

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 quizás 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 frecuentes en nuestras consultas neuroquirúrgicas.

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

do las infiltraciones con novocaina 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.

ORIGINALS

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 neuroradiológicas de contraste (pneumoencefalografía, ventriculografía y angiografía), permiten no sólo objetivar en 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 lesio-

nes vasculares a distancia que modifican y complican la sintomatología neurológica de estos casos. Desde un punto de vista anatómico, conviene recordar la situación de los hemisferios cerebrales separados, dentro de la caja prácticamente rígida del cráneo, por un tabique duro como es la hoz del cerebro y la separación entre las cavidades cerebrales y de la fosa posterior por otro gran tabique de bordes duros como es el tentorio o tienda del cerebelo. Todas estas circunstancias determinan la aparición de falsos signos neurológicos focales, en los tumores y masas expansivas intracraneales, por compresión de las estructuras nerviosas desplazadas contra los bordes de los tabiques citados (hernias o conos de presión) o por efectos a distancia de la hipertensión intracraneal (compresión de nervios craneales, repercusión sobre estruc-

turas distantes, acciones secundarias a lesiones vasculares motivadas por aumento de presión intracraneal, edema, etc.).

Hemos considerado de interés revisar, a grandes rasgos, los aspectos atípicos y raros más importantes y destacados, desde el punto de vista clínico, de nuestros primeros mil casos operados de tumores y procesos intracraneales. Este material fué recogido en los primeros diez años de nuestra actividad neuroquirúrgica en Madrid y en diferentes centros de trabajo (antiguo Instituto de Neurocirugía, Clínica del Trabajo, Sanatorio Ruber, antiguo Hospital de la Princesa, Instituto Nacional del Cáncer, Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas y Hospital de la Beneficencia General del Estado).

La distribución histopatológica del material es la siguiente:

MIL TUMORES Y PROCESOS EXPANSIVOS INTRACRANEALES OPERADOS

422	Supratentoriales	309	Glioblastomas y tumores intrínsecos profundos	198
Gliomas y tumores intrínsecos del parénquima nervioso de los hemisferios cerebrales y de la fosa posterior...			Gliomas "menos malignos"	111
	Infratentoriales	113	Astrocitomas y astroblastomas	71
			Oligogliomas	22
			Ependimogliomas	18
61	Tumores del tercer ventrículo, región pineal y tronco cerebral.		Meduloblastomas de cerebelo	41
107	Meningiomas (supra e infratentoriales).		Astrocitomas de cerebelo	32
47	Neurinomas acústicos (45) y neurofibromas del ángulo ponto-cerebeloso.		Ependimogliomas	15
37	Adenomas hipofisarios.		Otros tumores intrínsecos	25
28	Cráneofaringeomas.			
13	Colesteatomas, dermoides y teratomas (supra e infratentoriales).			
9	Tumores craneales (osteomas, sarcomas y cordomas).			
6	Gliomas del quiasma.			
4	Tumores intraorbitarios.			
4	Papilomas coroideos (cuarto ventrículo).			
101	Tumores y procesos vasculares		Tumores vasculares (hemangiomas supra e infratentoriales)	18
			Aneurismas, angiomas y hematomas	83
44	Tuberculosas		Supratentoriales	15
28	Cisticercosis.		Infratentoriales	29
27	Quistes hidatídicos (uno infratentorial).			
24	Abscesos		Supratentoriales	22
38	Tumores metastásicos		Infratentoriales	2
			Supratentoriales	30
			Infratentoriales	8

HISTORIAS ATÍPICAS.

En cerca del 5 por 100 del total de los tumores y procesos expansivos de los hemisferios cerebrales, las historias eran excepcionalmente largas para el tipo de proceso. Dentro de este grupo encontrábamos en el 1 por 100 de los gliomas historias superiores a los diez años de tras-

tornos neurológicos focales (crisis convulsivas, hemiparesia progresiva). En otros gliomas (oligodendrogliomas, astrocitomas e incluso glioblastomas), que alcanza cerca del 4 por 100 de los gliomas, las historias tenían una duración entre los cuatro a los diez años.

