

## Neuralgia de la pared abdominal \*

Por el Dr. JORGE FLORES ESPINOSA,  
académico de número

En relación con el diagnóstico y tratamiento de los estados dolorosos abdominales se debe siempre tener en cuenta, como lo señaló Carnet (1), la posibilidad de que exista **neuralgia de la pared**, es decir, que el dolor se origine por irritación de los nervios parietales y no precisamente en las vísceras, como estamos acostumbrados a buscarlo.

Desde los trabajos de Mackensie (2) y de Head (3) se ha señalado la existencia de un dolor visceral "referido", es decir, que por reflejo víscero-sensitivo se manifiesta en áreas cutáneas (dermatomas) de distribución muy especial para cada víscera. En la figura 1 se podrán apreciar los dermatomas de órganos abdominales tal como los ha representado esquemáticamente Rehfuss (4). De acuerdo con estas teorías, el estímulo doloroso originado en una víscera llegaría hasta la médula por medio de los nervios vegetativos, creando en ella una zona "irritable", según el concepto de Best y Taylor (5), que produciría el reflejo doloroso hasta un territorio somático.

Las teorías de Mackensie han sido muy discutidas y Morley ha iniciado una controversia al señalar que los dolores viscerales están relacionados con la irritación del peritoneo parietal, cuya inervación es somática, teniendo, por lo tanto, receptores nerviosos de los estímulos dolorosos, semejantes a los de la piel.

Cualquiera que sea la explicación que se acepte para los dolores viscerales, es indiscutible que la mayoría de los médicos al explorar a un enfermo que se queja de dolor abdominal, piensan inmediatamente en alguna víscera y tratan de explicar el dolor por alteraciones funcionales u orgánicas siempre viscerales. Se piensa muy poco en los dolores de origen parietal, que son bastante frecuentes y sobre los cuales voy a referirme.

La pared abdominal está inervada por los seis últimos pares intercostales y en su parte más baja también por el primero lum-

---

(1) Trabajo de ingreso como socio de número, en la sección de Medicina General. Leído en la sesión del 10. de agosto de 1945.

bar. Todo proceso patológico que afecte uno o varios troncos nerviosos o sus ramificaciones podrá originar dolor que el paciente refiere a alguna porción de las caras anterior, lateral o posterior del abdomen.

Estos procesos podrán radicar en las raíces nerviosas, antes de su salida de la columna vertebral; en los ganglios de las raíces dorsales; en el tronco nervioso antes de que se divida o bien en las partes blandas que rodean el agujero intervertebral o el nervio en todo su trayecto. Son, pues, numerosas las condiciones patológicas en que los pares raquídeos que nos interesan pueden ser comprimidos o irritados en cualquiera de sus porciones. (Figuras 2, 3, 4 y 5).

Judovich y Bates (6), cuyo libro sobre **neuralgia segmentaria** nos ha servido como base para este estudio, concretan en el siguiente cuadro los factores habituales susceptibles de producir el dolor parietal.

Las observaciones de estos autores están inspiradas en el trabajo original de Carnet.

#### CAUSAS COMUNES DE NEURALGIA PARIETAL

##### **Infecciones:**

- a) De las vías respiratorias superiores (muy frecuentes).
- b) Focales agudas.

##### **Traumatismos:**

- a) Directos.
- b) Indirectos.

##### **Defectos posturales:**

- a) Escoliosis.
- b) Lordosis.

##### **Artritis de la columna vertebral.**

Como causas menos frecuentes se incluyen:

Neoplasias malignas.

Lesiones intraespinales compresivas.

Herpes Zoster.

Diabetes.

Caries vertebral.

Sífilis.

Tuberculosis pulmonar.

Síndrome del escaleno anterior.

Envenenamiento químico.

Discrasias sanguíneas.

Lesiones locales.

NEURALGIA DE LA PARED ABDOMINAL

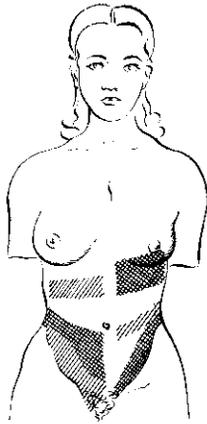


Fig. 1.—Localización de las áreas de Head.

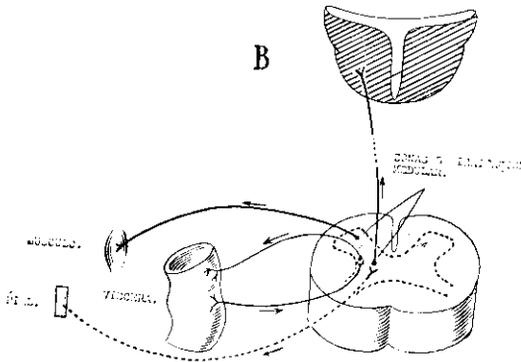


Fig. 2.—Esquema de un par raquídeo.

NEURALGIA DE LA PARED ABDOMINAL



Fig. 3.—Distribución anterior de los nervios periféricos.



Fig. 4.—Distribución lateral de los nervios periféricos



Fig. 5.—Distribución posterior de los nervios periféricos.

Entre todas estas causas hemos encontrado con mayor frecuencia en nuestra serie de casos, los defectos posturales y las artritis de la columna vertebral. Entre los defectos posturales, como más importantes señalamos la diferencia de longitud de los miembros inferiores y los pies planos, así como el *hallux valgus* y el síndrome de Morton (7).

