

DOLOR Y NEUROSIS

J. CALVO MELENDRO.

Clínica Médica del Hospital Provincial de Soria.
Director: J. CALVO MELENDRO.

En el año 1937 se consumieron en los Estados Unidos 7.000.000.000 de tabletas de aspirina.

En relación con el dolor, no rara vez nos encontramos con hechos sorprendentes, inexplicables, aparentemente absurdos, que nos dejan perplejos, sin acertar a comprender, por más que repasemos nuestros conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología, patología general y psicología. Entonces nos agarramos al asidero de la neurosis, que quizá sirva, más que nada, para ocultar la ignorancia y evitarnos la humillación.

Vale la pena de estudiar el asunto tratando de ver si puede conseguirse algo útil.

Me han impresionado enormemente los casos y observaciones que a continuación expongo:

En diciembre de 1954 ingresó en mi Servicio del Hospital Provincial una enferma de treinta y un años de edad, casada. Ha tenido normalmente seis hijos, de los que viven cinco.

A partir del tercer parto empezó con dolor y pinchazos en parte baja del vientre y más tarde escozores; lo compara al efecto del alcohol sobre una herida; constantemente lo sentía así; mas después de dar a luz, sólo pequeñas temporadas, siempre inferiores a un mes, se aliviaba. En 1951, un aborto. Consultó con un ginecólogo un año después a causa de la persistencia de los dolores; la hizo un raspado de matriz; continuó lo mismo; fué vista por otro ginecólogo, que la hizo laparotomía media infraumbilical, encontrando ovarios, trompas y matriz sin alteraciones; consulta con varios médicos más ante la persistencia de los dolores; alguien diagnostica apendicitis crónica, que es operada veinte días antes de su ingreso en el hospital. En el momento de verla nos manifiesta que sus dolores son insoportables, arrancándola gritos de dolor, siempre localizados en hipogastrio y periné; no se influyen por el reposo ni por las comidas; son causa de insomnio pertinaz.

Poco apetito, algunas náuseas y bien de vientre. No hay fiebre; período, normal, tipo 30/5, sin más particularidades que en esos días aumenta el dolor. Ha perdido bastante de peso. Radiografías de pelvis y columna vertebral, normales; igualmente la radiología de tórax y aparato digestivo. Examen ginecológico, sin hallazgos patológicos.

Velocidad de sedimentación, 6 mm. a la hora. Wassermann y complementarias, negativas. Recuento de leucocitos y de glóbulos rojos, así como la fórmula leucocitaria, dentro de la normalidad.

En el curso de tres meses que está en el hospital se repiten con frecuencia las exploraciones con resultado parecido.

Diversos tratamientos sin influir nada los dolores; solamente los hipnóticos del tipo de la morfina calman momentáneamente; los analgésicos como aspirina y similares no la mejoran; tampoco una combinación de Largactil, barbitúricos y bromuros; inyecciones epidurales de novocaina en suero fisiológico, igualmente ineficaces.

Varias conversaciones relativas a sus problemas emotivos descubren un cierto deseo de no tener más hijos y fastidio por haber tenido tantos.

Con todas las reservas se interpreta como neurosis o simulación. El tratamiento psicoterápico fracasa. La enferma empeora, desnutriéndose mucho; casi está caquéctica; pide que se la opere nuevamente; esta insistencia nos parece confirmar la idea de la simulación; no aconsejamos intervenir quirúrgicamente, pero nos preocupa mucho su estado; unos meses después sabemos que la han hecho una histerectomía total; el examen macroscópico de los órganos extirpados no demostró anormalidades. Después de esta cuarta operación cesan por completo los síntomas, encontrándose bien nueve meses, al cabo de los cuales empezó otra vez con dolores al lado izquierdo del ombligo que se la pasan al lado derecho; vuelve a ingresar en el hospital en marzo de 1957; los últimos meses, dolor mucho más fuerte: es constante y se acompaña de pinchazos y escozores; por la noche se calma algo con aspirina, a pesar de lo cual duerme muy mal; con el calor la parece que aumenta. No se influye por la postura ni por las comidas.

En la exploración todo resulta negativo; solamente se aprecia un dermografismo exagerado en espalda y región lumbar; la piel está sudorosa y las sensibilidades por la zona dolorosa son normales. Punción lumbar, con líquido cefalorraquídeo sin alteraciones. Fracasan completamente en el tratamiento la psicoterapia, los analgésicos e hipnóticos y las nuevas drogas tranquilizantes. Actualmente sigue en el hospital sin mejoría.

En resumen, una enferma con dolores muy intensos en el hipogastrio y periné, con el deseo más o menos consciente de no tener más hijos, y con todas las exploraciones negativas, incluso la laparotomía y examen macroscópico de los órganos genitales extirpados. Estado general grave acompañado de desnutrición y caquexia. Resistencia a todos los tratamientos empleados.

¿Simulación? ¿Neurosis? ¿Enfermedad o proceso desconocido? No lo sé. Se inclina uno a creer en simulación por existir la finalidad o deseo de conseguir no tener más hijos.

Sin embargo, en el caso que relataré a continuación no se vislumbran los beneficios que puedan obtenerse:

Se trata de una mujer de treinta y cinco años de edad, casada. Acude a la consulta del hospital el 1-XII-56. Hace once años, dolor en la espalda: la diagnosticaron de pleuresía y la propusieron el ingreso en un sanatorio antituberculoso, donde no la admitieron por encontrarla sin lesiones de esta clase. Estuvo seis meses en cama; poco después, dolores al estómago, rodillas y cabeza, continuando el de espalda en el mismo estado. Hace tres años, operación en columna vertebral con injerto óseo; casi seguidamente a la intervención, dolores en hombro derecho, haciéndole otra operación en este sitio; poco después, algias intensas en brazo izquierdo; los de espalda siempre continúan a ambos lados de la columna vertebral. Hace un año, nueva operación en región dorso lumbar, que tampoco la produce mejoría. Actualmente sigue en el mismo estado. Fracaso de los tratamientos medicamentosos y psicoterápicos.

La exploración clínica, minuciosa; los exámenes radiológicos, con múltiples radiografías; la punción lumbar, con análisis de líquido cefalorraquídeo y otras diversas investigaciones analíticas de sangre y orina, son negativas.

Varias infiltraciones en plexo braquial, sin influencia alguna.

El estado de nutrición es bueno. Realiza una vida casi normal con las labores de su casa.

La exploración psicológica demuestra un carácter histérico con teatralidad, exageración, sugestionabilidad, etcétera. No tiene problemas emotivos y vive armoniosamente con su marido y cuatro hijos.

En resumen, otra enferma con dolores intensos y exploraciones múltiples negativas que ha sufrido tres operaciones sin mejorarse.

Inicio mi trabajo con estos dos casos, ya que el haber sido sometidos a varias operaciones llama más la atención; poseo bastantes más observaciones personales de este mismo tipo y más adelante expondré enfermos semejantes que plantean difíciles problemas.

