inyectado por vía intramuscular, intravenosa y subcutánea, en solución al 50 por 100, sin provocar irritación tisular alguna. La muy baja toxicidad del mismo es especialmente clara, sobre todo en la administración por vía intravenosa; la posibilidad de administrarlo en dosis elevadas por vía intravenosa sin efectos secundarios indeseables y, sobre todo, sin peligro de producción de espasmos, permite conseguir, en diversos cuadros clínicos, una acción analgésica extraordinariamente enérgica, de tal forma que influye también sobre los estados de dolor que, de otro modo, sólo reaccionaban con preparados opiáceos.

Por vía intravenosa suprime las percepciones dolorosas conservando los reflejos. Ha sido repetidamente empleado en los cólicos biliares y renales. A. MÜLLER, MAY y otros autores consideran que el tratamiento exclusivo con este analgésico presenta una ventaja particular sobre el empleo de los opiáceos en los cólicos renales en el hecho de que no es dificultada la expulsión del cálculo, sino que todavía resulta favorecida por su acción espasmolítica.

Se ha ensayado incluso en las curas de desmorfinización.

Otras ventajas sobre los opiáceos son: el no provocar habituación; el no encubrir síntomas importantes, puesto que, si bien yugula rápidamente los cólicos litíasicos no complicados, influye relativamente poco sobre los dolores peritoníticos; la ausencia de efectos secundarios desagradables que provoca la morfina, como los vómitos y náuseas; influencia favorable por corte del reflejo inflamatorio en los casos en que existe un proceso flogótico.

De este análisis se deducen las ventajas que,

teóricamente, ha de tener la asociación de Buscapina y este derivado pirazolónico. Con el afán de comprobar si realmente las tiene en la práctica, nosotros, que ya habíamos utilizado con bastante frecuencia tanto la Buscapina como el analgésico, aislado e independientemente, en el tratamiento de los estados espasmódicos y de dolor intensos, hemos emprendido hace meses estas experiencias clínicas.

#### IV. MÉTODO Y CASUÍSTICA.

Durante los últimos seis meses hemos tratado, sin previa selección, 23 enfermos afectados de diversos síndromes dolorosos cólicos con el nuevo medicamento Buscapina Compositum (\*); en algunos de estos enfermos habían fracasado anteriormente otros tratamientos conducentes a calmar o aliviar el dolor.

En siete de nuestros enfermos hemos ensayado la Buscapina Compositum en forma de supositorios (0,01 g. de Buscapina y 1 gr. de fenil-dimetil-pirazolón - metilaminometan - sulfonato sódico); en los 16 restantes, en forma de inyectables de 5 c. c. (0,02 g. de Buscapina y 2,5 gr. de fenil-dimetil-pirazolón - metilaminometan-sulfonato sódico), que siempre han sido administrados por vía endovenosa.

En todos los casos habíamos recurrido a las medidas previas de aplicación de calor local, analgésicos, etc. En ninguno de los casos tratados adelantamos a nuestros pacientes juicio alguno acerca de la posible eficacia del medicamento, con el fin de recoger con la mayor objetividad los resultados reales. Por el contrario, en el caso de alguna paciente, cuyo cuadro parecía especialmente matizado por su psiquismo, aunque, por otra parte, el síndrome doloroso cólico era muy evidente, recurrimos antes de nada a la administración de un "placebo" e intensa psicoterapia, hasta convencernos de su total ineficacia y tener que administrar B-C. Sin embargo, hemos tenido el caso de una enferma que había sufrido intensos dolores cólicos ureterales provocados por un riñón movable, que habían cedido rápidamente con la administración de B-C, y que al cabo de algún tiempo volvió a nosotros con idénticas manifestaciones aparentemente, puesto que en el interrogatorio nos fué posible descubrir una serie de circunstancias que habían surgido en su vida, y que nos hicieron pensar que, más que precipitantes de verdaderos cólicos, habían actuado como "rememorantes" de éstos; efectivamente, la administración de un placebo dió el resultado apetecido.

Los enfermos tratados podemos agruparlos de la siguiente forma: 13, de cólicos biliares; dos casos de cólicos gástricos e intestinales (gas-

(\*) Agradecemos a la firma C. H. Boehringer Sohn Ingelheim, S. A. E., el haber puesto a nuestra disposición cuantas muestras de Buscapina Compositum (en inyectable y supositorios) hemos necesitado para llevar a cabo este trabajo.

troenterocolitis); un caso de dolores cólicos intestinales por estenosis intestinal orgánica maligna y siete de cólicos ureterales, dos de ellos aparecidos tras maniobras urológicas instrumentales, y otros dos como consecuencia de una emigración calculosa comprobada.