El reconocimiento de la causa del dolor, en un caso determinado, es de gran trascendencia, pues al no identificar el proceso parietal se piensa en uno visceral y no es raro que se trate de resolver por medio de la cirugía el problema. Muchos apéndices, vesículas y hasta estómagos han sido extirpados por el cirujano sin ningún resultado para corregir el dolor, que persiste igual, si no es que aumentado después de la intervención.

El dolor parietal tiene, por fortuna, caracteres bien definidos que permiten su identificación en la inmensa mayoría de los casos. Al estudiar su localización, carácter propio, intensidad, irradiaciones, pueden obtenerse por el interrogatorio datos importantes para sugerir la existencia de un estado neurálgico. Por lo general, el dolor es de carácter ardoroso, como quemadura, aun cuando esto no es absoluto y no podemos hablar de "causalgia" como lo hace Livingston (8), pues el enfermo puede referirlo de la manera más variada; sin embargo, sí tiene interés que se acompañe de parestesias: adormecimiento, hormigueo, piquetes, etc., y que sus irradiaciones sigan el trayecto de los nervios afectados. Por lo tanto, no es raro que se acompañe de dolor de "cintura", de "riñones" o bien de ciática o de neuralgia crural. Estos dolores, que tan frecuentemente son considerados como reumáticos simplemente, sin ahondar en su etiología, reconocen la misma causa que el dolor de la pared anterior abdominal, es decir, la irritación de uno o varios nervios periféricos.

El estudio de este tipo de enfermos fué iniciado por mí en junio de 1944, habiendo tenido oportunidad de estudiar desde esa fecha hasta el 15 de junio de 1945, 476 enfermos de clientela particular, entre los cuales me fué posible identificar el dolor parietal en 74, lo cual hace el 15% de todos los casos vistos por mí en ese tiempo. He incluido algunos casos del Hospital General por ser absolutamente típicos. Este porcentaje me parece bastante grande e indica la frecuencia de este tipo de dolor. Por lo tanto, creo que la búsqueda

sistemática de los signos que lo identifican debe hacerse en todo enfermo que se queje de dolor abdominal.

Naturalmente que estos procesos dolorosos no están circunscritos a la pared abdominal y también en el tórax pueden encontrarse; pero me ha parecido más sugerente hacer su diagnóstico diferencial con los padecimientos viscerales del abdomen.

El carácter más importante para la identificación del dolor parietal radica en la existencia de **hiperestesia cutánea**. Con respecto a ello debo insistir en que los tratados de patología hacen referencia frecuente a este signo, pero lo señalan como característico de la reacción peritoneal. De tal manera que estamos acostumbrados a considerarlo en el diagnóstico de los vientres agudos; su asociación con la defensa muscular y la abolición de los reflejos cutáneos tiene gran valor para demostrar la irritación del peritoneo. En los casos crónicos la cosa cambia y la causa más frecuente de **hiperestesia cutánea**, como hemos podido confirmarlo en todos nuestros casos, ha sido la **neuralgia de la pared**.

Para poder descubrir la hiperestesia de la piel se pueden seguir dos procedimientos, señalados con toda claridad en las fotografías. El primer paso consiste en hacer frotamientos suaves de la piel, usando un instrumento romo que se desliza sucesivamente en las diversas regiones abdominales, no sólo de su cara anterior sino también de las laterales y posterior. (Fig. 6). Esta exploración acostumbro iniciarla en la cara anterior del tórax, pues es frecuente encontrar enfermos que tienen dos zonas neurálgicas contralaterales, es decir, una del lado izquierdo subclavicular y otra abdominal del lado derecho. Esto se presenta en las escoliosis de doble curvatura, que pueden comprimir los nervios superiores de un lado y los inferiores del otro.

La **hiperestesia cutánea**, explorada con el frotamiento de la piel, se presentó con toda claridad en 37 de los casos, o sea el 50% de enfermos que tuvieron neuralgia abdominal. En todos ellos fué posible demostrar la irritación superficial de los nervios por medio del pellizcamiento de piel y tejido celular subcutáneo, como aparece en la figura 7. Con esta maniobra se pone de manifiesto la sensibilidad superficial de un modo perfectamente claro. Existen varios casos en nuestra serie que tenían asociados dos procesos patológicos: uno visceral y el otro parietal por defecto postural. En

NEURALGIA DE LA PARED ABDOMINAL

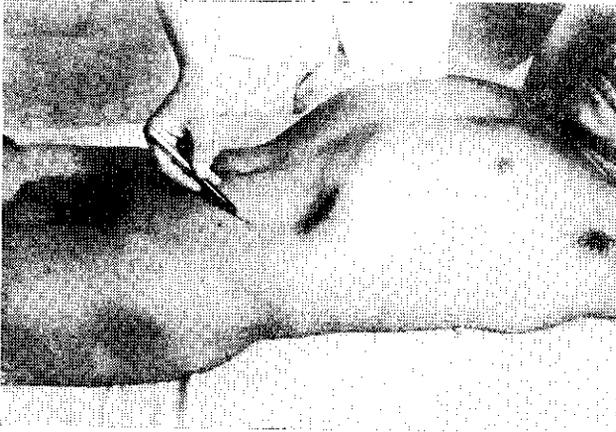


Fig. 6.—Exploración de la hiperestesia cutánea.