En cerca del 5 por 100 de los meningiomas supratentoriales las historias de crisis epilépti-

cas focales presentaban una duración superior a los diez años, añadiéndose después otros síntomas (paresias, etc.). Dentro de este grupo de meningiomas pueden destacarse tres casos realmente excepcionales con historias de 28, 32 y 39 años de duración (uno de ellos iniciado a los dos años de edad y el otro a los 19 años de edad) con la presencia casi exclusiva de ataques convulsivos focales durante todos estos años y llegando a la intervención sin cefaleas ni estasis papilar.

AUSENCIA DE SIGNOS DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL.

En los tumores y procesos expansivos supratentoriales no existía estasis papilar ni alteraciones del fondo del ojo en cerca del 10 por 100 de los casos. Aproximadamente la mitad de ellos no tenían tampoco ningún otro síntoma subjetivo de hipertensión intracraneal como cefaleas, etcétera. Es decir, en el 5 por 100 de los tumores supratentoriales no se obtienen, al llegar al neurocirujano, datos algunos en la exploración clínica (subjetivos y examen del fondo de ojo) de hipertensión intracraneal. No hemos encontrado diferencias significativas y acusadas, en este sentido, entre los diferentes tipos de tumores y procesos expansivos analizados, aunque la duración de la historia puede influir para la aparición de estasis papilar que falta a veces en gliomas de evolución rápida, hematomas, etcétera.

En los tumores del cerebelo y cuarto ventrículo la ausencia de estasis papilar y signos de hipertensión intracraneal es poco frecuente y sólo aparecía en el 3 por 100 de los casos. Por otro lado, y según es bien sabido, los tumores intrínsecos del tronco cerebral y de la protuberancia no presentan, en muchas ocasiones, signos de hipertensión intracraneal. Así, en 20 casos de esta localización, analizados en esta casuística, la mitad no tenía estasis papilar.

Un dato interesante es que en los tumores del tercer ventrículo, que causan siempre una marcada hidrocefalia obstructiva, no se presentaban alteraciones del fondo del ojo en el 8 por 100 de los casos, aunque casi todos ellos, excepto uno, aquejaban cefaleas en la historia.

En los tumores del ángulo ponto-cerebeloso la ausencia de estasis papilar o atrofia óptica correspondía al 20 por 100.

AUSENCIA DE SIGNOS NEUROLÓGICOS FOCALES EN LOS TUMORES DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES.

En cerca del 4 por 100 de los tumores y procesos expansivos hemisféricos localizados en regiones habitualmente expresivas, desde el punto de vista clínico (con relación a la motilidad, lenguaje, psiquismo, etc.), no se encontraban signos y síntomas de localización neurológica.

Esta falta de datos de déficit focal era proporcionalmente algo más elevada en los meningiomas (cerca del 8 por 100), y en otros procesos expansivos de evolución lenta, que en los gliomas.

En el 28 por 100 de todos los tumores frontales no existían signos claros de localización clínica. En el 12 por 100 de los tumores temporales del hemisferio dominante no existían trastornos afásicos. La ausencia de síntomas sensoriales objetivos en la exploración neurológica aparecía en el 7 por 100 de los tumores parietales, en los cuales podían existir otros signos de localización (piramidales, crisis convulsivas). En los tumores de la región rolándica faltaban los signos de localización clínica en cerca del 4 por 100 de los casos. Las vías de la radiación óptica estaban respetadas en el 5 por 100 de todos los tumores temporales posteriores que habían sido sometidos a un examen campimétrico detenido.

AUSENCIA DE SÍNTOMAS CEREBELOSOS.

En cerca del 8 por 100 de los tumores y procesos expansivos del cerebelo no se presentaban los signos habituales de déficit cerebeloso y es interesante que esta falta de sintomatología focal era proporcionalmente más elevada en los tuberculomas y después en los meningiomas, ependimomas y angiomas.

El nistagmus faltaba en el 10 por 100 de todos los tumores y procesos expansivos cerebelosos y también proporcionalmente con mayor frecuencia en los tuberculomas, meningiomas, ependimomas y angiomas.