Para no incurrir en repeticiones, solamente resumiremos la historia de los más interesantes:

Caso 1. C. de C., de cuarenta y siete años; siete embarazos. Litiasis biliar (colecistografía). Cólicos de repetición, siempre precediendo o coincidiendo con la menstruación. Lleva tiempo en que es preciso recurrir a la administración de opiáceos en dosis altas y asociadas a espasmolíticos. En uno de sus frecuentes cuadros dolorosos cólicos, y tan intenso que había resistido la inyección de 3 centigramos de morfina, le es administrada muy lentamente una ampolla de Buscapina Compositum por vía endovenosa, cediendo de modo sorprendente el dolor antes de terminar la inyección, así como el estado nauseoso y vómitos que tanto mortificaban a la enferma y que temíamos que dificultarían grandemente la inyección endovenosa tan lentamente administrada. Por suerte, desde el comienzo de la inyección la enferma se quedó tranquila, y después confesaba—sorprendida—la rapidez con que habían desaparecido todas las molestias. Al cabo de seis horas tuvo algunas molestias, que cedieron espontáneamente.

Caso 2. J. A., de cuarenta años, casada. El primer cólico biliar se presentó provocado por una gravísima situación familiar en que se encontraba la enferma, en trance de separación judicial de su marido. Desde hace cuatro años en que sucedió esto, tiene de vez en cuando típicos cólicos biliares que alternan con epigastralgias equivalentes; una hermana sufre también de cólicos biliares. A uno de los cólicos le siguió una ictericia obstructiva temporal. En un cólico intenso se le administra una inyección endovenosa de Buscapina Compositum

y desde que penetra la primera cantidad del producto "se ve cambiar" a la enferma, que deja de quejarse, al tiempo que desaparece toda la sintomatología.

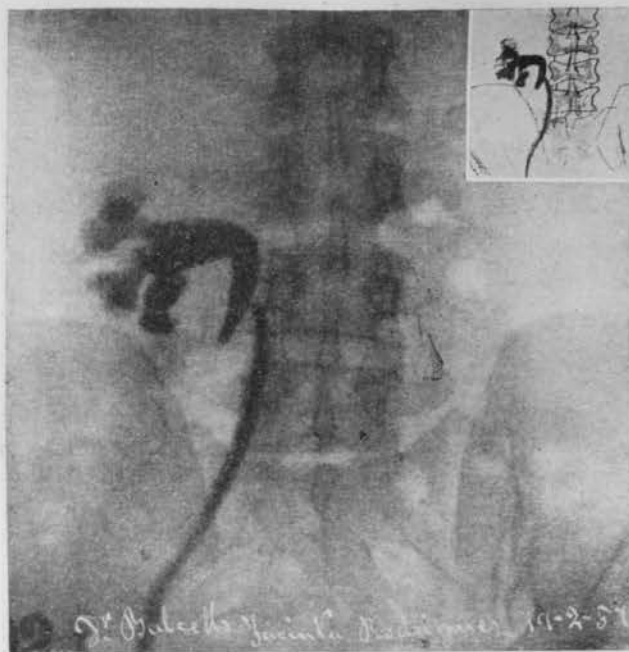


Fig. 2 (caso núm. 5).—Pielografía en bipedestación.

Caso 5. J. R., de cuarenta y cinco años. Padece cólicos ureterales de repetición, provocados por riñón móvil (figs. 1 y 2). Había sido tratada con morfina a dosis altas, pero que no le calmaban el dolor hasta que le "quedaba la cabeza embotada". A tal punto, que la familia estaba verdaderamente preocupada por el aturdimiento y sueños provocados por la morfina, y por ese motivo se opone motu proprio a que el facultativo que la trata siga actuando en este sentido. En estas circunstancias, y con intensos dolores cólicos, llega a nosotros; es tratada con Buscapina Compositum y rápidamente desaparece toda la sintomatología y la enferma se encuentra despejada y, después, logra descansar. Con motivo de la intervención urológica instrumental para la práctica de unas pielografías ascendentes en decúbito (figura 1) y bipedestación (fig. 2) se repite el dolor cólico acompañado de intenso tenesmo, e igualmente la acción espasmolítica y analgésica de la Buscapina Compositum es plenamente satisfactoria.