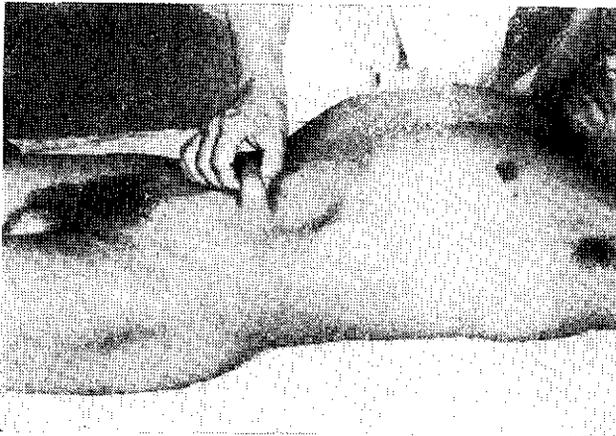


Fig. 7.—Exploración de la hiperestesia cutánea.

NEURALGIA DE LA PARED ABDOMINAL

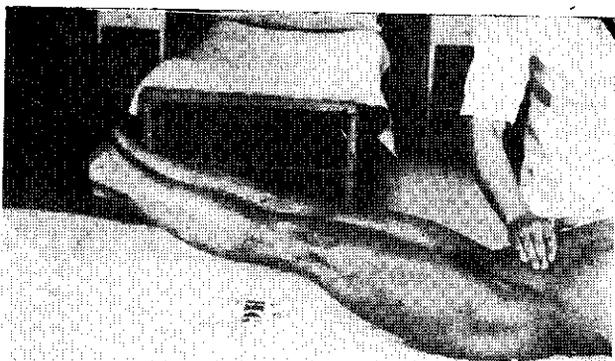


Fig. 8.—Exploración de la sensibilidad profunda.

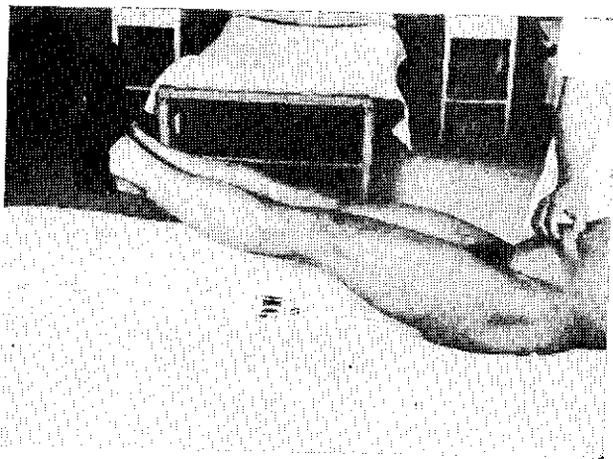


Fig. 9.—Exploración de la sensibilidad profunda.

ellos la exploración aclaró la participación relativa de cada uno en la producción del dolor.

El siguiente caso es demostrativo absolutamente de esta posibilidad. El enfermo J. L. es mandado a consulta por el Dr. Pedro Arnaud, pues habiéndole identificado clínica y radiológicamente **úlcera duodenal** en julio de 1944, lo somete a tratamiento médico de su lesión, logrando mejoría considerable y desaparición del nicho ulceroso en las radiografías tomadas por el Dr. Coqui en septiembre del mismo año. El enfermo queda bien hasta febrero de este año en que de nueva cuenta presenta dolor epigástrico, que él nota es un poco distinto del que tuvo anteriormente, pues no es modificado por los alimentos y es casi constante. El Dr. Arnaud piensa que es una recaída de su úlcera y lo somete a tratamiento con dieta, alcalinos, amino-ácidos y vitaminas como la primera vez, sin obtener ningún alivio a pesar de que sostiene la terapéutica hasta mayo, cuando tengo la oportunidad de explorarlo. A primera vista, es un enfermo ulceroso y pienso que existe alguna complicación de su lesión; pero la exploración física me aclara el origen de su molestia al descubrir hiperestesia cutánea en el trayecto del 10°. par intercostal izquierdo. Ya sobre la pista de un estado neurálgico parietal confirmo que existe diferencia en la longitud de ambos miembros, siendo más corto en un centímetro el inferior derecho. La radio de columna vertebral no demuestra ninguna lesión y la corrección del defecto postural con un tacón adicional, resuelve el problema. En este caso existió demostrada una lesión visceral (**úlcera duodenal**) y un defecto postural que acarrea **neuralgia del 10°. par intercostal izquierdo**.

La exploración física debe continuarse buscando la sensibilidad profunda de la pared, para lo cual es necesario hacer presión sobre los músculos contracturados. Recurrimos a la maniobra de Smith y Bates (9) representada en la figura 8, que consiste en hacer levantar ambos miembros inferiores sin doblar las rodillas, con lo cual se logra contraer enérgicamente los músculos de la pared; en este momento se hacen dos maniobras: pellizcamiento y presión profunda (figuras 8 y 9). Tratándose de dolor parietal la maniobra demuestra que persiste y aun aumenta al palpar o pellizcar la pared con los músculos contraídos, mientras que, en caso de dolor visceral, disminuye o desaparece del todo en las mismas condiciones.

Tuvimos una causa de error en la interpretación de este signo; pero fué en un caso raro de hemorragia con hematoma consecutivo de la vaina posterior del recto anterior del abdomen, que producía dolor y tumoración en el flanco derecho; tanto el dolor como la tumoración desaparecían al explorar el vientre con los músculos contraídos, pues quedaban separados de la mano por estar atrás del músculo simulando un proceso intra-abdominal. Sin embargo, en todos los demás la exploración en la forma descrita bastó para diferenciar claramente los procesos superficiales de la pared, de los viscerales.