OTROS HECHOS INTERESANTES RESPECTO A LA SENSIBILIDAD PARA EL DOLOR.

Hace años, un extranjero, médico militar, me contó que durante su estancia en un país africano fué testigo de un espectáculo bastante llamativo: el jefe militar de la posición donde estaba destinado recibió varias confidencias sobre la ocultación clandestina de armas en gran cantidad, delatando como culpable a un indígena, que fué llamado a declarar; éste negó tal ocultación; como había bastantes seguridades sobre la veracidad de la denuncia, se sometió al individuo a la pena corriente en el país, colgándole desnudo y apaleándole; resistió la prueba varias veces sin lanzar un quejido; unas semanas después se presentó espontáneamente el mismo sujeto, señalando dónde tenía escondidos 400 fusiles.

En el pueblo soriano de San Pedro Manrique

todos los años, la noche de San Juan, pasan los vecinos del pueblo descalzos por encima de una capa de ascuas de madera, extendida sobre el suelo, sin sentir dolor ni quemarse. Aseguran los naturales del pueblo que sólo puede conseguirse esta insensibilidad habiendo nacido allí y haciéndolo en la noche de San Juan.



Fig. 2.—San Pedro Manrique (Soria).

Paso por el fuego la noche de San Juan. Los nacidos en el pueblo pasan todos los años por una capa de ascuas de madera, descalzos, sin quemarse y sin experimentar dolor.



Fig. 1.—Expresión dolorosa.

El rostro se contrae, la nariz se dilata, la boca se abre y alarga, caen las comisuras, las cejas elevan su parte interna, descienden en su extremo externo, se crispan las mejillas y el mentón se frunce. La contracción de los músculos que rodean a los ojos presiona las glándulas lagrimales.

He conocido a varias personas que diariamente se torturan con cilicios, soportándolo sin quejas y muy satisfechos de que así expían sus culpas y se acercan más a Dios. Recuerdo de niño haber visto a un viejo general con cólicos hepáticos que jamás consintió en ponerse calmantes, ya que le parecía cobarde no resistir estoicamente los dolores. He presenciado alguna vez en los pueblos extracciones de muelas sin anestesia, soportadas con tranquilidad, llegando algunos individuos a sacarse varias piezas en estas circunstancias en una sola sesión. Bien conocido es el hecho de la desaparición del dolor de muelas al entrar en casa de los dentistas. Durante la guerra los heridos me referían con frecuencia no haber sentido dolores hasta después de ser evacuados del campo de batalla. De estudiante recuerdo que algunos cirujanos, operando con anestesia local o regional, empleaban una persona que distrajera al enfermo como medio complementario para la no percepción del dolor. He oído contar de ciertas gentes que en disputas o por apuestas llegan a realizar barbaridades como clavarle la mano en una mesa o cosas por el estilo.

ALGUNOS DATOS TOMADOS DE LA LITERATURA.

Existen unos cien casos de insensibilidad congénita al dolor. No se conoce la anatomía patológica.

Se admite en general que la sensibilidad al dolor es menor en los pueblos primitivos, en gentes poco cultivadas y en ciertas razas. COUSTON describe siete casos de débiles mentales con una casi total indiferencia dolorosa. No es raro encontrarnos con personas que soportan curas quirúrgicas sin protestas ni manifestaciones demostrativas de sufrimiento, contrastando con otras en que pasa todo lo contrario.

LERICHE cuenta, en su libro sobre "Cirugía del dolor", que los soldados de la Grand Armée resistían operaciones sin anestesia; él, durante la guerra del 14 al 18, operó algún soldado ruso en las mismas circunstancias. SAUERBRUCH y WENKE cuentan que un joven alférez fue amputado de un brazo, completamente destrozado en el curso de un ataque nocturno, que este oficial había dirigido con gran entusiasmo.

MONTAIGNE, en sus "Ensayos", relata varios casos verdaderamente sorprendentes de resistencia al dolor: un muchachuelo de Lacedemonia que había robado un zorro y lo ocultaba bajo sus vestiduras, sufrió mejor que le destrozara el vientre que el ser descubierto. Otro, que incensaba el ara de un sacrificio, consintió en dejarse abrasar hasta los huesos por un carbón que le cayó en la bocamanga de su túnica antes que perturbar la ceremonia. "De todos es conocida la acción de Mucio Secevola, el cual, habiéndose internado en el campo enemigo para matar al jefe, no pudo lograr su intento, y viéndose obligado a declarar a Porsena, para dejar ileso el honor de su patria, no ya sólo su designio, sino además que había en el campo gran número de romanos cómplices de su empresa, todos de su mismo temple, dijo que no los descubriría; luego, para dar una muestra del vigor de su alma, hizo que le llevaran un brasero, en el cual puso su brazo hasta achicharrárselo, y allí lo dejó hasta que el enemigo mismo, horrorizado, ordenó retirar el fuego."

Los pueblos orientales tienen fama de ser mucho menos sensibles al dolor que en Occidente. En la India, los faquires pasan también por el fuego, como los de San Pedro Manrique; los que practican el yoga consiguen resultados muy notables en este sentido. Las operaciones bajo hipnosis son frecuentes en estas mismas regiones.

En ciertos pueblos primitivos las ceremonias de iniciación se hacen causando dolores y a los muchachos no se les permite lloriquear. Entre los indios norteamericanos se considera como un signo de virilidad la cualidad de soportar el dolor sin expresiones psicomotoras; en cambio, en cierto tipo de culturas son permitidas extravagancias reaccionales, citándose entre ellos a los judíos y pueblos latinos, sin que esto signifique una debilidad caracterológica.

Durante algunas ceremonias religiosas el dolor no es percibido; tampoco en los momentos de excitación sexual. Enfermos mentales como los esquizofrénicos efectúan automutilaciones sin quejas. Conocidas son las anestias histéricas y la falta de dolor durante los estados hipnóticos.

En la bibliografía se hace menos referencia a la hipersensibilidad para el dolor, hiperestesia o hiperalgesia y reacciones emotivas exageradas. Todos los que nos dedicamos a la clínica sabemos cuán diferente es el comportamiento de cada individuo frente a las pequeñas intervenciones como punción lumbar, paracentesis, neumotórax, inyecciones, extracciones dentarias, etc. En ocasiones la actitud del sujeto constituye un verdadero problema, llegándonos a irritar y molestar que sea tan difícil ejecutar métodos de diagnóstico o tratamiento valiosos; en cualquier caso, originan cierta pérdida de tiempo empleada en convencerles y calmarles. He conocido varias personas que el ponerles una inyección les causaba verdaderas crisis nerviosas con angustia, sudores, taquicardia, poliuria, etcétera. No siempre se trata de señoritas cursis, pero da la impresión de ser solamente una mayor reacción emotiva y no de que su aparato receptor y transmisor de la sensibilidad dolorosa les provoque una sensación específica más intensa. La hiperalgesia en las causalgias, meningitis, síndrome talámico y otras lesiones, ya de la protoneurona sensitiva, medulares o bulbares, caen fuera de nuestro tema.

