

# REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA

Director: C. JIMENEZ DIAZ. Secretarios: J. DE PAZ y F. VIVANCO  
REDACCION Y ADMINISTRACION: Antonio Maura, 13. MADRID. Teléfono 22 18 29.

TOMO LXVI

31 DE AGOSTO DE 1957

NUMERO 4

## REVISIONES DE CONJUNTO

### EL NEUROCIRUJANO ANTE EL DOLOR \*

J. V. ANASTASIO PASTOR.

Neurocirujano.

Aún continúan afrontándose dos concepciones del dolor totalmente contrapuestas.

Una, hace del dolor una forma particular de sensibilidad al servicio, como si dijéramos, de un sexto sentido (que algunos han calificado desde antiguo de "defensivo"), dotada de receptores específicos y especializados identificables anatómicamente. Estos serían los que recogerían desde la periferia las excitaciones que se transmiten (a una velocidad mesurable) por medio de finas fibras mielínicas. Aquéllas se integran en diversos lugares del neuroeje, en articulaciones sinápticas localizadas, y son conducidas en seguida por vías cordoneales a los centros de integración o centros superiores, de los que el núcleo central posterior del tálamo figura en primer término. Quedaría ya reservada a los centros corticales la identificación de tales excitaciones, y así, la transformación de estas percepciones en sensación.

La segunda concepción no reconoce, en cambio, al dolor, especificidad alguna, ni por lo que respecta a la excitación primitiva ni en lo que refiere a las vías y circuitos que la transmiten. Hace, pues, del dolor, una sensación banal, inespecífica, que sólo se coloraría de afectividad al llegar al tálamo, y cuya identidad no se adquiere en tanto no es promovida por la autoridad de los centros que la convierten en acto consciente.

Es tanto como decir que el dolor no dispone de vías anatómicas particulares, que todas las sensaciones periféricas son susceptibles de ser dolorosas a poco que los centros superiores le presten esta cualidad. LERICHE ha inclinado sus preferencias hacia esta concepción del dolor al decir: "El dolor no es más que la interpretación cerebral de un estímulo periférico de naturaleza varia", y aún más recien-

temente: "El dolor sólo toma su cualidad en los centros."

Pero el problema no puede quedar reducido a esta antítesis, y antes de pretender encontrar una solución, conviene precisar algunos hechos de actualidad.

Por una parte, hemos de decir que todo impulso sensible no toma su verdadera cualidad, no adquiere su integración específica más que cuando los centros superiores se la confieren, en el instante en que deja de ser sensación para convertirse en percepción. Esto sería cierto no sólo para las sensaciones dolorosas, sino también para otras como las táctiles y las térmicas, como ya LIVINGSTONE observó. En este sentido, como en otros, el dolor no se singulariza.

Por otro lado, es innegable que el dolor dispone en la periferia de aparatos propios para recoger sus excitaciones. LAUDAN y BISHOP, recientemente, han confirmado las constataciones histológicas que había ya hecho VON FREY. Bajo la epidermis existe una serie de finas fibras especializadas para la captación de los estímulos dolorosos, y cuyo dispositivo está situado junto a los que representan los diversos corpúsculos sensitivos, cuyas funciones, a su vez, tampoco están tan especializadas como se les ha atribuido en el pensar clásico.

Así, pues, la especificidad para las vías de conducción no tiene, indudablemente, el rigorismo que algunos le han querido dar. ADRIAN piensa, con GASSER y otros, que es indudable la individualidad fisiológica de las fibras vectoras del dolor.

Pero esta individualidad de las vías de la sensibilidad dolorosa tampoco es tan categórica en el interior de la médula. Las experiencias de FOERSTER ya lo habían señalado, y él atribuía a las vías vectoras dolorosas una constitución cuatripartita. Una vía homolateral, otra colateral en el cordón posterolateral, una posterior directa (cordones de Goll y Burdach) y una vía simpática paramedular. A éstas aún le añade WERTHEIMER la sustancia gris perispinal.

WHITE, recientemente, estudiando la conducción del dolor después de 300 cordotomías y 200 simpactomías, afirma que la sensibilidad dolorosa no puede confiarse exclusivamente al fascículo espino-

(\*) Conferencia pronunciada en la Academia Deontológica de Madrid el 8 de febrero de 1957.

talámico, y que deben de existir fibras dolorígenas en toda la mitad anterior de la médula.