Es posible, y de esto tuvimos varios casos en nuestra serie, que existan asociados procesos parietales y viscerales en los cuales la exploración produce dolor tanto superficial como profundo. En ellos es relativamente fácil reconocer la causa visceral: apendicitis, colecistitis, colitis, úlceras gastroduodenales, etc.; pero la superficial queda insospechada y el tratamiento es incompleto.

Con respecto a este aspecto del problema debemos señalar la opinión de W. Alvarez (10) con relación al ardor epigástrico que frecuentemente señalan los enfermos y que es considerado como signo indudable de un trastorno en la secreción gástrica, correspondiendo por lo general a hiperclorhidria y señalándose, por lo tanto, como signo frecuente en las úlceras. El mismo autor refiere varios casos en los cuales se hizo resección quirúrgica de la lesión ulcerosa, a pesar de lo cual el ardor no se modificó en lo absoluto. En tales condiciones Alvarez cree que dicho síntoma debe ser tomado como manifestación de neurosis.

De acuerdo con nuestras propias observaciones, es posible pensar que el ardor esté más bien relacionado con un tipo de neuralgia parietal, que pasa inadvertida para el médico y prefiere refugiarse en ese concepto vago de las neurosis al no encontrar una explicación satisfactoria.

La exploración física, una vez que se ha explorado la pared en la forma que indicamos, seguirá con la exploración de las vísceras, teniendo en cuenta las orientaciones diagnósticas recogidas por el interrogatorio para buscar los puntos dolorosos y hacer las maniobras adecuadas a cada órgano en particular.

En todos los casos, una vez que se ha acabado de palpar, percudir y auscultar en caso necesario el abdomen, se debe explorar la

## NEURALGIA DE LA PARED ABDOMINAL

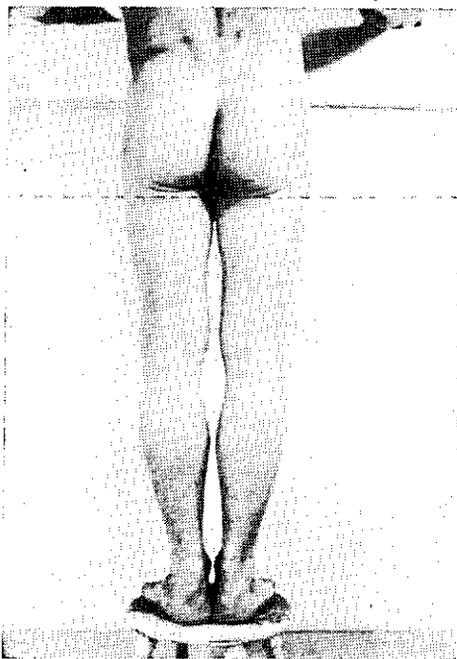


Fig. 10.—Diferencia de nivel de los pliegues glúteos.

columna vertebral tal como lo recomienda Adams (11), primero de pie y luego sentado el paciente, haciendo los movimientos de flexión, extensión, rotación y lateralidad, así como buscando las desviaciones, la rigidez, la contractura muscular, el dolor provocado a la presión en las apófisis espinosas y también en los puntos de Valleix; para terminar con la inspección y palpación de los miembros inferiores, en los cuales radica con frecuencia la causa del dolor.

Un proceso muy frecuente es la diferencia de longitud de ambos miembros inferiores, que puede ser fácilmente apreciada haciendo la inspección general del sujeto, con lo cual se nota que puede existir asimetría de los hombros estando uno más bajo que el otro; a la marcha es posible notar cierto grado de cojera, aun cuando esto haya pasado inadvertido para el enfermo y se sorprenda cuando se le hace notar; por último, la inspección de los pliegues glúteos, con el paciente de pie, con los talones juntos y descalzo, tal como se aprecia en la figura 10, permite apreciar la diferencia de longitud, al fijar que uno de los pliegues está más bajo que el otro. Esta observación debe hacerse viendo los pliegues en un plano tangencial, para poder captar con claridad aun las diferencias muy pequeñas que podrían quedar desconocidas si no se hace con cuidado la exploración.

La diferencia de longitud de los miembros inferiores es susceptible de originar dolores de la pared abdominal por neuralgia, dado que, habitualmente y tarde o temprano, provoca una desviación de la columna vertebral con compresión de los nervios raquídeos a su salida por el agujero de conjugación y la neuralgia correspondiente, que puede ser desencadenada por alguna infección asociada, especialmente de las vías respiratorias superiores. Por este motivo hay que investigar, por el interrogatorio, si el principio del dolor ha coincidido con rinitis o amigdalitis agudas, pues los enfermos se asombran de que el dolor se origine por un defecto postural dado que piensan que debería existir de un modo constante. Esto es muy variable y la molestia puede ser producida por un traumatismo directo o indirecto, por infecciones agudas y también por infecciones crónicas generales, como la sífilis o la tuberculosis, así como por la diabetes.

Entre las causas que pueden producir un acortamiento de uno

de los miembros inferiores, Straub y sus colaboradores (12) señalan las siguientes:

1. Poliomiелitis.
2. Traumatismos epifisarios.
3. Fracturas.
4. Tuberculosis de la cadera.
5. Osteomielitis.
6. Hemangioma.
7. Osteítis fibro-quística.
8. Liposarcoma.
9. Deformidades congénitas.
10. Coxa Vara.
11. Pseudo-artrosis congénita.
12. Luxación congénita de la cadera.
13. Acortamiento congénito.
14. Espina bífida.
15. Hemiplejía espástica.