Podríamos decir que el "miedo" al dolor es un fenómeno de nuestros tiempos, quizá causado por la relativa facilidad con que el hombre actual puede combatirlo, y por la educación, que nos ha puesto, más que en otras épocas, como meta y objetivo de la vida la felicidad y el placer, causando verdadero horror la idea del sufrimiento.

* * *

Aparte de los hechos curiosos e interesantes que he relatado, el objeto principal de este estudio son los casos clínicos de dolor como síntoma principal, sin que la investigación prolija, a través de años, haya podido encontrar una causa orgánica, y que diagnosticamos de histérico o neurótico.

Es seguro que tanto el cirujano como el internista se enfrentan a diario con el problema del dolor. Muchas veces, acaso la mayoría, es sintomático de una enfermedad orgánica, teniendo un valor semiológico, del que no me voy a ocupar ahora. Indudablemente podemos cometer errores en los dos sentidos, es decir, considerar al enfermo como funcional o neurótico hasta que un día aparecen signos de enfermedad orgánica, más o menos grave, y puede ocurrir lo contrario. Creo que el aspecto del problema ha cambiado en los últimos años; antes, la advertencia más sensata para los médicos era

tener en cuenta la posibilidad de una grave lesión con apariencias de histerismo; la equivocación significaba un gran perjuicio para el enfermo y el prestigio del médico; lo contrario, apenas tenía peligros; actualmente no es así: las terapéuticas son mucho más violentas y agresivas, los tratamientos son costosos y mutilantes; no es nada raro que a un enfermo con dolores lumbares de tipo neurósico se le diagnostique de hernia de disco y se le intervenga quirúrgicamente. Tener un dolor de cabeza algo persistente será también muy peligroso si el individuo cae en ciertos ambientes quirúrgicos; en el mejor de los casos, estas gentes son sometidas a múltiples exámenes radiológicos y analíticos, siendo fácil encontrar pequeñas desviaciones de la normalidad que no rara vez son mal interpretadas y crean en el ánimo del sujeto estados de ansiedad y temor con incapacidad para el trabajo, haciéndole un inútil para mucho tiempo, o desviando su orientación en la vida, con grave perjuicio en su economía y bienestar material y psíquico; en otras ocasiones he referido el caso de un joven de veintitrés años aprensivo, nervioso, de carácter histérico, que se quejaba de dolores en un costado; alguno de los muchos médicos que consultó llegó a diagnosticar un proceso pleuropulmonar al examen radiológico (era una época de gran virtuosismo radiográfico, en la que cualquier especialista de pulmón encontraba casquetes apicales, nódulo de Simon, diseminaciones hematógenas discretas, etcétera); en consecuencia, este individuo, creyéndose tuberculoso, vendió sus fincas, pensando que nunca podría dedicarse a los trabajos fuertes del campo, y rompió una relaciones amorosas muy formales por parecerle que hubiera creado una familia poco sana.

Sin duda, teniendo en cuenta todo lo dicho hay autores como ARMSTRONG que no tienen inconveniente en decir que es preferible equivocarse considerando un enfermo orgánico como funcional que someter a múltiples personas a tratamientos peligrosos e inútiles. Otro viejo error del pensamiento es contraponer lo psicógeno a lo orgánico, creyendo que es una u otra cosa, sin tener en cuenta que pueden existir ambas.

Sorprende que en muchos libros sobre neurosis el dolor sea sólo mencionado de pasada sin dedicarle una atención preferente. No obstante, algunos autores especifican bien claramente que existen, como de origen psíquico, cefaleas, glosodinias, mastalgias, raquialgias, coxigodinias y el típico dolor de cabeza en "clavo" (WECHSLER). Está descrita una cefalea histérica y un reumatismo psicógeno, pero en ninguna publicación he visto dedicar capítulo especial al dolor como manifestación neurósica, siendo así que constituye a veces la única manifestación o por lo menos la más llamativa a través de largas temporadas.

EXPERIENCIA PERSONAL.

Además de las dos observaciones relatadas anteriormente, el dolor es presenta con más o menos intensidad en el 44 por 100 de las 600 historias clínicas de neurosis que he revisado.

En el 95 por 100 de los 330 casos que figuran en mi fichero particular con el diagnóstico de reumatismo muscular o fibrositis no pudo objetarse ninguna alteración. En 92 de cefalea esencial sin características de jaqueca, 18 de lumbago y seis de pleurodinia, tampoco se encontraron signos orgánicos; en cambio, todos ellos presentaban rasgos netamente neurósicos como aparición en relación con estados emotivos, teatralidad, influencia por la sugestión, acción inconstante y caprichosa de los analgésicos y carácter y personalidad histéricos. La observación prolongada, durante muchos años, en bastantes, confiere un gran valor para el diagnóstico; no es raro que en algunos momentos de su evolución se presenten otros síntomas de estirpe histérica y frecuentemente surgen trastornos muy conocidos por su origen funcional.

No todos han tenido la misma multiplicidad de investigaciones complementarias, pero los hay que reúnen verdaderos legajos documentales siempre con resultados negativos, dudosos o de ligeras desviaciones.

En los enfermos que a continuación detallo no haré constar, por brevedad, todos los resultados normales, pero he de resaltar que siempre se ha llegado al diagnóstico después de un examen clínico minucioso y varias conversaciones de tipo psicológico.

Ficha núm. 9.247. Joven de veintidós años, visto en 1951. Desde hace cinco o seis meses, dolor en región sacrocóxigea y cadera derecha, sin hinchazón ni fiebre y sin impedirle dedicarse a las faenas del campo; hace dos meses el mismo dolor en hombro derecho, que se le pasó al hombro izquierdo poco después. Durante los años posteriores alguna otra vez se le han repetido, aunque menos intensamente. Mejoró mucho después de la consulta primera, al advertirle que nada grave le pasaba ni había peligro de que se quedase paralítico, a lo que tenía mucho miedo, por conocer otro chico joven, vecino suyo, que le había pasado, sin duda, por una artritis reumatoide. Es una personalidad inestable emotivamente, inquieto y nervioso, y en toda su familia "son nerviosos".

Ficha núm. 10.824. Mujer de veinticinco años, soltera, vista por primera vez en 1949. Dos meses antes empezó con dolores en las piernas, desde los muslos hacia abajo, y en los dos lados; también la duelen, aunque no tanto, los brazos; ha estado varios días en la cama; no hinchazón ni inflamación en articulaciones. No fiebre; también la duele la espalda y el costado izquierdo; un día dice haber echado esputos con sangre; algo estreñida; peso en estómago; muchos eructos. Período muy doloroso.

Psíquicamente se descubre un estado de mucha preocupación y miedo por tener un hermano enfermo del pulmón. Se considera desgraciada a causa de su constitución física, que la parece poco atractiva.