La participación más discutida es aún la del sistema nervioso vegetativo. También en esto dos opiniones se debaten. Una reconoce la existencia de vías aferentes conductoras de la sensibilidad dolorosa. DOGIEL y KISS afirman su existencia e individualidad anatómica.

Existen, sin duda, algunos hechos cuya explicación fisiológica se presta a confusión, pero que la cirugía se ha aprestado a recoger. Son éstos, por ejemplo, la mejoría de los dolores del angor en las infiltraciones del ganglio estrellado y otros éxitos antiálgicos experimentados por todos los cirujanos.

LERICHE y sus discípulos han afirmado la significación de estos hechos. Sin embargo, autorizan una vía vegetativa que transmite aferencias sensibles desde la periferia a las estaciones ganglionares, y de éstas a los centros medulares de la columna de Clarke, desde donde ganarían los centros talámicos e hipotalámicos. La experimentación se opone a estos conceptos y la anatomía mantiene la presencia de fibras cerebrospinales intrincadas a los elementos vegetativos y que se han articulado a nivel del ganglio raquídeo. Pero el resumen de todas estas objeciones es que al sistema vegetativo no se le pueden achacar únicamente funciones vasomotoras. Es indudable que por el régimen circulatorio cuya regulación asegura, tanto a nivel de los tegumentos como de las vísceras, aseguraría en cierto modo lo que se pudiera expresar como el "clima del dolor". O como pretenden ORBELLI DRAGANESCO y otros, mantendría un cierto tono sensitivo por intermedio de mediadores químicos, o por la producción de perturbaciones en los metabolismos locales, propios para elaborar ciertas sustancias llamadas dolorígenas.

La clínica tiene tendencia a considerar las ventajas de una diferenciación entre el dolor sordo, de topografía imprecisa, permanente, que se incluiría en los circuitos del sistema nervioso simpático, y otro dolor paroxístico, intermitente y bien localizado, que utilizaría las vías cerebrospinales. Esta oposición doctrinaria encontraría su terreno de elección en el campo de la sensibilidad visceral. Pero la consideración de este apartado nos llevaría lejos y se saldría de la línea de esta sucinta exposición. Bástenos señalar que el hecho anatómico de que los centros centrípetos, incluso en los nervios simpáticos, pertenezcan al sistema córticoespinal, ya que por intermedio de las ramificantes blancas abocan a las células de los ganglios raquídeos, de tal manera, que, en definitiva, todas las vías sensibles toman el camino de las raíces posteriores, lo que no implica en absoluto el rechazar la terapéutica sobre el simpático como intervención antiálgica, como algunos autores pretenden concluir (GUILLAUME, DE SÈZE, etc.).

Però volviendo al tema fundamental de la condición dolorosa, parece lógico que toda excitación periférica, y no debe de considerarse como tal sólo a la producida en el revestimiento tegumentario, sino también el esqueleto, los ligamentos articulares, las paredes vasculares, las meninges, etc., etc., es susceptible de ser promovida a la categoría de percepción dolorosa, pero siempre y cuando concurren ciertas condiciones en el origen de la excitación, en la transmisión y en su recepción. Quizá así, como apunta WERTHEIMER, desaparecerán los escrúpulos de LERICHE.

Así, resumiendo, todas las excitaciones sensibles tomarían las vías centrípetas cerebrospinales para abocar a las células de los ganglios espinales, asien-

to de la protoneurona sensitiva. A partir de esta estación, y por intermedio de las raíces posteriores, penetrarían en la médula. En el interior de ésta, cuyo dispositivo sensorial no es tan riguroso como aparece en los esquemas anatómicos la mayor parte de las fibras sensoriales se reúnen en el fascículo espinotalámico, cuya porción ventral estaría especializada en la transmisión de excitaciones táctiles y cuya porción lateral vehicularía la totalidad de las excitaciones térmicas y dolorosas. Finalmente, las fibras abocan a los núcleos del tálamo, donde se opera la integración subcortical de los estímulos sensibles.

Por las conexiones talámicas con los centros, el núcleo ventral posterior del tálamo ha sido llamado por algunos autores el cerebro sensorial primitivo. Sobre la realidad de estas conexiones no se plantea discusión; pero sobre la significación de la integración talámica, su parte en el mecanismo central del dolor, y el papel fisiopatológico de sus centros en relación con las funciones de la corteza, es donde, de nuevo, existe discrepancia. No son más que órganos de unión y transmisión sináptica entre la protoneurona sensitiva y la corteza, o aportan realmente alguna modificación a la sensación, que la colorea, la adapta y la transforma, antes de entregársela a la autoridad de los centros corticales?