Naturalmente que se refieren a los acortamientos muy acentuados que, de no ser corregidos, acarrearán una cojera permanente y muy aparente. Entre nuestros enfermos no nos referimos a las diferencias de longitud muy marcadas, pues bastan diferencias insignificantes (la menor de medio centímetro) para producir **neuralgia de la pared abdominal**. En muchos de ellos el defecto postural que esto acarrea no se manifiesta por modificaciones importantes de la columna vertebral, de tal manera que la exploración radiológica de ella no añade datos fundamentales para el diagnóstico; sin embargo, es habitual que produzca un grado más o menos acentuado de escoliosis, suficiente para explicar el dolor parietal.

El mismo proceso que acabo de describir se origina en caso de pies planos, simples o complicados con el síndrome de Morton, pues acarrean también defectos posturales que repercuten sobre la columna vertebral y más tarde sobre los nervios raquídeos. La inspección del arco plantar sirve, en la mayoría de los casos, para darse cuenta de las modificaciones que puede tener el estado patológico; pero esta exploración puede ser completada, para mayor exactitud, con el procedimiento radiológico de Kaplan y Symonds (13), que permite descubrir aun los grados mínimos de la deformidad.

En todos los casos en los cuales la exploración física ha demostrado la posibilidad de que exista **neuralgia de la pared abdominal** y, para ser más completos, también de la **pared dorsal o de los miembros**, es necesario estudiar radiológicamente la columna vertebral, recordando según el análisis de Oppenheimer (14), los elementos de diagnóstico que deben tomarse en consideración, a saber:

1. Enfermedades del hueso vertebral (espóndilo-osteítis).
2. Enfermedades de las sínfisis vertebrales.
3. Enfermedades de las articulaciones vertebrales (espóndiloartritis).
4. Enfermedades de los ligamentos.

Por lo consiguiente, habrá que estudiar las placas radiográficas detenidamente, analizando cada uno de los elementos mencionados.

En la imposibilidad de consignar todos los casos que nos han servido de base en este estudio, adjunto las historias más características:

La Sra. M. F. de R., de 48 años de edad, consulta por dolor en el hipocondrio derecho, constante, exacerbado en forma violenta con cierta frecuencia, irradiado al dorso y al hombro del mismo lado. **No se acompaña de síntomas digestivos** y aumenta con el ejercicio. Dada su localización, se diagnostica **colecistitis crónica** y el médico que la atiende en provincia le recomienda venir a la capital y hacerse un estudio radiográfico. Las primeras placas que se tomaron me fué imposible conseguirlas, pero en ellas el radiólogo asentó un diagnóstico de litiasis biliar, pues, según su informe, observó sombras intravesiculares calculosas. Con este informe un médico le propone operación, que no es aceptada por la enferma, prefiriendo irse una temporada a Tehuacán, donde se le diagnostica colitis por un médico local, recetándole calomel y vacunas intestinales. No habiendo obtenido ninguna mejoría, la paciente regresa a esta ciudad y me es llevada a consulta por uno de sus hijos, médico y discípulo mío. La primera impresión es de una enferma vesicular, pues son dolorosas todas las zonas correspondientes a la vesícula; sólo que el dolor es constante y, además, al explorar la sensibilidad superficial con la enferma de pie, encuentro que existe dolor al pellizcamiento en una zona correspondiente a los 7o., 8o. y 9o. pares inter-

costales derechos. Con la maniobra de Smith y Bates se confirma que existe hiperestesia cutánea, por lo cual se insiste en el estudio radiológico, ya no sólo de vesícula biliar, sino también de columna vertebral en anteroposterior y lateral con foco en 9a. vértebra.

En las placas adjuntas podrán observarse con toda claridad las placas colecistográficas que revelan vesícula visible, bien concentrada, con gases que simulan cálculos, pero que desaparecen después de la comida de Boyden, la cual logró un vaciamiento aceptable; por lo tanto, la vesícula puede ser considerada como normal (figura 11). En las placas de la columna pueden observarse, también con toda claridad, los osteofitos en "pico de loro" que propiamente unen los cuerpos vertebrales entre sí y que se hacen mucho más aparentes en las radios laterales (figuras 12 y 13). Estas deformaciones vertebrales dominan precisamente del lado derecho, y corresponden con exactitud a las zonas dolorosa e hiperalgésicas de la enferma. El **dolor de hipocondrio derecho**, confundido en este caso con **litiasis biliar**, corresponde en realidad a **neuralgia segmentaria** provocada por osteo-artritis vertebral, debida, a su vez, a defecto postural, pues ambos pies tenían el arco plantar caído. El tratamiento con calcio, fósforo, vitamina D y soportes plantares, adicionado al principio de vitamina B 1, logró mejorar a la enferma mucho más rápidamente que todos los tratamientos biliares y hepáticos a que estuvo sometida durante 4 años.