Ficha núm. 10.221. Mujer de cuarenta y cinco años, casada. Desde hace quince o más años, casi continuamente tiene dolores a los "riñones"; algunas veces son como crujidos, que no la dejan moverse bien. Fué vista la primera vez en el año 1948; seis meses antes, un ataque de dolor fuerte al hombro derecho sin hinchazón y sin fiebre. En el momento de consultar esta primera vez se queja además de dolores imprecisos por distintas partes del cuerpo, principalmente las articulaciones. Duerme mal. El salicilato y la aspirina no la calman. En el año 1949 nos dice que había mejorado de los dolores, pero que ha tenido una temporada de quince días en que apenas veía por ponérsela una niebla en los ojos, quitándosela espontáneamente.

Ficha núm. 10.214. Es una muchacha de diecinueve años de edad, soltera. Dice que a los diez años tuvo una "mancha" en el pulmón, de la cual se quedó completamente bien. Consultó por primera vez en el año 1948. Tres meses antes de venir a la consulta, dolores en piernas, brazos, pecho y cadera; mucho frío por todo el cuerpo; sofoco de calor a la cara; el dolor lo señala en masas musculares, no en articulares; duerme mal. Periodo doloroso y abundante. Cansancio y aplanamiento. Dermografismo muy intenso. Su padre padece de "reumatismo", su madre de los ovarios y a temporadas trastornos mentales.

Ficha núm. 10.204. Consulta por primera vez en 1948. Es una mujer de cincuenta y cuatro años de edad, casada. Dice que hace dos meses se enfrió y al poco tiempo cayó con "reuma"; dolores en los pies, rodillas, codos y muñecas, sin hinchazón ni fiebre; estuvo doce días en cama; tomó salicilatos, que la hicieron poco efecto. Lo que más la molesta es que tiene mucho cansancio. Se hace daño, al respirar fuerte, en costado izquierdo: "parece como si clavaran agujas"; al principio perdió mucho de peso, que lo ha recuperado ya. Duerme mal.

Tiene problemas familiares, descubriéndose ideas de celos muy acusadas.

Ficha núm. 10.196. Es un hombre de cuarenta años de edad, casado. Siempre ha sido muy nervioso. Desde hace quince o veinte años padece de "reuma": son dolores en riñones y parte alta de columna vertebral; algo también en caderas; ha ido a los baños, sin que le hagan efecto. Hace años que padeció del estómago; le dijeron que lo tenía caído y desde entonces lleva una faja. Siente un malestar general por todo el cuerpo, que se ha acentuado los ocho últimos días; una molestia imprecisa y pinchazos en costado izquierdo; duerme mal, sin saber por qué; está muy preocupado por las molestias de estómago, que no se le quitan con la faja, pero que no guardan ninguna relación con las comidas. Asténico; durante la exploración, gran nerviosidad. Fué visto por primera vez en 1948.

Psíquicamente está muy contrariado porque no puede trabajar como él quisiera y su situación económica no marcha bien.

Ficha núm. 10.017. Hombre de treinta y ocho años, casado, visto por primera vez en el año 1947. Hace un año tuvo dos días fiebre y dolores por la pierna izquierda que dice fué una ciática. Desde hace ocho meses, dolores por las dos piernas, más la izquierda, sin hinchazón y sin fiebre; las articulaciones también le duelen; la rodilla izquierda le da un "chasquido" cuando hace ciertos movimientos. En la cabeza nota ruidos y como peso; en el estómago, también algún día peso, que se le pasa en cuanto se purga. En la exploración se aprecia eretismo cardíaco. Su padre y su madre padecen de "reuma".

Psíquicamente confiesa que es muy aprensivo y tiene mucho miedo y preocupación por sufrir la misma enfermedad que sus padres.

¿CÓMO INTERPRETAR ESTAS OBSERVACIONES CLÍNICAS?

En primer lugar, debemos resolver si en realidad existen los dolores o es una simulación, problema difícil, pero no imposible.

Para la simulación tendremos en cuenta la existencia de una finalidad concreta, o ventaja manifiesta, como eludir un servicio peligroso en las guerras, obtener una pensión en los accidentes, forzar a la ejecución de operaciones esterilizantes, etc., etc. Trataremos de resolver si el motivo originario es consciente o inconsciente, ya que ésta es la principal diferencia entre simulación e histeria, lo cual no siempre es fácil, ni aun recurriendo al psicoanálisis.

Si podemos desechar la simulación hemos de averiguar si el dolor es orgánico o neurótico: hay que explorar todas las estructuras asequibles, desde las terminaciones nerviosas periféricas hasta la corteza cerebral, con los medios a nuestro alcance; así, pues, la piel, el tejido celular subcutáneo, las fascias y aponeurosis, los músculos y articulaciones, las serosas y vísceras, el trayecto de los nervios y las vías sensitivas en médula, bulbo, protuberancia, núcleos centrales y corteza cerebral; pero es indudable que, aunque resulte negativo, de ninguna manera podremos asegurar la naturaleza neurótica; aun las cosas que mejor conocemos, como la anatomía del dolor, está llena de lagunas. En la fisiología la ignorancia es mayor; por ejemplo, ¿conocemos bien las funciones de sumación, selección, control, modificación e integración de los estímulos que se realizan en las distintas neuronas de las vías dolorosas escalonadas desde la piel a la corteza cerebral? ¿Somos capaces de descubrir pequeñas alteraciones del ambiente que rodea a las terminaciones sensibles? ¿Cuántas pequeñas lesiones de las vísceras serán inasequibles a nuestros métodos exploratorios?

Sin embargo, y teniendo en cuenta estas limitaciones, el resultado negativo es un dato a favor del origen neurótico, si bien no es bastante, debiendo apoyarnos en hechos positivos como son el carácter y constitución histérica, la caprichosidad de presentación de los dolores sin corresponder a ningún trayecto nervioso ni a ninguna enfermedad orgánica conocida. El examen general del enfermo nos pondrá de manifiesto, con seguridad, otros síntomas de estirpe neurótica o funcional, constituyendo todo ello un conjunto muy típico perfectamente conocido para todos los médicos que tienen cierta experiencia.

Las observaciones de larga duración son las que más valor tienen; será muy difícil que a lo largo de muchos años, como ha pasado en nuestros casos, si se trata de una afección orgánica, no se presenten los síntomas correspondientes; claro está que lo interesante sería disponer de un signo patognomónico que permitiera el diagnóstico rápido; pero la historia clínica nos pue-

de revelar, en bastantes enfermos, que llevan padeciendo años y años sin que nada concreto y seguro se haya diagnosticado; además la aportación de los que hemos podido seguir enfermos mucho tiempo tiene el valor de asegurarnos que no nos movemos dentro de una ficción.