Sería temerario pretender resolver esto ahora.

Las concepciones más antiguas de MANN, EDINGER, etc., excluyen a la corteza de los mecanismos normales del dolor; su intervención sólo se manifestaría a partir de una cierta intensidad o por el efecto de la suma de estímulos.

Otros, por el contrario, que consideran que el tálamo no es más que una estación terminal de las vías de la sensibilidad dolorosa, el lugar donde la sensación elemental se haría percepción, señalan a la corteza como aportadora de los elementos emocionales y afectivos capaces de modificar esta percepción elemental. Una tendencia, pues, deja al tálamo la facultad de conducción sensible de los estímulos, pero no la consagración dolorosa, reservada a la corteza. La otra, no da a la corteza cerebral más facultad que la regulación emotiva o crítica del dolor, y no apercibe en las formaciones corticales sino la prolongación intelectual y afectiva del dolor, por las que se transformaría el dolor en "sufrimiento".

No quisiera prolongar más estas disquisiciones. Pero aún debía completar esta larga serie de problemas, el debatido del dolor central. Para ser muy breve, sólo quiero señalar aquí que el reconocimiento de una tal categoría del dolor, que tan duro golpe hubiera asestado a nuestras frágiles concepciones, fué debatido en la reunión internacional de París de 1937, que consagró comunicaciones como las de SCHAEFFER y BAUDOIN, AJURIAGUERRA, GARCIN, etcétera. Todos estos trabajos concluyeron que los dolores llamados centrales deben de ser despertados por excitaciones periféricas previas. Sin embargo, se conceden a los centros ciertas predisposiciones, como sensibilización preexistente, etc., que en nada invalidan lo anterior. Incluso los dolores talámicos serían solicitados por aferencias periféricas.

Resumiendo lo antedicho, podríamos concluir:

El dolor nace de excitaciones sensibles recibidas a nivel de periferia tegumentaria en formaciones nerviosas especializadas, pero sin estar sus orígenes limitados a este territorio. Condiciones locales vasomotoras, químicas, biológicas, son susceptibles de intervención en su origen.

Su transmisión está confiada a elementos cerebro-



espinales que siguen vías diversas, siendo algunas las principales. Pero todas ellas abocan a las células ganglionares. Desde ahí las aferencias sensibles agrupadas en su mayor parte en los fascículos espinotalámicos, después de una sinapsis neuronal en los cordones posteriores o en los núcleos bulboespinales, van a buscar su integración y su definición dolorosa en los elementos talámicos.

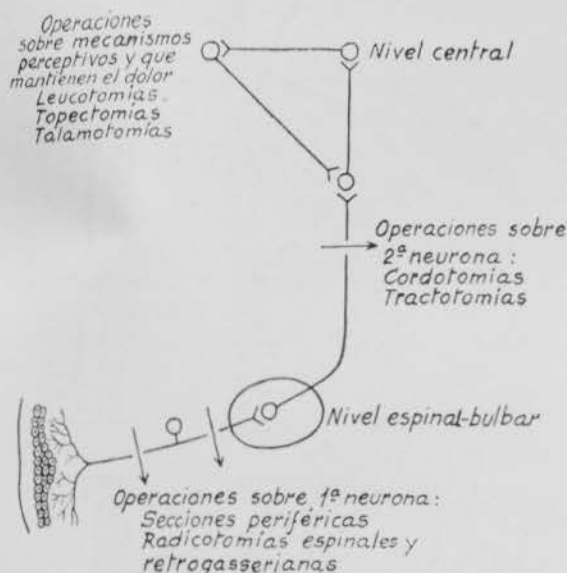


Fig. 1.

Decía LERICHE que el dolor es una "creación talámica". Realmente éste sería un dolor elemental. El verdadero dolor, el dolor humano, consciente; personal lo llamaría LA FUENTE, resulta de una confrontación entre la integración talámica de la aferencia sensorial y su reconocimiento, su análisis y su registro, por la corteza cerebral.

Quizá esta concepción del dolor, con su indudable insuficiencia, permitía concebir el sentido, según el cual se podrá orientar una cirugía del dolor, de legitimar todas las iniciativas que ella ha tomado, de justificar sus esperanzas y comprender sus fracasos.