Caso 6. A. E., de sesenta y cinco años, mujer. Le fué practicada una colecistectomía hace siete años por presunta colecistitis crónica litiasica. Desde entonces, a pesar de todo, siguen repitiéndose los cólicos con la misma frecuencia e intensidad. Ya ha sido tratada con toda clase de antiespasmódicos y analgésicos, inclusive los opiáceos, a los que la propia enferma tiene miedo, especialmente por los vómitos que la ocasionan. Ensayamos la Buscapina Compositum en forma de supositorios (0,01 g. de Buscapina y 1 gr. de metil-melubrina) con resultado plenamente satisfactorio, pues los dolores cesan a los quince minutos de su aplicación, por término medio. La enferma no ha notado disminución de la eficacia del medicamento a lo largo de varios meses que lleva utilizándolos con relativa frecuencia.

Caso 14. T. de C. Intoxicación alimenticia, que motiva vómitos y diarrea abundantes a las tres horas de la ingestión de la comida responsable. Los vómitos, al principio alimenticios, se tornan biliosos y muy molestos para la enferma; asimismo la diarrea se hace afecal y se acompaña de intensos retortijones y tenesmo. Después de tres horas en este estado, y ante la inutilidad de los vómitos y diarrea, se le administra una ampolla



Fig. 1 (caso núm. 5).—Pielografía ascendente en decúbito.

de Buscapina Compositum por vía endovenosa, con la que cesa inmediatamente toda la sintomatología, y la enferma puede descansar el resto de la noche, levántan-

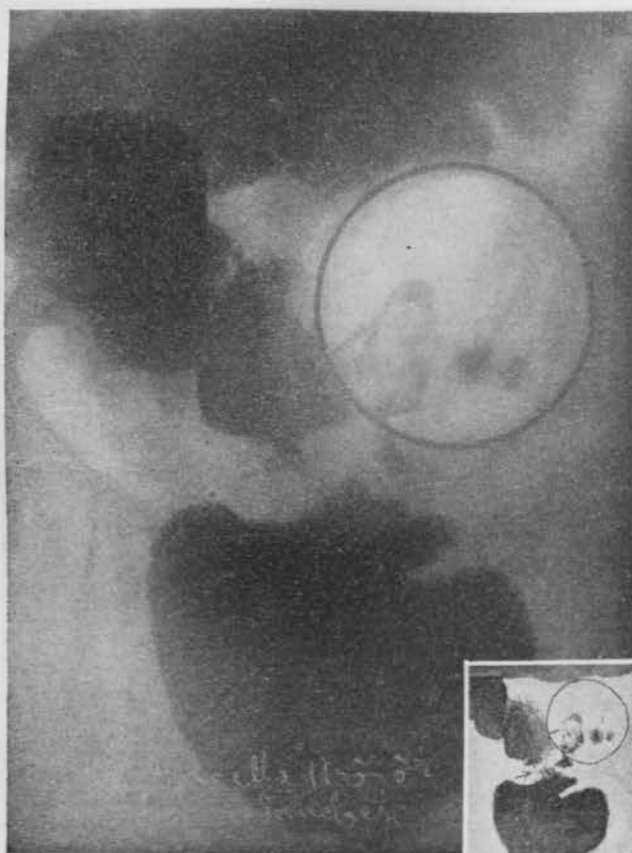


Fig. 3 (caso núm. 18).—Enema opaco, que no franquea ampolla rectal. La sustancia de contraste que se observa en niveles superiores es la ingerida hace una semana.

dose a la mañana siguiente tan sólo con una ligera sensación de malestar. Hizo su dieta corriente sin ningún trastorno.

Caso 17. M.<sup>a</sup> J. B., mujer de veinte años. Se queja de dolores cólicos en el trayecto ureteral, polaquiurola y disuria; tiene febrícula desde hace dos meses. No hematuria. Clínicamente, por el análisis de orina, examen citoscópico y pielografía descendente, no es posible confirmar nada en el sentido de una posible tuberculosis renal. El sondaje ureteral realizado para verificar una pielografía ascendente provoca un intenso dolor cólico ureteral, aunque solamente en el lado izquierdo, que es del que se queja siempre la enferma. Se le administra un supositorio como "placebo", haciéndole creer que se trata de un supositorio de Buscapina Compositum, que ya había sido empleada en esta enferma y con buenos resultados en ocasiones anteriores para sus dolores cólicos; sin embargo, los dolores continúan y hemos de administrarle una inyección endovenosa de Buscapina Compositum, con la que todo cesa en cinco minutos.