Los hechos sorprendentes relatados al principio nos aseguran que el psiquismo ejerce influencia y, por lo tanto, apoyan la opinión favorable a la existencia de dolores psicógenos. Parece indudable que el sufrimiento ante el estímulo doloroso tiene que estar en relación con el estado de ánimo del individuo y la significación o interpretación que cada persona da a la sensación dolorosa. Hemos de tener en cuenta que en el dolor existen siempre dos componentes: la sensación específica y la reacción psíquica; así, por ejemplo, ésta será distinta en un místico o asceta que en un filósofo, un poeta o un hombre rudo acostumbrado al trabajo corporal penoso.

También los estudiosos del dolor opinan diferentemente sobre su significación; para los griegos, era "el ladrido vigilante de la salud". SHERRINGTON, en 1909, definió el dolor como el componente psíquico de un imperativo reflejo protector; sin embargo, LERICHE niega su poder protector.

Es útil repasar las publicaciones sobre el asunto para formarse una idea de los factores que han de influir sobre la reacción psíquica al estímulo doloroso.

Para LEWIS, el dolor es una reacción de la persona humana contra su medio, siendo esta reacción fundamentalmente motora: huída, agitación motriz, inmovilidad absoluta. Sólo el hombre es el que llora, no los animales; durante la infancia humana, es casi la única manera de reacción que hay disponible; la reacción puede ser distinta, porque unos la temen, otros se comportan como si no existiera y otros la desean como medio de santificación y expiación. El hombre civilizado se queja más que el de vida primitiva, significando para FREEMAN que el primero desea estar libre de molestias y depende del estado emocional del individuo en el momento. En la actualidad los miedos, angustias y emociones se expresan en términos de dolor. La leucotomía no suprime la conciencia del dolor, pero elimina la reacción emotiva: el paciente lo siente aunque no sufra.

Para E. B. STRAUSS se influencia por la cultura o educación y hay diferencias individuales. El umbral de la percepción es casi constante en las personas normales, pero varía mucho la reacción psíquica con el carácter individual. El dolor psicógeno es frecuentemente un elemento importante en la persistencia de un desequilibrio psíquico: su prolongación puede llevar a cambios mentales con susceptibilidad a múltiples estímulos dolorosos. El sufrimiento disminuye la resistencia. Los procesos mentales (excitación y tensión emocional) pueden disminuir-

le, sumergirle o hacerle desaparecer (BATTERMAN).

Según HARDY, WOLFF y GOODEL la sugestionabilidad, variabilidad en el estado de ánimo, anticipación de una respuesta esperada y otros factores psíquicos, elevan el umbral del dolor a un nivel equivalente al que se obtiene con drogas analgésicas; los "placebos" producen analgesia aproximadamente en el 40 por 100 de los intentos. En un editorial del *J. A. M. A.* se distingue entre percepción y reacción al dolor; la percepción es valorada en términos de calidad, intensidad y tiempo; la reacción se manifiesta por taquicardia, jadeo, disturbios intestinales, ansiedad, miedo, terror, pánico y postración. La reacción es modificada por experiencias condicionadas como juegos, chistes, distracciones y lucha.

MARIELLA FISCHER-WILLIAMS estima que el dolor es una sensación y un fenómeno psíquico subjetivo, siendo conocido que el mismo dolor un día es sentido con más intensidad que otros, según el estado de ánimo. Ciertas prácticas de entrenamiento como el yoga le influyen, llegando hasta hacerle desaparecer. No se sabe si la influencia es puramente mental o a través del sistema simpático-adrenérgico. Ninguna región de la corteza es especialmente dedicada a la recepción del dolor. Se olvida que los estímulos que bombardean la corteza cerebral lo hacen sobre unas características cerebrales siempre distintas y, por lo tanto, la sensación nunca es la misma. Cuando una injuria se produce sobre cierta parte del cuerpo, la atención es dirigida allí, siendo esta región alzaprimada en la conciencia con distorsión de la imagen corporal y con fijación en esta parte y neurosis subsiguiente. Según el estado emocional del sujeto, el dolor puede ser necesario o útil, tomando una parte esencial en su vida. Después de extirpación bilateral de suprarrenales se suprime el dolor y se piensa que esta reacción está en evidente relación con el sistema simpático adrenalínico.

WAYNE ha probado que las tabletas o inyecciones inertes producen efecto analgésico en el 50 por 100 de los casos con dolores de grado medio; piensa el autor que el calor o frío, la fisioterapia y los linimentos son todo sugestión; la morfina produce una leucotomía reversible.

JOHN PENMAN ha descrito varios casos de depresión y otros síntomas neuróticos después de suprimir dolores crónicos a los cuales ya se había habituado el individuo o representaban una ventaja en su vida afectiva.

HAGENTORN distingue la sensación dolorosa de las demás en que siempre tiene que ser consciente. Sin conciencia no hay dolor.

La reacción emocional, el componente psíquico, es el aspecto más importante del fenómeno. El umbral para la percepción es relativamente estable, mientras la reacción varía mucho de unas personas a otras y en el mismo individuo de un momento a otro. Hay factores psicológi-

cos que elevan el umbral, como la sugestión, la distracción y la hipnosis. Los neuróticos reaccionan más vigorosamente al dolor que las personas normales. La actitud del paciente hacia la vida, su cultura, las relaciones médico-enfermo, la ansiedad y el miedo pueden variar la percepción del dolor y la reacción.

HARDY, WOLFF y GOODEL han observado la elevación del umbral en el 30 por 100 usando placebos; la reacción es muy variada en las personas emocionalmente lábiles. Psicoanalíticamente, el dolor es considerado como la somatización o síntoma de conversión de un complejo de culpabilidad.

WOLFF ha estudiado pacientemente el umbral al dolor; lo define como la cantidad de estímulo necesaria para producirlo; el límite es elevado por analgésicos, influyen las condiciones locales de inflamación, isquemia, etc., y el estado mental de letargia, distracción, ansiedad, sugestión y fe en un placebo y actitudes por situaciones y experiencias anteriores. La histeria y la simulación unas veces bajan y otras veces suben el umbral. Nuestro pensamiento es activo respecto al dolor, dominante y selectivo, guiado por las fuerzas de deseo, entrenamiento y experiencia; puede ignorar o concentrar, reducir o amplificar, alterar o transformar, según las necesidades vitales. Cuando estamos aburridos, fastidiados, lo sentimos más; temperamentos activos, vigorosos, cálidos, son más sensibles; los apáticos y fríos, menos; los deprimidos, agobiados e irritables, más sensibles; el feliz y satisfecho, menos. Si la situación dolorosa es esperada, coge ya en estado mental de desagrado. El entrenamiento estoico y de dureza de vida anterior disminuye; también una necesidad compulsiva de recibir dolor como compensación al placer. En sentido desfavorable actúa un estado mental de orgullo y perfección; la educación para el placer y evitación de toda injuria, la angustia, el miedo, el temor, hambre y deseos, disgusto, culpabilidad, pena, fatiga y melancolía, la alegría lo disminuye. El dolor físico continuo lleva a la exhaustación y desmoralización con depresión.