El dolor reducido a una forma particular o a una modalidad especial de la sensibilidad no podrá solicitar de la cirugía más que un gesto de interrupción, cuya oportunidad, asiento o extensión no serán atribuibles más que a las condiciones de la comodidad técnica y de la eficiencia. Considerado, por el contrario, como sometido en su expresión, en su duración, en su extensión, a las repercusiones corticales y a las aún inciertas relaciones intercerebrales, aparece susceptible de efectos terapéuticos provocados por la acción sobre centros superiores. Son, pues, dos concepciones: la experimental y la patológica, del dolor.

El dolor patológico auténtico no puede estar reducido a integraciones talámicas y corticales de excitaciones obtenidas electivamente en los receptores sensibles de la periferia. Sirvan sólo de ejemplo los dolores por perturbaciones vasomotoras, de las distrofias óseas, de las migrañas, las crisis dolorosas tabéticas o de las neuralgias del trigémino, las causalgias, de interpretación tan ardua, y para las cuales los métodos fisiológicos no pueden pretender realizar un montaje experimental seguro de reproducirlos.

Los diversos métodos de que el neurocirujano dispone para tratar quirúrgicamente el dolor, podrían

agruparse en tres grandes apartados: primero, interrupción quirúrgica de las vías conductoras; segundo, cirugía sobre los centros superiores, y en tercer lugar, la cirugía del simpático.

1.º *Interrupción quirúrgica de las vías del dolor* (fig. 1).—Entre las intervenciones sobre la primera neurona se practica en primer lugar la neurectomía.

Esta intervención tiene hoy día ya pocos partidarios, puesto que los resultados que con ella se obtienen no han sido lo brillantes que se esperó en un principio. Sus indicaciones son en realidad pocas: algiias faciales, pruritos localizados, etc.

Aún se realiza en casos escogidos la sección periférica de los nervios supraorbitarios e infraorbitarios para aliviar la neuralgia del trigémino correspondiente a las dos primeras ramas. El éxito inmediato de esta intervención es evidente, aunque el alivio es sólo temporal; pero no cabe duda que en algunos casos resulta eficaz al permitir obtener resultados buenos aunque, insisto, temporales, a costa de una intervención de riesgo prácticamente nulo. Hasta tal punto es esto cierto, que he tenido oportunidad de tratar un enfermo que en el curso de diez años había sido sometido nueve veces a una neurectomía, y rechazaba cualquier otra intervención que no fuera ésta para aliviar su neuralgia. En cualquier caso nosotros preferimos esta intervención periférica a los bloqueos con alcohol de los mencionados nervios.

En el mismo nivel que las anteriores, esto es, actuando sobre la primera neurona, tienen un mayor interés neuroquirúrgico las radicotomías.

Desde su introducción en la cirugía por ABBE, fueron aceptadas con entusiasmo y bien estudiadas, sobre todo por FOERSTER.

El hecho de la selectividad en la inervación de los diferentes segmentos por determinadas raíces, en virtud de un estudio tipográfico también preciso, hizo poner en la radicotomía muchas esperanzas para el tratamiento de algunos dolores. Pero los efectos antiálgicos exigen a menudo el sacrificio de varias raíces, y por si fuera poco el hecho de que el dolor en muchos casos en que la sección de raíces esta-

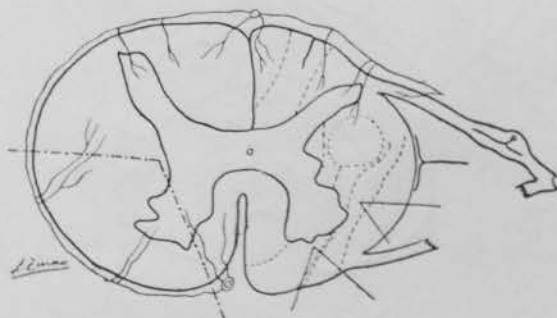


Fig. 2.—Cordotomía anterolateral.

ría indicado, se ve imbricado por otros factores, e interviniendo en su producción mecanismos de otros niveles, han hecho que las radicotomías tengan un espectro de utilización ciertamente limitado. Esto, por lo que se refiere a las radicotomías espinales. En cambio, en el caso de la sección de la raíz sensitiva del trigémino, los resultados han sido y son actualmente satisfactorios.