Caso 18. M. E., enferma de sesenta años. Síndrome de estenosis intestinal orgánica de localización sigmoide-rectal, que sufre intensas y repetidas crisis suboclusivas de König e intensa rectitis acompañante. Se confirma por tacto rectal y rectoscopia la existencia de una neoplasia, sin que se pueda hacer un estudio detenido del grado de extensión de la misma por culpa de las molestias que ocasiona la rectitis. Persiste en el tramo intestinal sustancia de contraste ingerida hace siete días. Se intenta hacer un estudio radiológico con enema de contraste. La entrada de pequeña cantidad de papilla produce violentos dolores e incontinencia. Al cabo de diez

minutos, puesto que no se lograba el que la papilla franquease ampolla rectal (fig. 3), se le administra una inyección endovenosa de Buscapina Compositum con la que inmediatamente cesan los dolores y ya es posible practicar la radioscopia tranquilamente, observándose el paso de la sustancia de contraste a sigma. Así se logra el dibujo de zona de estenosis neoplásica, irregular (figura 4), que coincide con la observación directa practicada durante la intervención quirúrgica a que fue sometida cinco días más tarde. Esta enferma ya había sido tratada con Buscapina Compositum en forma de supositorios para calmarle los violentos dolores inútiles, y que ya habían requerido la administración de opiáceos.

Caso 23. S. S., de cuarenta y tres años, casada. Cólico ureteral por nefrolitiasis (antecedente de otro cólico con expulsión de cálculo). Otras dos hermanas también padecen nefrolitiasis. Durante el accidente doloroso se le somete a reposo absoluto; un supositorio de Buscapina Compositum cada ocho horas y abundante ingestión de líquidos; con este proceder se logra la expulsión indolora de un cálculo urático, casi del tamaño de un guisante. A las veinticuatro horas se encuentra perfectamente, y realiza un largo viaje en tren sin novedad alguna, aunque continuaba con el tratamiento medicamentoso.

#### V. COMENTARIO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA CASUÍSTICA PERSONAL.

La Buscapina Compositum ha sido eficaz en todos los casos de dolor cólico en que la hemos ensayado, tanto por vía rectal como por vía endovenosa. La supresión del dolor ha sido siempre muy satisfactoria.

Naturalmente, la acción ha sido más brillante y segura cuando hemos empleado la vía endovenosa, con la que los dolores comienzan a desaparecer durante la inyección lentamente administrada, no siendo infrecuente que al terminar ésta haya cedido todo el cuadro, y si no, al cabo de diez-quinientos minutos, como máximo, sue-

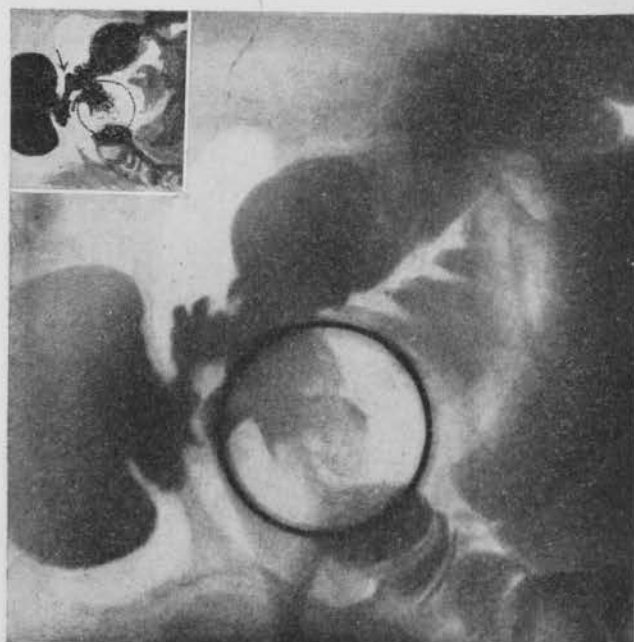


Fig. 4 (caso núm. 18).—En la misma exploración después de la inyección de Buscapina Compositum.

le hacerlo por completo. Con los supositorios, la acción analgésica comienza, por término medio, a los quince minutos y es completa a la media hora.

La duración de sus efectos en los casos que tienen tendencia a reincidir es, aproximadamente, de unas seis horas, como mínimo, en ambas formas de administración que hemos ensayado. En la mayoría de los casos en que hemos empleado la vía endovenosa ha bastado con una sola inyección. Como tratamiento de sostén hemos empleado después, si ha sido preciso, la Buscapina Compositum en forma de supositorios.