SINTOMATOLOGÍA ATÍPICA DE LOS PROCESOS EXPANSIVOS SUPRATENTORIALES.

Falsos síntomas motores ipsilaterales, del mismo lado de la lesión, se presentaban en 2,5 por 100 de todos los procesos supratentoriales, sin incluir aquéllos de la línea media. En este grupo la hemiparesia ipsilateral era evidente y acusada en los procesos benignos como meningiomas (tres casos), hematomas (otros tres casos) y también en tumores metastáticos (otros tres casos).

Alteraciones sensitivas ipsilaterales eran más raras y sólo estaban señaladas en tres enfermos (dos gliomas y un meningioma) con hipoestesia homolateral que no se acompañaba de otras alteraciones motoras, ipsi o contralaterales.

Crisis epilépticas focales del mismo lado de la lesión se presentaban en dos gliomas parietales, uno de ellos con crisis sensoriales y el otro con descargas motoras.

Nistagmus aparecía en el 2 por 100 de los tumores y procesos expansivos de los hemisferios cerebrales, siendo proporcionalmente algo más frecuente en las localizaciones fronto-tempora-

les y algo más en los meningiomas y tuberculomas que en los gliomas. El nistagmus de estas lesiones puede ser en la mirada unilateral o bilateral, y en el primer caso con igual frecuencia desviando los ojos hacia el lado del tumor o al lado opuesto. En los tumores del tercer ventrículo se presentaba nistagmus en el 22 por 100 de los casos y con mayor frecuencia en las localizaciones de la parte posterior de dicho tercer ventrículo.

Síntomas seudocerebelosos (ataxia, temblor intencional, disdiadiocinesia, etc.) se presentaban en cerca del 2 por 100 de los tumores y procesos expansivos supratentoriales, predominando las localizaciones temporales.

En el 1 por 100 de los procesos expansivos supratentoriales estaban señaladas alteraciones a distancia en el área del trigémino (hipoestesia, hiperalgesia, dolores neurálgicos) que, generalmente, eran homolaterales y sólo aparecían contralateralmente en un ejemplo único.

Signos de afectación del nervio auditivo aparecían señalados en cerca del 2 por 100 de los tumores y procesos expansivos supratentoriales.

SINTOMATOLOGÍA ATÍPICA DE LOS TUMORES DE CEREBELO Y CUARTO VENTRÍCULO.

En el 3 por 100 de los tumores y procesos expansivos del cerebelo y cuarto ventrículo se presentaban crisis convulsivas y en la mitad de estos casos los ataques epilépticos eran típicamente focales (dos ejemplos de ataques jacksonianos de cara y brazo, precedido en un caso por aura de hormigueo peribucal y otro ejemplo de crisis adversivas). Crisis parestésicas en los miembros del mismo lado del tumor estaban anotadas en dos meningiomas de la fosa posterior.

Un síndrome claro de vías motoras con signos piramidales aparecía en el 2 por 100 de los tumores y procesos expansivos de cerebelo y cuarto ventrículo. En general, la hemiparesia se presentaba en el mismo lado del tumor de la fosa posterior.

Síntomas psíquicos acusados (desorientación, incontinencia, etc.) estaban señalados en cerca del 2 por 100 de los tumores de esta localización.

Los pares craneales bajos estaban afectados en el 3,5 por 100 de los tumores y procesos expansivos de cerebelo y cuarto ventrículo. Podían encontrarse afectados aisladamente el trigémino, facial, auditivo, glosofaríngeo y vago o combinadamente estos pares craneales, simulando cuadros del ángulo ponto-cerebeloso.

SINTOMATOLOGÍA ATÍPICA DE LOS TUMORES DEL ÁNGULO PONTO-CEREBELOSO.

Es interesante que en una región clínicamente tan expresiva, como es el ángulo ponto-cerebeloso, encontrásemos rasgos atípicos en cerca

del 20 por 100 de los casos. La historia puede mostrar una cronología que no es la habitual en los tumores de esta región y así presentar rasgos dominantes o aislados de hipertensión intracranal (4 por 100), iniciarse por una neuralgia del trigémino que puede ser del mismo lado del tumor (2 por 100) o incluso del lado opuesto (2 por 100). En un caso de neurinoma del ángulo la historia comenzaba por hemiatrofia facial y en otro neurofibroma de agujero rasgado posterior, con una prolongación extracraneal, la historia había comenzado muchos años antes de operarse la enferma con una afectación de los cuatro últimos pares craneales y del simpático cervical en el mismo lado del tumor.