Cuando se actúa quirúrgicamente en un nivel más superior, esto es, sobre la segunda neurona, las intervenciones de elección son las cordotomías y tractotomías. La cordotomía anterolateral (fig. 2) que

viene realizándose ya desde hace más de cuarenta años, es una de las intervenciones de elección en el capítulo de la cirugía del dolor. Realizada a diferentes niveles, uni o bilateralmente, produce en general efectos terapéuticos satisfactorios. La estadística más completa y reciente de WHITE y SWEET, da testimonio de los buenos resultados que con esta técnica se obtienen. La sección del cordón anterolateral de la médula debe ser amplia para que el efecto sea bueno. En la actualidad la tendencia es hacerla alta en el nivel cervical, lo que es indispensable, naturalmente, para conseguir la analgesia del miembro superior. El grosor del fascículo espinotalámico, así como la sistematización de sus fibras a ese nivel, son fundamentalmente los factores que aconsejan la cordotomía cervical alta en cualquier caso.

Otra intervención mucho menos usada ha sido la mielotomía comisural posterior. Nosotros no tenemos ninguna experiencia con esta operación, pero algunos autores como WERTHEIMER la han preconizado. Parece que fué ARMOUR quien la realizó por primera vez en 1926, y PUTNAM empezó a realizarla también en el 34. LERICHE operó un crecido número de casos con esta técnica. Los resultados de esta técnica parecen haber sido mediocres.

Cuando se pretende conseguir la analgesia de los segmentos corporales más altos, cuello, nuca y todo el segmento cefálico, hay que acudir a la tractotomía. Así, esta moderna intervención que posteriormente se ha extendido en su uso para actuar también antiálgicamente sobre niveles más inferiores del organismo, se ajusta a parecidas reglas en lo que se refiere al mecanismo de interrupción de las vías, la cordotomía.

La tractotomía bulbar del fascículo espinotalámico, la tractotomía mesencefálica de Dogliotti y Walker y la bulboespinal del trigémino de Sjökvist son las técnicas empleadas más habitualmente.

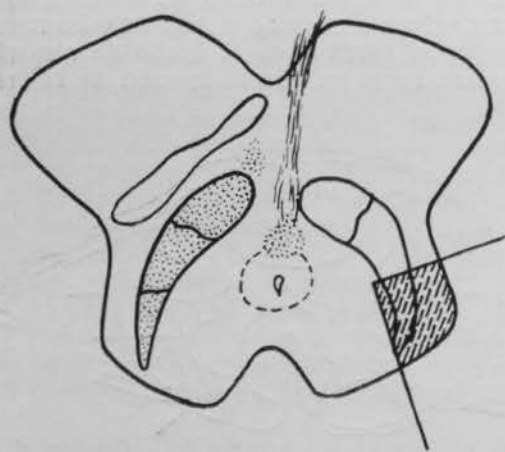


Fig. 3.—Tractotomía mesencefálica.

Los resultados obtenidos con la tractotomía son buenos, si bien, naturalmente, son intervenciones que no pueden tener una precisión matemática, y donde a la postre el resultado final por depender de las variaciones de la sección realizada en profundidad y extensión, expone inevitablemente a excesos o insuficiencias que no pueden preverse. Por otro lado, son técnicamente más difíciles estas intervenciones, sobre todo por lo que se refiere a la tractotomía mesencefálica (fig. 3).

2.º *Cirugía sobre los centros superiores.*—Realmente la cirugía antiálgica, actuando sobre los cen-

tros superiores, ha seguido dos tendencias realmente distintas, como bien comenta WERTHEIMER. Por una parte, se ha intentado la neutralización de los centros de integración superior de la sensibilidad dolorosa (corteza parietal y núcleos talámicos). Y por otra, ya siguiendo un criterio menos anatómico, se

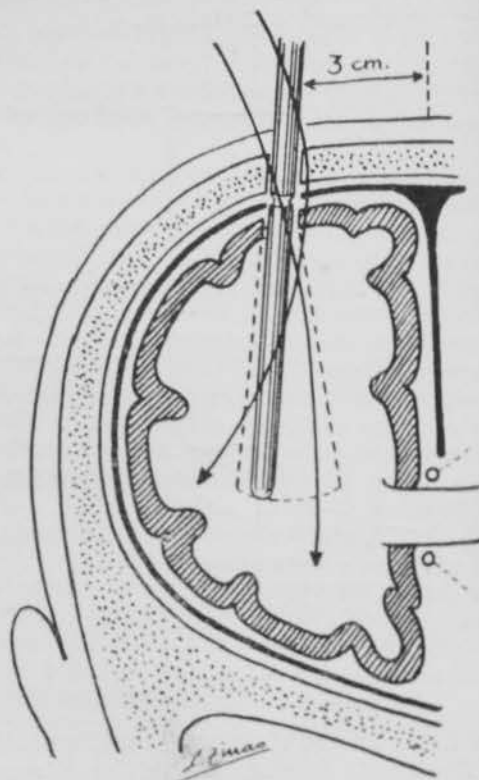


Fig. 4.—Lobotomía frontal.