No hemos observado habituación, ni tan siquiera disminución en la eficacia del medicamento, después de su uso relativamente prolongado durante meses.

Los resultados obtenidos con el empleo de la Buscapina Compositum son incomparablemente superiores a los que habíamos logrado con el empleo de la Buscapina simple en las mismas formas de administración.

Creemos que la rápida mejoría que su uso ha producido en algunos casos de colecistitis y en los dos de gastroenterocolitis es debida especialmente a la marcada acción antiflogística que tiene dicha asociación medicamentosa.

En un caso de síndrome angoroide acompañante de un cólico biliar, la administración endovenosa de Buscapina Compositum hizo cesar prontamente toda la alarmante sintomatología.

## VI. CONCLUSIONES.

1. La Buscapina Compositum ejerce una magnífica acción espasmolítica y analgésica, aparte de una acción antiflogística muy favorable en determinados tipos de cólicos.

2. Su acción es muy superior a la de la Buscapina simple. Incluso creemos que de acción más eficaz que los opiáceos en el tratamiento de los cólicos, careciendo, además, de los inconvenientes de aquéllos: no ocasiona efectos secundarios, no paraliza la expulsión de los cálculos y, sobre todo, no produce habituación.

3. Este preparado hace cesar el espasmo y dolor, pero también los síntomas acompañantes del síndrome cólico.

4. Su escasísima toxicidad (prácticamente, nula), la ausencia de efectos secundarios y la rapidez de su acción hacen especialmente útil la vía endovenosa para su administración de urgencia.

5. No disminuye su acción por el uso prolongado.

## RESUMEN.

Se hace una revisión de la clínica y del estado actual de la terapéutica de los cólicos. Se ensaya en 23 enfermos un nuevo medicamento espasmolítico-analgésico, la Buscapina Compositum. Con él, no hemos observado ningún fracaso.

so. La forma de administración más frecuentemente empleada ha sido la endovenosa, de efectos rápidos y brillantes.

Creemos, por tanto, que este medicamento es un arma eficazísima para combatir los cólicos. Su empleo es más ventajoso que el de los opiáceos.

## BIBLIOGRAFIA

- ALAJOUANINE, TH.—La douleur et les douleurs, 159-168 y 300, 1957.  
ALVAREZ, WALTER C.—Introducción a la gastroenterología, 1952.  
BALCELLS-GORINA, A.—Semiología del dolor (Seminario de la cátedra de Patología General de la Facultad de Medicina de Salamanca. Pub. en "Lec. de Cátedra", núm. 3, 1957.  
COPE, Z.—Diagnóstico precoz de abdomen agudo, 170, 1954.  
FERRIO, L.—Terapéutica médica general, 1942.  
HEGGLIN, R.—Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas, 1955.  
MÜLLER, A.—Schweiz. Med. Wschr., 47, 1.121, 1931.  
VELÁZQUEZ, B.—Terapéutica con sus fundamentos de Farmacología experimental, 1955.

## SUMMARY

A review is made of the symptomatology and present state of treatment for colics. A new spasmolytic, analgetic drug, Buscapina compositum, was evaluated in 23 patients. No cases of failure were recorded with it. The intravenous route was used in most cases with rapid, excellent effects.

It is therefore thought that this drug is an extremely effective weapon in combatting colics. Its use is more satisfactory than that of opiates.

## ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Klinik und der gegenwärtige Stand der Therapie bei Koliken einer Revision unterzogen. Das Buscapina compositum, ein neues krampf lösendes und schmerzstillendes Medikament wurde in 23 Patienten probeweise angewendet, wobei kein einziger Misserfolg zu verzeichnen war. Am häufigsten wurde das Mittel intravenös verabreicht, angesichts der raschen und vorzüglichen Wirkung auf diesem Wege.

Wir halten dieses Medikament sonach für eine höchst wirksame Waffe zur Bekämpfung der Koliken. Es ist wegen seiner Vorteile dem Gebrauch von Opiaten vorzuziehen.

## RÉSUMÉ

On fait une révision de la clinique et de l'état actuel de la thérapeutique des coliques. On essaie sur 23 malades un nouveau médicament spasmolytique-analgésique: la Buscapine compositum, avec lequel on n'observe aucun échec. La forme d'administration employée plus fréquent fut l'endoveineuse; effets rapides et brillants.

Nous croyons donc, que ce médicament est une arme efficace pour combattre les coliques. Son emploi est plus avantageux que celui des opiacés.