En la exploración neurológica faltaba el nistagmus en cerca del 10 por 100 de los casos. La audición estaba conservada o solo discretamente alterada, en el examen clínico habitual, en cerca del 4 por 100 de los tumores del ángulo. Signos objetivos de afectación del trigémino contralateral (hipoestesia, abolición del reflejo corneal) se presentaban en cerca del 20 por 100 de los casos (todos neurinomas) y exclusivamente la afectación del trigémino contralateral aparecía en el 6 por 100 de los neurinomas del acústico. Signos piramidales contralaterales (exaltación de reflejos y signo de Babinski positivo) estaban señalados en el 40 por 100 de todos los tumores de ángulo; en este grupo un caso tenía un signo de Babinski bilateral y otro una evidente paresia contralateral (colesteatoma). En el 4 por 100 la sintomatología cerebelosa aparecía también en el lado opuesto del tumor.

GLIOMAS DE LOS GANGLIOS BASALES.

Se han revisado las historias de 17 casos de esta localización, que presentan cierto interés por sus rasgos atípicos y ausencia de signos extrapiramidales acusados. Así, mientras en el 40 por 100 aparecían trastornos motores contralaterales (hemiparesia), solo un enfermo (cerca del 5 por 100) tenía un cuadro extrapiramidal de predominio homolateral y constituido por temblor del brazo y de ambas piernas. Es interesante también que en dos casos con grandes lesiones talámicas, comprobadas en la autopsia, no existía trastorno sensorial alguno.

Trastornos psíquicos evidentes (desorientación, pérdida de memoria, alteraciones de conducta) se presentaban en cerca del 10 por 100. Nistagmus aparecía con igual frecuencia y también las alteraciones sensoriales se encontraban durante el examen clínico en el mismo número. Síntomas diencefálicos (polidipsia, poliuria, dismenorrea) sólo estaban anotados en uno de estos enfermos.

ADENOMAS HIPOFISARIOS.

Aunque gran número de estos tumores se inician clínicamente por trastornos visuales (cerca

de la mitad) y casi todos los enfermos al llegar a la operación presentan alteraciones de la visión (85 por 100 de nuestros casos), en otros pacientes el comienzo de la sintomatología es distinto. Así, cerca de una cuarta parte aquejan como primer síntoma cefaleas y en un 5 por 100 del total las cefaleas parecen corresponder a una hipertensión intracranial y se acompañan de vómitos.

Un dato muy interesante es la falta de signos clínicos claros de hipofunción hipofisaria en el 17 por 100 de nuestros enfermos.

En el 22 por 100 de los adenomas hipofisarios aparecían extensiones del tumor por fuera de la silla turca y con mayor frecuencia hacia la región diencefálica y por debajo del lóbulo frontal, siendo más raras las extensiones temporales y hacia el seno cavernoso. Las prolongaciones extrasillares pueden alcanzar ocasionalmente un gran tamaño y sin producir síntomas clínicos.

CRÁNEOFARINGEOMAS.

Este tipo de tumor, a pesar de su indudable origen congénito, presenta muchas peculiaridades y variedades de expresión clínica. Así, en el 30 por 100 de los casos el tumor se manifiesta en edades juveniles y adultas sin haber dado signos o estigmas constitucionales hasta entonces (20 por 100 entre los 20 a 30 años, 4 por 100 entre los 30 a los 40 años y el 6 por 100 por encima de los 40 años).