actúa sobre el comportamiento mental del dolor, o séase, sobre sus resonancias afectivas y su componente emotivo. Los antecedentes de la primera tendencia los encontramos en DIMITRI y BALLADO. Posteriormente, GUTIÉRREZ MAHONEY, LHERMITTE y PUECH operaban sobre el lóbulo parietal en casos de muñón doloroso y miembro fantasma. En 1946, HORRAX publicó tres observaciones realizadas en casos similares. Desde entonces otros autores han realizado también estas técnicas con resultados contradictorios y casi siempre temporales.

También han tomado gran auge las destrucciones selectivas de los núcleos talámicos por procedimientos estereotáxicos, o bien por el procedimiento más sencillo de localización por repleción ventricular, o mezcla de ambos sistemas. WYCIS y SPIEGEL en Norteamérica y DAVID en FRANCIA han trabajado particularmente con estos métodos.

Es preciso reconocer que, aunque estas intervenciones de inspiración neurofisiológica no pueden considerarse aún como concluyentes, tienen un mérito indiscutible por el porte científico que entrañan, abriendo un camino de cuyas posibilidades en el futuro tanto bueno se vislumbra.

Las primeras intervenciones psicoquirúrgicas dirigidas contra el dolor, y que representan la segunda tendencia a que nos referíamos líneas arriba, las realizaron en Norteamérica FREEMANN y WATTS. Muchos otros neurocirujanos las realizan desde entonces, y con diversas técnicas, POPPEN, WHITE, etc.

Dado que la leucotomía suponía a veces un precio demasiado elevado para el paciente por el cambio que suponía en su personalidad psíquica, se ha considerado a la leucotomía prefrontal bilateral una



operación en exceso mutilante. En vista de ello empezaron a utilizarse leucotomías unilaterales preconizadas por SCARFF, y posteriormente las leucotomías selectivas, donde en términos generales parece estar por el momento la técnica de elección (fig. 4).

Las secciones de los cuadrantes inferiores del lóbulo frontal, del cuadrante inferointerno, la cingulectomía, la inyección de novocaína en la parte inferior del lóbulo frontal, en una zona determinada

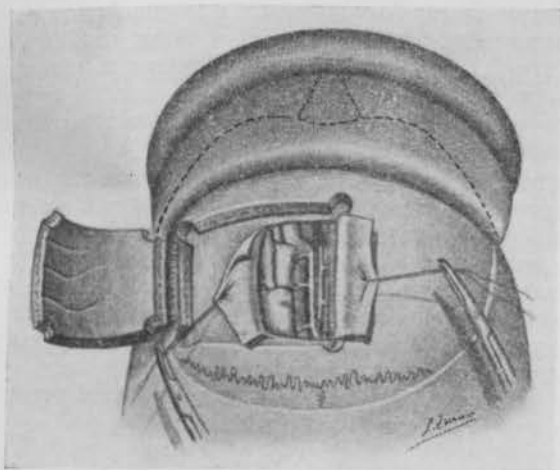


Fig. 5.—Cingulectomía (exposición operatoria).

previamente por procedimiento estereotáxico (BUCAILLE), la topectomía que, según LE BEAU, es la única intervención verdaderamente selectiva, son muchas de las técnicas actualmente empleadas (figuras 5 y 6).

En realidad, cada autor tiene preferencia por alguna, la que le ha dado mejor resultado, o la que técnicamente considera según sus medios propios de más fácil utilización; por eso aún no hay acuerdo definitivo sobre la técnica de elección.

En conjunto debe elegirse siempre la intervención selectiva, pues según expresábamos líneas arriba, sólo podría estar indicada la amplia leucotomía en el caso de un grave deterioro en la personalidad del paciente como consecuencia del dolor.

En líneas generales, repetimos que las intervenciones antiálgicas sobre el nivel central se realizan en aquellos casos en que la fijación de la sensación dolorosa en los centros supone la inutilidad de una actuación quirúrgica en niveles más inferiores.

3.º *Cirugía simpática antiálgica.*—No queremos insistir de nuevo en las discusiones que ha planteado la intervención del sistema nervioso simpático en los mecanismos del dolor.