HAGENDORN encuentra que es difícil formarse idea de un dolor que nace sin causa en las partes centrales del sistema doloroso; él se lo explica por una alteración que se produce en las neuronas a partir de excitantes dolorosos periféricos; esta alteración las haría más sensibles al dolor o dejarían pasar las excitaciones con más intensidad; incluso los estímulos normales serían dolorosos.

ARANGÜENA GARCÍA-INÉS dice que el dolor, en la mayor parte de los casos, está determinado por trastornos funcionales de los tejidos, ocasionados por una perturbación del sistema nervioso vegetativo, constituyéndose un círculo vicioso.

Me ha llamado la atención que en la experiencia personal no haya visto las clásicas anestias histéricas.

Un aspecto importante para el diagnóstico diferencial es que los analgésicos no producen efecto en los dolores neuróticos; incluso a veces los medicamentos del tipo de la morfina son ineficaces. Todavía tengo poca experiencia sobre la utilidad de las nuevas drogas tranquilizantes: me han parecido útiles en algunos casos y han fracasado por completo en otros; de cualquier manera, a estos enfermos hay que tratarlos actuando sobre el psiquismo, bien sea por agentes químicos o psicoterápicos.

Carezco de experiencia sobre las modificaciones electroencefalográficas en el dolor; al decir de PESTEL, se modifica el trazado incluso en el animal dormido; cuanto más fuerte es el dolor más extensa es la zona cortical interesada.

En el parto, como en tantas otras ocasiones, hay un estímulo doloroso que será aproximadamente igual para todas las mujeres normales; lo que varía es la reacción psíquica y su expresividad; ésta es la parte sobre la que podemos actuar; leyendo las publicaciones recientes de los tocólogos se saca la conclusión de que pueden obtenerse ventajas en un tanto por ciento muy elevado.

No es mi objeto tratar detalladamente los diferentes cuadros clínicos según la localización del dolor; por ejemplo, las cefaleas, reumatismos psicógeno, lumbago, etc. LÓPEZ IBOR se ha ocupado de algunos hechos curiosos como la aquinesia algera y disopsia algera; de esto último tengo una observación personal. En el libro de ROF CARBALLO de "Medicina psicosomática" se hace una magnífica revisión del dolor precordial, existiendo sobre ello una copiosa bibliografía que detalla las características diferenciales entre lo orgánico y psíquico.

Tampoco intento ocuparme de la etiopatogenia, pero no quiero dejar sin mencionar la interesante opinión de LERICHE y su teoría vascular suponiendo que siempre es un fenómeno vascular, idea en consonancia con los efectos vasculares de las emociones y la supresión del dolor por extirpación de suprarrenales.

Analizar las causas psicológicas sería lo mismo que ocuparnos de la esencia de las neurosis, lo cual pensamos hacer en otra ocasión; no obstante, diremos algunas palabras sobre algunos hechos observados en el caso número 2 del actual trabajo y que nos ha hecho reflexionar mucho; decíamos allí que la exploración psicológica demostró simplemente un carácter histérico, sin problemas emotivos, puesto que vivía armoniosamente con su marido y cuatro hijos. Parecía muy bien adaptada a su situación, encontrándose bastante satisfecha de la vida. Sentíamos extraordinaria curiosidad por saber dónde estaba la motivación de sus dolores, ya que nada orgánico ni psíquico se podía descubrir. La investigación del ambiente en que vivía nos pro-

porcionó los siguientes datos: dentro de su barrio gozaba de cierta popularidad debido a sus múltiples dolencias y operaciones; muchas vecinas la daban consideraciones especiales; a alguna la chocaba que a pesar de todos sus males casi siempre estuviera de buen humor, oyéndola cantar con frecuencia. Pensamos entonces si esta persona sería capaz de soportar las operaciones y las molestias consiguientes de los tratamientos por no perder su rango entre los convecinos; vistas las cosas de una manera superficial no parece muy probable; sin embargo, observando la conducta de muchas personas de las conceptuadas como normales, vemos cómo el deseo de sobresalir les lleva a privaciones y sacrificios sin límites. Todos los avances de la humanidad se han hecho por este mecanismo. Todos los hombres famosos han llegado a serlo a costa de renunciamentos. Puede pensarse que un sabio empezó a estudiar porque el afán de saber es un impulso irresistible en el género humano, y que un político famoso, o un místico, o un santo, están dotados predominantemente de cualidades altruistas; lo mismo podría decirse de los héroes, pero en cada caso particular nunca podremos determinar con exactitud hasta qué punto su conducta llena de sacrificios tiene esta motivación o es más bien el instinto de sobresalir, el afán de inmortalidad, la pasión de mandar o la satisfacción de halagar su vanidad o su soberbia. Una vez creado el hábito y la costumbre, ni el mismo individuo se dará cuenta del por qué lo hace y será muy difícil que cambien de conducta; es seguro que las personas que alcanzan la popularidad, el respeto y las atenciones de sus semejantes se encuentran satisfechas y compensadas de los sacrificios que hayan tenido que llegar a hacer para alcanzarla. Entonces, ¿porqué hemos de considerar neurósica, histérica y anormal a esta pobre mujer que sin darse cuenta no hace más que seguir las leyes naturales de su raza?

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

En 600 historias clínicas de neurosis revisadas, el síntoma dolor se presentó como el más llamativo en el 44 por 100. Muchos otros enfermos seguidos a través de años acusaron dolores como única manifestación, sin que la exploración minuciosa con múltiples exámenes radiológicos y analíticos descubriera lesión orgánica: algunos fueron sometidos a varias operaciones, comprobándose en ellas la normalidad de los órganos que se creían afectados.

Se exponen las posibilidades de hacer un diagnóstico diferencial entre simulación, neurosis y enfermedad orgánica.

En la experiencia del autor no se presentaron las clásicas anestias histéricas.

Se pasa revista a la significación del dolor según la opinión de diversos autores y la actitud de cada individuo frente a la vida.

La reacción psíquica al dolor puede ser in-

fluída por los distintos estados de ánimo, aumentándola unos y disminuyéndola otros.

La educación, el entrenamiento y la constitución racial influyen la sensibilidad al dolor.

La aceptación de dolores neurósicos no puede ser más que provisional, dada la insuficiencia de nuestros conocimientos y medios de exploración, siendo posible que más adelante se descubran alteraciones hoy día inasequibles; de todas maneras, la influencia del psiquismo sobre el dolor siempre será cierta.

Ante la no existencia de lesiones orgánicas demostrables y la comprobación de ciertas peculiaridades del carácter que coinciden con los rasgos histéricos, tenemos que sacar la conclusión de que estos individuos probablemente están dotados de un sistema nervioso capaz de percibir estímulos que en otros no llegan a la conciencia y que por condiciones especiales de su mentalidad reaccionan con mayor violencia. Acaso en otros empiezan con una simulación y después persisten los dolores por fijación involuntaria.