El segundo caso es de A. V., enfermo que se internó en un pabellón de cirugía del Hospital General, con el diagnóstico de apendicitis crónica, pues se quejaba de dolor sordo, constante, en la fosa ilíaca derecha. Sometido a intervención quirúrgica para extirparle el apéndice, se encuentra que las lesiones inflamatorias son mínimas y que no bastan para explicar el dolor que, por otra parte, se repite con igual intensidad después de la apendicectomía. Por sugerencia del Dr. Romo Díez, que conocía mis trabajos al respecto, se le manda hacer 15 días después de operado, una radiografía de columna vertebral, obteniéndose las placas siguientes:

En la primera es fácil advertir que existe una marcada deformación de la columna lumbar, dependiente de la existencia de **hemi-vértebra**, situada inmediatamente abajo de la tercera lumbar (figura 14). Por encima de ella se aprecia escoliosis de convexidad a la derecha que explica perfectamente la compresión de los nervios

NEURALGIA DE LA PARED ABDOMINAL

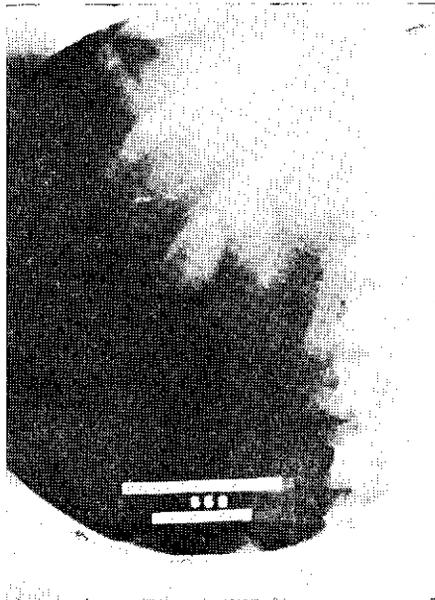


Fig. 11.—Enferma M. F. de R.—  
Colecistograma normal

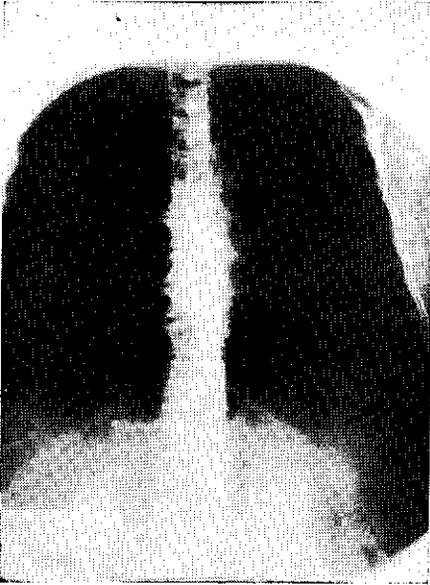


Fig. 12.—Enf. M. F. de R.—Deformaciones osteofíticas en placa frontal.



Fig. 13.—Sra. M. F. de R.—Placa lateral de la columna vertebral.

NEURALGIA DE LA PARED ABDOMINAL

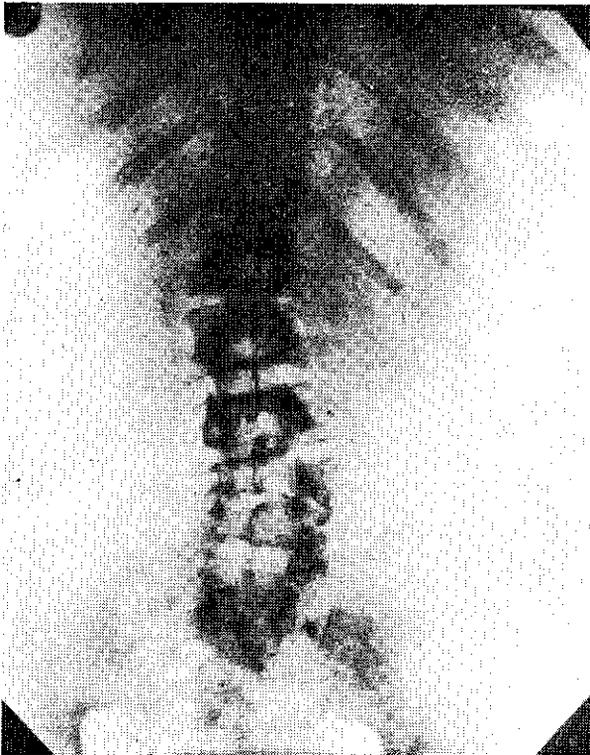


Fig. 14.—Enf. A. V.—Hemivértebra  
a la altura de la 4a. lumbar.



Fig. 15.—Acortamiento del miembro inferior derecho.

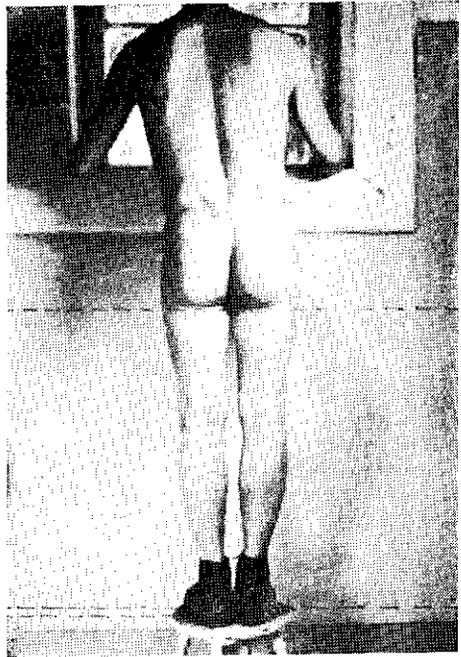


Fig. 16.—Acortamiento corregido con tacón adicional.

de la pared, responsable del dolor confundido en un principio con **apendicitis crónica**.