La experiencia quirúrgica es en realidad la que ha testimoniado la importancia del sistema simpático en determinados cuadros álgicos, como se desprende de los éxitos que se han obtenido al aliviar cuadros dolorosos por la interrupción de aquél.

No vamos a referirnos en este apartado más que a aquellos procesos patológicos que con más frecuencia van al neurocirujano, y en los cuales puede estar indicada una intervención sobre el simpático, si bien haciendo la salvedad de que, en muchas ocasiones, porque las circunstancias del caso lo exigen, pueda elegirse otro tipo de intervenciones de las que hemos mencionado en los apartados anteriores.

La causalgia es uno de los cuadros dolorosos en los que con mayor frecuencia se ha intervenido sobre el simpático. En estos casos se realizan prefe-

rentemente simpatectomías lumbares o arteriectomías.

El estado de vasodilatación que se obtiene, tanto por las intervenciones simpáticas como incluso por medio de infiltraciones, representan condiciones favorecedoras para la mejoría.

Pero en algunas ocasiones, ni la simpatectomía lumbar o periarterial, etc., bastan para la curación de un dolor que se ha integrado ya en niveles más superiores (bien por su intensidad o por la duración del síndrome), y que, por tanto, requiere intervenciones a niveles más altos, cordotomías, etc.

En general, los resultados obtenidos en el tratamiento de las causalgias operando sobre el simpático han sido buenos, en manos de casi todos los autores (LERICHE, WERTHEIMER, RASSMUSSEN, FRIEDMAN, etc.).

Los muñones dolorosos constituyen otro grupo de los de mayor importancia en lo que se refiere a su tratamiento por intervenciones sobre el sistema simpático.

El auténtico cuadro clínico del muñón doloroso lo constituye ese tipo de algia que se asemeja al dolor producido por una quemadura, a veces limitado y otras extendido a todo el miembro mutilado, de carácter paroxístico o, en ocasiones, continuo, y asociado en general a trastornos vasomotores, e incluso a ulceraciones rebeldes.

No podemos entrar aquí en consideraciones a propósito del mecanismo de estos dolores, ni en la mayor o menor intervención que en ellos tienen los trastornos vasomotores o los trastornos neurógenos. Pero de ello se deduce que ateniéndose a la predominancia de los diversos factores que intervienen siempre

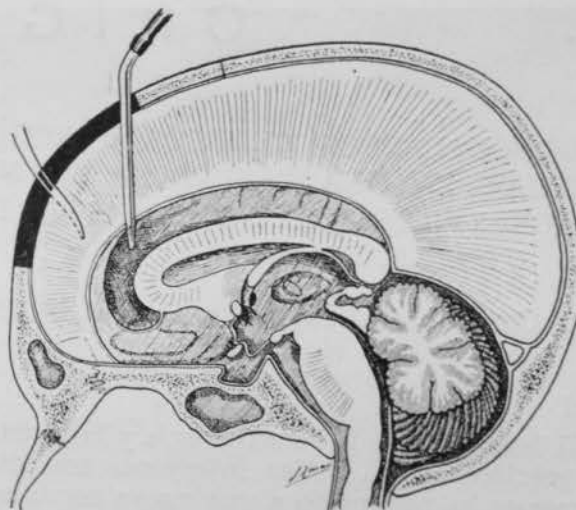


Fig. 6.—Principio de la cingulectomía anterior (según LE BEAU).

en la producción de estos cuadros dolorosos tan curiosos, no todos los enfermos son susceptibles de idéntica terapéutica.

Por lo que se refiere a la cirugía simpática, la simpatectomía lumbar alta es, según WHITE y SMITHWICK, la técnica ideal para el miembro inferior; para el superior la técnica más en boga es la resección del segundo y tercero intercostal a nivel de su emergencia y de los ramificantes correspondientes a la porción de la cadena torácica que los reúne. En cambio, la estelectomía, así como la infiltración del ganglio estrellado, no proporcionan en general tan buenos resultados.

En la enfermedad de Raynaud, que el neurocirujano ve con menos frecuencia, también la simpatec-

tomía, según las diversas técnicas (POPPEN, WHITE, etcétera), constituye la intervención de elección.