En un tercio de los casos no existían signos de alteración visual quiasmática y una sintomatología diencefálica clara faltaba en el 30 por 100 de los enfermos. Síntomas de hipertensión intracranial se presentaban en cerca del 80 por 100 de los casos. Signos piramidales aparecían en el 17 por 100 y cerca del 9 por 100 de los cráneofaringeomas se manifestaban clínicamente por síntomas de hemiparesia e hipertensión intracranial que conducía, en ocasiones, a errores diagnósticos (en otro trabajo se han descrito estas formas hemipléjicas de los cráneofaringeomas: *Rev. Esp. Oto-Neuro-Oftalmol. Neurocir.*, volumen 15, pág. 149, 1956).

Alrededor del 10 por 100 de los cráneofaringeomas presentaban trastornos psíquicos intensos (amnesia, apatía, bradipsiquia, desorientación, alteraciones emotivas, etc.) y en todos ellos había una acusada hipertensión intracranial.

Nistagmus estaba anotado en el 6 por 100 de los cráneofaringeomas, que se acompañaba de marcha atáxica y signo de Romberg positivo en la mitad de estos casos.

PARASITOSIS.

Dentro de las parasitosis que hemos encontrado en nuestra casuística, cisticercosis e hidatidosis, la primera de ellas presenta, en oca-

siones, rasgos atípicos y polimorfos debidos a la habitual localización múltiple de los cisticercos en el neuro-eje. Desde el punto de vista clínico predominan, en nuestra experiencia, las localizaciones parenquimatosas de los cisticercos que originan cuadros de hipertensión intracranial con ausencia de signos focales o con síntomas de diferente tipo (epiléptico, focal cortical, etcétera). Crisis epilépticas, generalizadas o focales, estaban señaladas en 12 de nuestros casos, pero la frecuencia de signos neurológicos focales (paresias, afasias, etc.) es mucho más baja (cuatro ejemplos).

En las formas parenquimatosas de cisticercosis, acompañadas de gran edema cerebral, la ventriculografía demuestra imágenes de ventrículos pequeños y sin desplazamiento, que denominamos formas seudotumorales (14 ejemplos). En otros casos los parásitos producen bloques en la circulación del líquido cefalorraquídeo que se acompañan de dilatación ventricular (formas hidrocefálicas, 10 casos). A veces, en estas formas hidrocefálicas, aparecen signos focales (crisis convulsivas, afasias, paresias) que indican el carácter múltiple del proceso. Alucinosis visuales se encuentran en las historias de algunos enfermos y también trastornos psíquicos acusados (cuatro ejemplos).

La afectación de las raíces lumbares se traduce, en algunos enfermos, por lumbalgias y dolores de piernas (tres casos) que pueden conducir incluso al diagnóstico erróneo de meningitis por las frecuentes modificaciones del líquido cefalorraquídeo (pleocitosis, aumento de proteínas y globulinas, etc.). Especialmente interesante es uno de nuestros enfermos, en el cual tres años después de la extirpación de un cisticerco, aparentemente solitario, del cuarto ventrículo, que produjo un cuadro agudo de hipertensión intracranial e hidrocefalia, del que se recuperó totalmente, volvió con un síndrome de ciática y en la intervención encontramos una masa de cisticercos en la cola de caballo.

En otro enfermo el carácter parasitario de la lesión intracranial se pudo reconocer por los antecedentes de un cisticerco ocular que había sido extirpado. Antecedentes de solitaria sólo estaban señalados en la historia de cuatro de nuestros pacientes.

Los quistes hidatídicos se presentan habitualmente como masas expansivas únicas supratentoriales que alcanzan, en ocasiones, un enorme tamaño, llegando a ocupar en algún enfermo casi todo un hemisferio. Signos neurológicos de localización faltaban en 10 casos. En seis enfermos se presentaban signos bilaterales (Eabinski, etc.), indicando una gran compresión del tronco cerebral, que se traducía también por embotamiento, estupor y trastorno de conciencia en las fases más avanzadas. En dos enfermos con quistes supratentoriales aparecían falsos síntomas focales de tipo cerebeloso que podían inducir a errores de localización. La presencia

de quistes hidatídicos en otros órganos (pulmón, hígado) sólo estaba señalada en cuatro de nuestros casos.

RESUMEN.