BIBLIOGRAFIA

- COUSTON.—Brit. Med. J., 1, 1.128, 1954.
 LERICHE.—La cirugía del dolor. Madrid, 1952.
 SAUERBRUCH.—(Cit. HAGENTORN). Münch. Med. Wschr., 259, 1940.
 MONTAIGNE.—Ensayos.
 WECHSLER.—A Textbook of Clinical Neurology. Philadelphia, 1947.
 SHERRINGTON.—(Cit. CLIVE SHIELDS). Lancet, 2, 459, 1951.
 LEWIS, T.—Pain. New York, 1942.
 FREEMAN.—Brit. Med. J., 2, 146, 1952.
 E. B. STRAUSS.—Brit. Med. J., 411, 1949.
 BATTERMAN.—Journ. Am. Med. Ass., 155, 966, 1952.
 HARDY, WOLFF y GOODEL.—Pain Sensation and Reactions. Baltimore, 1952.
 J. A. M. A. Editorial, 149, 66, 1952.
 MARIELLA FISCHER-WILLIAMS.—Brit. Med. J., 1, 533, 1956.
 WAYNE.—Brit. Med. J., 2, 787, 1951.
 JOHN PENMAN.—Lancet, 1, 633, 1951.
 HAGENTORN.—Münch. Med. Wschr., 259, 1940.
 WOLFF y HARDY.—Physiol. Rev., 27, 167, 1947.
 ARANGUENA GARCÍA-INÉS.—Rev. Clin. Esp., 160, 28, 1956.
 PESTEL.—Presse Méd., 38, 1953.
 LÓPEZ IBOR.—La angustia vital. Edit. Paz Montalvo. Madrid, 1950.
 ROF CARBALLO.—Patología psicósomática. Edit. Paz Montalvo. Madrid, 1949.
 LERICHE, R.—La douleur et les douleurs. Masson. Paris, 1957.

SUMMARY

In a review of seven hundred clinical histories of neurosis pain appeared to be the most conspicuous symptom in 44 % of cases. Many other patients followed up for years complained of pain as the only symptom and a detailed study with the aid of multiple radiological and analytical examinations revealed no organic lesion; some underwent several operations in which the normality of the organs which were thought to be involved was verified.

The possibilities of carrying out differential diagnosis between malingering, neurosis and organic disease are described.

The writer failed to find the classic hysterical anaesthesias.

The significance of pain according to the opinion of different writers and the attitude of each individual to life are reviewed.

The psychic reaction to pain may be influen-

ced by the different emotional states. It is raised by some and lowered by others.

Education, training and racial constitution influence sensitivity to pain.

The acceptance of neurotic pain may only be provisional, owing to the paucity of our knowledge and means of examination; it is possible that in the future disturbances are found which have hitherto been inaccessible. However this may be, the influence of psychic factors on pain will never be doubted.

In case of absence of demonstrable organic lesions in which certain peculiarities of character coinciding with hysterical traits are verified, it should be concluded that the person is endowed with a nervous system capable of perceiving stimuli which do not reach consciousness in others and that that person reacts with greater violence owing to special conditions of his mentality. It is even possible that in some the condition starts with simulation and then pain persists owing to involuntary fixation.

ZUSAMMENFASSUNG

Aus der Überprüfung von sechshundert Krankengeschichten von Neurose ging hervor, dass bei 44 % der Fälle der Schmerz das auffallendste Symptom darstellte. Bei vielen anderen Patienten, die jahrelang beobachtet wurden, war der Schmerz das einzige Merkmal, ohne dass auch die eingehendste Untersuchung mittels zahlreichen roentgenologischen und analytischen Prüfungen eine organische Schädigung offenbart hätte; einige Patienten wurden sogar verschiedenen Eingriffen unterzogen und der normale Zustand der vermutlich angegriffenen Organe bestätigt.

Es werden die Möglichkeiten angeführt die eine Differentialdiagnose zwischen Vortäuschung, Neurose und organischer Erkrankung gestatten.

Der Author konnte in seinen Beobachtungen die klassischen Anästhesien hysterischen Ursprungs nicht finden.

Es wird die Bedeutung des Schmerzes nach Auslegung der verschiedenen Autoren, sowie die Stellung der einzelnen Personen dem Leben gegenüber, besprochen.

Die psychische Reaktion des Schmerzes kann durch verschiedene Gemütszustände in Sinne einer Verstärkung oder Verminderung beeinflusst werden.

Die Erziehung, Ertüchtigung und Konstitution der Rasse könne die Empfindlichkeit dem Schmerz gegenüber beeinflussen.

Angesichts der Unzulänglichkeit unserer gegenwärtigen Kenntnisse und Untersuchungsmethoden, kann man nur provisorisch von Schmerzen neurotischer Grundlage sprechen und es ist durchaus möglich, dass in Zukunft Störungen aufgedeckt werden die heutzutage nicht zu er-

fassen sind. Wie es auch sei, der seelische Einfluss auf den Schmerz wird immer feststehen.

In Anbetracht dass keine beweislichen organischen Schäden vorhanden sind, hingegen aber gewisse nachweisbare Charaktereigenarten bestehen, die mit den hysterischen Zügen zusammentreffen, muss gefolgert werden, dass diese Menschen wahrscheinlich ein Nervensystem besitzen welches sie befähigt Reize zu empfangen die anderen nicht zum Bewusstsein kommen, so dass sie dann durch besondere Zustände ihrer Mentalität mit grösserer Heftigkeit reagieren. Bei anderen beginnt es möglicherweise mit einer Vortäuschung, die dann später den andauernden, unwillkürlich fixierten Schmerzen den Platz überlässt.

RÉSUMÉ

Sur 600 histoires cliniques de névrose sous révision, le symptôme douleur se présenta chez le 44 %, comme le plus saillant. Bien d'autres malades, suivis pendant plusieurs années, accusèrent des douleurs comme unique manifestation, sans que l'exploration minutieuse, avec de multiples examens radiologiques et analytiques découvrent une lésion organique; certains furent soumis à de différents opérations y observant la normalité des organes que l'on croyait atteints.

On expose les possibilités de faire un diagnostic différentiel entre simulation, névrose et maladie organique.

Dans l'expérience de l'auteur les classiques anesthésies hystériques ne se présentèrent pas.

On fait une révision de la signification de la douleur, selon l'opinion de divers auteurs et attitude de chaque individu vis à vis de la vie.

La réaction psychique à la douleur peut être influencée par les différents états d'esprit, l'augmentant dans les uns et la diminuant dans les autres. L'éducation, l'entraînement et la constitution raciale influencent la sensibilité à la douleur.

L'acceptation des douleurs névrosiques ne peut être que provisoire vue l'insuffisance de nos connaissances et moyens d'exploration. Il est possible que l'on découvre plus tard des altérations aujourd'hui inaccessibles; de toutes façons l'influence du psychisme sur la douleur sera toujours certaine.