Existen unos síndromes dolorosos que afectan ciertas zonas de la cara y del cráneo, incluso del cuello y nuca, que constituyen un serio problema, no ya por la gravedad, sino por la rebeldía que ofrecen al tratamiento medicamentoso. Desde el punto de vista de la interpretación de estos cuadros dolorosos, existen, ¡cómo no!, serias discrepancias. Tanto si son de origen vascular, simpático, o si son quizá expresión o proyección de estados de irritabilidad meníngea, según su localización y tipo de algia, es lo cierto que en la mayoría de los casos varias causas se imbrican, y de ahí la dificultad de acertar en la elección de la terapéutica.

Y es indudable que en determinados casos la actuación sobre el simpático produce buenos resultados teniendo en cuenta además que las técnicas que en estos casos se emplean (arteriectomías, infiltraciones anestésicas, etc.) están desprovistas de toda gravedad. Otro tipo de cuadros dolorosos que en ocasiones se benefician mucho con la cirugía simpática, lo constituyen los llamados dolores viscerales, pero que son poco frecuente en nuestras consultas neuroquirúrgicas.

También los dolores post-traumáticos son en ocasiones susceptibles de este tipo de tratamiento, sien-

do las infiltraciones con novocaína una de las técnicas más habituales.

En resumen, hemos de terminar diciendo que si bien es discutida la identidad del llamado dolor simpático, como lo son sus vías, sus conexiones y su resonancia cortical, los hechos clínicos permiten por lo grande de su número y la autenticidad de su resultado que el cirujano disponga de un medio coadyuvante de extraordinaria importancia en la lucha contra el dolor.

Con todo lo que acabamos vagamente de exponer hemos de llegar forzosamente a la conclusión de que nuestros conocimientos sobre el dolor son aún muy confusos. El indiscutible valor de las técnicas operatorias antiálgicas que se han ingeniado, permiten el alivio, e incluso la curación, de un gran número de enfermos.

Pero no puede extrañarnos que quede aún mucho por conocer, en un terreno en que los centros superiores tienen tan decisiva actuación. La reproducción experimental, tan útil para el estudio clínico de tantos capítulos de la patología, aporta aquí unas conclusiones de un valor muy limitado. Apenas conocemos qué es el dolor; cuánto más lejos estamos de intuir qué es el sufrimiento.

Y la terapéutica antidolorosa no tiene otro objetivo que suprimir el sufrimiento.

## ORIGINALES

### ALGUNOS RASGOS CLINICOS RAROS Y ATIPICOS EN UNA CASUISTICA DE MIL TUMORES Y PROCESOS EXPANSIVOS INTRACRANEALES OPERADOS

S. OBRADOR, G. DIERSSEN, J. M. ORTIZ  
E. M. PASTOR.

El desarrollo de la Neurocirugía y la frecuente práctica actual de las intervenciones intracraneales ha conducido a una nueva semiología neurológica, distinta, en algunos aspectos, de la Neurología clásica, que había sido elaborada, fundamentalmente, con el método anatomo-clínico y sobre la base de lesiones agudas del neuroeje (de origen vascular principalmente) o de trastornos degenerativos, desmielinizantes o infectivos (encefalitis, mielitis), que afectaban muchas veces a sistemas amplios de integración y conexión nerviosa.

Los datos más recientes logrados con los métodos clínico-neuroquirúrgicos, completados con investigaciones neurorradiológicas de contraste (pneumoencefalografía, ventriculografía y angiografía), permiten no sólo objetivar in vivo la situación y extensión de las lesiones encefálicas, sino que, además, corresponden a otro

tipo de patología neurológica distinta de la clásica. Así, un tumor o una masa expansiva intracraneal tiene una serie de características peculiares y que dependen no sólo de la localización, sino de su naturaleza y, consecuentemente, de su ritmo de crecimiento. Puede manifestarse en forma muy distinta y diferente un tumor de evolución rápida de otro con una progresión lenta aunque ambos tengan la misma situación topográfica. Resulta a veces un hecho asombroso la comprobación operatoria de una inmensa lesión intracraneal que no había producido síntomas de localización a pesar de estar situada en zonas habitualmente expresivas.

El neurocirujano no sólo ha ido aprendiendo lentamente a valorar los signos más seguros de localización neurológica, sino que reconoce también el aspecto negativo de muchas lesiones expansivas, que se manifiestan muy escasamente, desde el punto de vista de la sintomatología focal. La capacidad de compensación y adaptación del parénquima nervioso alcanza a veces grados y extremos increíbles.

Existen, además, otra serie de factores que modifican y complican la sintomatología de los tumores y procesos expansivos intracraneales. Así, podríamos citar el edema cerebral, la hipertensión intracraneal y los factores y lesión-