Se hace una revisión de las historias de mil casos de tumores y procesos expansivos intracraneales, sometidos a intervención quirúrgica, con objeto de precisar la frecuencia de los rasgos clínicos más atípicos como historias excepcionalmente largas, ausencia de hipertensión intracraneal, falta de signos neurológicos focales, falsos síntomas de localización, etc., según la naturaleza patológica y la situación de los diferentes tipos de tumores de esta casuística.

SUMMARY

A survey of a thousand case histories of intracranial tumours and space-occupying lesions, which were surgically treated, is made in order to determine the relative frequency of the most atypical features such as unusually long history, absence of intracranial hypertension, lack of focal neurological signs, false localising symptoms, etc., according to the pathologic nature and situation of the different types of tumour under review.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden tausend Krankengeschichten von Patienten die wegen Gehirntumoren oder ausbreitenden intrakraniellen Prozessen einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden überprüft, um die Häufigkeit der atypischen klinischen Merkmale, wie z. B. aussergewöhnlich lange Krankengeschichte, Fehlen von intrakranieller Hypertension, Mangel an Zeichen neurologischer Herde, falsche Lokalisationsymptome, usw. (je nach Art der Erkrankung und Lage der verschiedenen Typen von Tumoren in dieser Kasuistik) festzustellen.

RÉSUMÉ

On fait une révision des histoires de 1.000 cas de tumeurs et procès expansifs intracraniens, soumis à intervention chirurgicale à fin de préciser la fréquence des plus atypiques traits cliniques: longues histoires exceptionnelles, absence d'hypertension intracrânienne, manque de signes neurologiques focaux, faux symptômes de localisation, etc., ainsi que la nature pathologique et la situation des différents genres de tumeurs de cette casuistique.

SINDROMES POST-RESECCION GASTRICA.
REVISIÓN CLINICA Y COMENTARIOS

C. HERNÁNDEZ GUÍO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Profesor: C. JIMÉNEZ DÍAZ.
Policlínica B de Aparato Digestivo.

Muchas veces, en la práctica diaria, se nos plantea el problema de aconsejar o no la intervención quirúrgica a un enfermo con úlcera gastroduodenal; pesa sobre nosotros, más que el peligro inmediato que el acto operatorio pueda llevar consigo, hoy día muy remoto, la experiencia, por todos vivida, de la situación tan embrazosa en que el enfermo puede quedar si, al cabo de cierto tiempo, acaece en él alguno de los síntomas post-resección gástrica.

Y es que, desde recién practicadas las primeras gastrectomías parciales, a finales del siglo pasado y primeros de éste, empezaron a referirse casos en toda la literatura mundial de enfermos resecados que volvían a consultar, pasado más o menos tiempo, por molestias, casi siempre complejas, que en no pocos casos ponían al enfermo en situación más desagradable que la anterior a la intervención.

Según ha ido pasando el tiempo se han ido, poco a poco, perfilando las características de los síndromes post-resección gástrica. Hoy día la literatura, en este sentido, es realmente abrumadora; también es verdad que este estado de cosas ha conducido a que cada vez se reflexione más sobre la indicación quirúrgica en el *ulcus gastroduodenal*, y en la actualidad, con la gran experiencia que se posee, se puede observar una reacción de toda la literatura médica ante una alegre y poco reflexionada "tendencia quirúrgica" en el tratamiento del *ulcus péptico*.

En el presente trabajo pretendemos referir nuestra experiencia sobre estos síndromes post-resección gástrica, tan interesantes en sus características, y que tantas reflexiones suscitan.

EXPOSICIÓN Y COMENTARIOS.

Llevamos un par de años ocupados en estudiar los problemas que la resección gástrica plantea en sujetos intervenidos, principalmente por *ulcus gastroduodenal*. En este tiempo hemos estudiado personalmente, y de forma detallada, a bastantes enfermos y hemos revisado en los archivos de la Clínica todas las historias de enfermos resecados que volvían a consultar por síntomas después de la resección. Nuestro protocolo se refiere a enfermos de la Clínica Médica. Queremos hacer hincapié sobre este extremo, pues nuestra estadística no puede ser superponible a las publicadas sobre datos de clínicas quirúrgicas. Nos faltan, por eso mismo,