En vue de la non existence de lésions organiques démontrables et la comprobation de certaines particularités de caractère qui coïncident avec les traits hystériques, nous devons tirer la conclusion que ces individus sont probablement doués d'un système nerveux capable de percevoir des stimulus que chez des autres n'arrivent pas à la conscience et qui, pour des raisons spéciales de leur mentalité, réagissent plus violemment. Il se peut que d'autres commencent par une simulation et, après, les douleurs persistent par fixation involontaire.

LA REPRESENTACION GRAFICA DE LOS PROTEINOGRAMAS EN LA CLINICA

Aportación personal.

T. CERVIA y F. FERNÁNDEZ-VICTORIO.

Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife.

Director: T. CERVIA.

Hospital Insular Central.

Santa Cruz de Tenerife. Canarias.

La determinación de la cifra de proteínas del plasma y su fraccionamiento constituye hoy una técnica rutinaria de laboratorio en la clínica actual y, por tanto, para el práctico, de manejo cotidiano.

De los métodos propuestos el más generalizado en la clínica es la electroforesis en papel, aunque unos pocos, a falta de esta instalación, sigan utilizando las precipitaciones químicas y quienes para la investigación científica más rigurosa recurren a métodos más complicados y exactos.

Nuestro objetivo actual es simplemente facilitar en la práctica el conocimiento y lectura de

Por esto, insistimos una vez más en que todo analista, al dar cualquier resultado, debe dar a conocer el método por el cual se ha determinado.

La lectura de estos resultados es engorrosa. Siempre se ha procurado algún método gráfico para hacerlo más fácilmente ostensible, evitando memorizar cifras.

La orientación sobre el mismo papel, como hacen algunos, exige gran experiencia, y así y todo sólo se obtiene una impresión aproximada

Proteínas totales	= 6,82 gr. %
Albumina	= 4,20 "
Globulina alfa 1	= 0,12 "
" alfa 2	= 0,68 "
" beta	= 0,70 "
" gamma	= 1,12 "

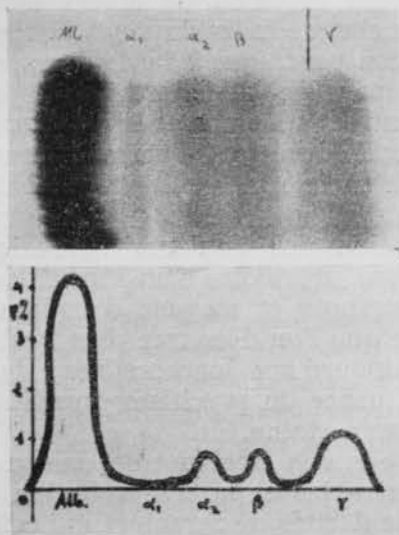


Fig. 1.

los resultados conseguibles, contribuyendo así modestamente a extender la zona de difusión de estos interesantes métodos.

Las cifras normales para las proteínas de la sangre determinadas según los métodos electroforéticos y químicos tienen algunas diferencias.



Fig. 2.

de la realidad, sin cifras y sujetas a indudables equívocos. Es una valorización subjetiva, desaconsejable, sólo válida para determinaciones urgentes y provisionales, pendiente siempre de confirmar.

Es generalmente seguido el método utilizado y difundido por WUHRMANN y WUNDERLY de unas curvas que expresan con su altura las cifras de las respectivas proteínas (fig. 1, III). Es más gráfica, sin duda; pero como el dintel de normalidad de cada proteína está en diferente escalón, se requiere retener fielmente los perfiles normales y tener cierta experiencia para valorar pequeñas alteraciones.

Ante estas dificultades, ideamos un método gráfico donde todas las cifras normales pudieran reducirse a una misma zona, siendo así más fácil observar la desviación de ella en cualquier sentido. Ya elaborada y en uso nuestra idea, comprobamos tres años después cómo KANAGANA en el Japón el primero y SAIFERS, ORESKES y VOLK luego en Norteamérica, habían tenido análoga idea, y con nuestro primitivo esquema, y aprovechando algo de los autores citados, hemos elaborado nuestro Seroproteinograma o Plasmoproteinograma (según se haga la determinación, en suero o plasma), y que vamos a describir a continuación.

En la figura 2 va nuestro esquema. En el centro del cuadro va una zona enmarcada por unas

líneas paralelas desbordadas por una zona oscura más difuminada en la que figuran las cifras que se reputan como normales para cada renglón y por determinación electroforética (que es la que nosotros usamos).

Esta doble determinación de la zona normal con rayas y con sombra al mismo tiempo, es para significar que no hay limitación exacta entre lo normal y patológico, pues todo es relativo. A la cura más difuminada, en la que figuran las cifras más bajas y a la derecha aquéllas que la superan. Igual podría hacerse con la gráfica poniendo la zona normal horizontal, por encima las elevaciones y por debajo los descensos.

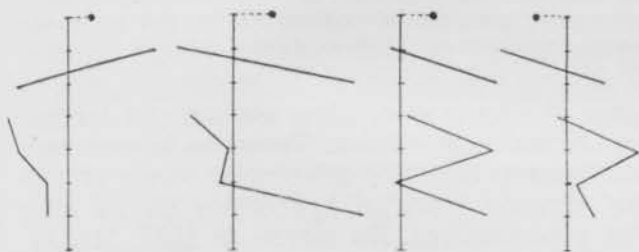


Fig. 3.

El perfil proteínico en cada caso lo expresamos con tres elementos: un punto, una línea recta y otra quebrada. El punto señala el nivel total de proteínas: él solo es suficientemente expresivo. La línea recta marca la relación albúmina/globulinas; según la inclinación de esta línea, es fácil enjuiciar este cociente: si el péndulo va hacia la izquierda predominan las albúminas, y si a la derecha, las globulinas; si es perpendicular, el cociente es 1. La línea quebrada marca las distintas proporciones de las diferentes globulinas de manera fácilmente comprensible hasta para los más profanos.

En la figura 3 mostramos varias siluetas de algunos casos en los que destaca la objetividad de nuestra gráfica.

Desde hace más de tres años empleamos a plena satisfacción en nuestra Clínica hospitalaria y privada estos esquemas, lo que nos mueve a darlos a conocer por si pudieran ser de utilidad para otros.

RESUMEN.

Se describe un nuevo método gráfico de expresar los resultados de los electroforetogramas de proteínas sumamente claro y expresivo.

SUMMARY

A new, extremely clear, graphic method of expressing the results of protein electrophoretograms is described.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird eine neue, äusserst klare und ausdrucksvolle graphische Methode zur genauen Angabe der Ergebnisse des Proteinelektrophoretogrammes beschrieben.

RÉSUMÉ

Description d'une nouvelle méthode graphique, pour exprimer les résultats des électrophorétogrammes de protéines, très claire et expressive.