El tercer caso no es menos demostrativo. Se trata de un enfermo internado en el Pabellón 20 del Hospital General con el diagnóstico de **colitis crónica**, pues se queja, desde ocho meses antes de su internamiento, de dolores abdominales, dominantes en el hipocóndrio y flanco izquierdos, que sugieren inflamación del colon. Por el interrogatorio puede confirmarse que, además de los dolores abdominales, tiene molestias en la parte posterior de la pierna y muslo izquierdos en el trayecto del ciático, y también en la región subclavicular derecha. En todas estas regiones fué posible demostrar, por medio del pellizcamiento, la existencia de hiperestesia cutánea, por lo cual se exploraron la columna vertebral y las extremidades inferiores con minuciosidad. Los hallazgos son muy aparentes en la figura 15, en la cual se aprecia la marcada diferencia de altura de los pliegues glúteos: 2 centímetros más alto el izquierdo que el derecho. Además, es fácil advertir la marcada desviación de la columna vertebral con doble curvatura, lo cual explica la existencia de zonas hiperalgésicas contralaterales en el tórax y en el abdomen.

La realidad del acortamiento del miembro inferior derecho puede ser confirmada en la figura 16, en la cual el enfermo lleva un tacón adicional en el zapato derecho, que eleva el miembro correspondiente los dos centímetros que le faltan. Con esta elevación los pliegues glúteos quedan horizontales y la escoliosis mejora bastante. El tratamiento complementario, sobre el cual voy a hacer algunas consideraciones, curó al enfermo de sus dolores.

El tratamiento de la neuralgia de la pared, tanto costal como abdominal, tiene que ser muy variable según las diversas causas que pueden originarla, correspondiendo buena parte de ellas a medidas ortopédicas como: uso de soportes plantares especiales, tales como el recomendado por Bingham (15) para el síndrome de Morton; tacones adicionales para igualar los miembros inferiores, debiendo también aumentar el grosor de la suela cuando la diferencia sea mayor de 2 centímetros y medio; enyesados de la columna o corsés especiales como el de Taylor; ejercicios para mejorar los defectos posturales; posición durante el reposo, corregida por medio de tablas de madera interpuestas entre el colchón y el tambor de resortes de la cama, tal como lo recomienda Lewin (16); interven-

ciones quirúrgicas para corregir la escoliosis; o bien tratamientos adecuados para el tipo de artritis de la columna vertebral que exista en el enfermo en estudio: podrán ser las sales de oro, el calcio, las dosis altas de vitamina D, la vitamina B 1, el yodo, el azufre, etc.

Por lo tanto, será el estudio completo de las condiciones de cada caso, el que permitirá imponer el tratamiento que se considere adecuado. Sin embargo, en algunos casos y de acuerdo con las experiencias de Judovich y Bates (17), mientras se logra modificar un defecto postural o mejorar la artritis, se puede recurrir a las infiltraciones paravertebrales de los nervios afectados con la solución de sales de amonio.

He utilizado en 27 casos la solución de sulfato de amonio al 0.75 por ciento con 1 por ciento de procaína. La inyección se hace a 3 centímetros de las apófisis espinosas de las vértebras dorsales y a 3.5 ctms. de las lumbares, para caer precisamente sobre la porción en que el nervio se hace más superficial. En las dorsales se utilizan las costillas como punto de referencia, recordando que es en su borde inferior donde hay que hacer la infiltración. Para los pares lumbares se deben tomar las apófisis transversas como punto de referencia.

En nuestros casos usamos al principio la solución sin anestésico, pero era muy dolorosa, por lo cual preferimos asociarla a la procaína al 1 por ciento, con lo cual es bastante tolerable. Generalmente inyectamos 5 c.c. de la solución para cada nervio que se quiere infiltrar. Nunca hicimos más de 6 infiltraciones o sea un total de 30 c.c. de la solución, en una sola sesión. Cuando los nervios afectados eran varios, dejábamos pasar una semana antes de infiltrarlos todos. En algún caso del Dr. A. A., le hice 24 infiltraciones, a razón de 6 por semana, sin que llegara a presentar ningún fenómeno tóxico.

Observé en todos los enfermos una reactivación muy violenta del dolor, que obligó en varios de ellos al uso de morfina por 24 horas después de la infiltración. Una vez que ha pasado este período, que nunca se prolongó más allá de 48 horas, el dolor disminuye de intensidad o desaparece del todo como en el caso de la Sra. P. B. de L. L., de 29 años, en la cual existía hiperestesia en el territorio de los 9o., y 10. y 11o. pares intercostales izquierdos, que había sido confundida anteriormente con lesiones ginecológicas y

con tosis del colon, por lo cual se le había sometido a dos intervenciones quirúrgicas que la habían empeorado en lugar de mejorarla. Después de confirmar que se trataba de neuralgia de la pared abdominal, originada por acortamiento del miembro inferior izquierdo y por pies planos, hice la infiltración de los nervios doloridos usando la solución de sulfato de amonio en la forma indicada. El dolor se aumentó considerablemente después de 48 horas para desaparecer por completo al cabo de ese tiempo. A los tres días, la señora podía jugar boliche y hacer ejercicios más o menos violentos sin tener molestia alguna. El efecto analgesiante de la solución persistió por espacio de 2 meses, al cabo de los cuales hubo necesidad de repetir la infiltración con resultado muy satisfactorio.

En otros casos ha bastado una sola infiltración para hacer desaparecer el dolor, que no había calmado con ninguno de los analgésicos habituales, sin tener necesidad de repetirla.

El tiempo que dura la analgesia es suficiente para mejorar las condiciones que desencadenaron la neuralgia, permitiendo al enfermo estar sin sufrimientos mientras se le corrige o se mejora su condición patológica. Los estudios experimentales que hicieron posible el uso de las sales de amonio (indistintamente sulfato o clorhidrato) partieron de las observaciones originales sobre el efecto antidoloroso de los extractos de la planta **Sarracinea Purpúrea**, en los cuales fué posible demostrar la existencia de sales de amonio. El uso de ellas por Stewart, Hughes, Judovich y Walti (18), tanto desde el punto de vista experimental como clínico, confirmó que las sales de amonio, cloruro o sulfato, tenían efecto sobre el dolor de tipo neurálgico, siendo sin efecto sobre los dolores de origen visceral o simpático y considerando que su acción depende de los iones amonio de las sales mencionadas.

La solución usada en mis enfermos fué preparada por el Sr. Kutz de los Laboratorios Hormona para experimentación clínica, con los resultados semejantes a los que obtuvieron sus iniciadores.

Sólo usamos la solución en casos de dolor persistente, rebelde a otra terapéutica y, por lo tanto, no fué necesario practicar las infiltraciones en enfermos que rápidamente reaccionaban a la corrección postural o a otro tratamiento analgesiante.

De estas observaciones podemos concluir lo siguiente:

parece confirmar su utilidad en casos como los relatados, aun cuando se considera que el número de observaciones es demasiado corto para establecer conclusiones definitivas, por lo cual se recomienda seguir de un modo estricto las aplicaciones de esta substancia para confirmar o rechazar su utilidad.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Carnett J. B.**—Intercostal Neuralgia as a Cause of Abdominal Pain, and Tenderness. *Surg. Gyn. and Obst.* 42;625, May 1926.
2. **Mackensie.**—Citado por Lewis Th. *Pain.* MacMillan. Pág. 130. 1942.
3. **Head.**—Citado por Lewis Th. *Pain.* MacMillan. Pág. 125. 1942.
4. **Rehfuss E. M.**—Indigestion. Saunders. Pág. 36. 1943.
5. **Best H. Ch. y Taylor B. N.**—The Physiological Basis of Medical Practice. Williams & Wilkins. Pág. 838. 1939.
6. **Judovich B. y Bates W.**—Segmental Neuralgia in Painful Syndromes. F. A. Davis Co. Pág. 2. 1944.
7. **Mc. Elveny T. R.**—Morton's Toe. *Jour. Bone. Joint. Surg.* 25, 503, 1943.
8. **Livingston K. W.**—Pain Mechanisms. MacMillan. A Physiologic of Causalgia and its Related States. 1943.
9. **Smith D. W. y Bates W.**—The Surgical Significance of Abdominal Wall Pain, *Surgery*, 741, 1941.
10. **Alvarez W.**—Nervousness, Indigestion and Pain. Hoeber. Pág. 197. 1943.
11. **Adams D. F.**—Physical Diagnosis. Williams & Wilkins. Pág. 180. 1942.
12. **Straub R. L., Thompson C. y Wilson D. Ph.**—The Results of Epiphyseodesis and Femoral Shortening in Relation to Equalization of Limb Length. *Jour. Bone. Joint. Surg.* XXVII. 2. 254, Ap. 1945.
13. **Kaplan M. y Symonds M.**—Pes Planus: A Method of Mensuration. *Radiology*. 44.4.355, Ap. 1945.
14. **Oppenheimer A.**—Diseases of the Vertebral Column. A. Roentgenologic Analysis. *Am. Jour. Roent.* 53. 4. 348. Ap. 1945.
15. **Bingham R.**—Congenital Insufficiency of First Metatarsal Segment. *Jour. Am. Med. Ass.* 124. 283. Jan 29. 1944.
16. **Lewin Ph.**—Backache and Sciatic Neuritis. Lea & Febiger, Body Posture. Body Mechanics. Pág. 152. 1943.
17. **Judovich B. y Bates W.**—Ya citados (6) Págs. 216 á 223. 1944.
18. **Stewart W., Hughes J., Judovich B. y Walti A.**—Ammonium Chloride in the Relief of Pain. *Am. J. Physiol.* 129. 475. May. 1940.

## Comentario al trabajo de ingreso del Dr. Jorge Flores Espinosa

Por el Dr. MANUEL ORTEGA CARDONA

El trabajo que acabamos de escuchar presenta gran interés desde diversos puntos de vista; es el fruto de una larga y continuada labor de investigación clínica; bastaría considerar la frecuencia y complejidad de los cuadros dolorosos del vientre, para alabar cualquier intento de precisar el diagnóstico, base de toda terapéutica racional y eficaz.

El autor estudia el síntoma más conspicuo de los padecimientos del vientre: el dolor; enfocando su investigación hacia la neuralgia de la pared abdominal.

Indica la propedéutica del síntoma, anotando los signos diferenciales de la neuralgia parietal; señala después la compleja etiología del síndrome e ilustra con ejemplos de su cosecha personal, los casos mixtos en que se asocian la neuralgia parietal y una lesión visceral.

El alto porcentaje de neuralgias parietales encontrado por el autor del trabajo, pone de relieve la importancia de su punto de vista. Termina con un boceto de la terapéutica del cuadro clínico estudiado.

El estudio nos revela el esfuerzo y trabajo de su autor, por lo cual esta H. Corporación le abre sus puertas para que ocupe un sitial en la Sección de Medicina General.

Sr. Dr. don Jorge Flores Espinosa: en nombre de la Academia Nacional de Medicina doy a usted las más cordial bienvenida y hago votos porque sus futuros escritos sean el fruto sazonado de fecunda labor; que hagan honor al diploma que hoy recibe usted, y que vayan a acrecentar el patrimonio de la ciencia médica nacional.