

* LA ELECCION DEL METODO EN LA CIRUGIA DEL TRIGEMINO (1)

por

Juan José Barcia Goyanes

Jefe del Servicio de Neurología del Hospital Provincial de Valencia

ESTAMOS próximos a la unanimidad en la terapéutica de las neuralgias del trigémino, a lo menos en lo que se refiere al último recurso: la intervención quirúrgica. Es cierto que en la apreciación de la oportunidad de esta indicación varían, y variarán probablemente siempre, los diferentes autores. Aquellos sobre quienes pesa el temor a la cirugía y la escasez de cirujanos preparados para realizar las intervenciones sobre el quinto par con ciertas garantías preferirán siempre agotar todos los métodos ideados hasta la fecha para combatir aquel terrible mal. Será ciertamente a costa de gran pérdida de tiempo y de prolongados sufrimientos de los pacientes; pero a lo menos sin peligro para éstos y, de cuando en cuando, alguna remisión que pueda ponerse en relación con la terapéutica seguida producirá un cierto optimismo en torno a ésta, hasta que nuevos casos tratados sin éxito vengan a traer el desaliento... y a orientar el tratamiento por otros derroteros. A continuación se practicarán las inyecciones neurolíticas que tan excelentes remisiones producen y que no tienen, como dice LERICHE, otro inconveniente serio que el de que no curan la neuralgia, sino, que producen solamente un paréntesis en el curso de ésta. Por

(1) Comunicación al XIV Congreso Dental de Madrid.

el contrario, los habituados a los éxitos de la neurocirugía, los próximos a un centro en el que se logran largas series sin ningún caso de muerte o de queratitis se inclinarán, a veces demasiado pronto, a sentar la indicación operatoria. Realmente, a ella hay que acudir más pronto o más tarde si la muerte no pone término al curso de la prosopalgia; y podemos asegurar que donde tal indicación no se sienta, es sencillamente por la falta de un neurocirujano que pueda ofrecer estadísticas aceptables en este terreno. Ciertamente que en los últimos años ha venido a entrar en competencia con la cirugía la electrocoagulación del ganglio según el proceder de KIRSCHNER; pero, sobre que al fin y al cabo se trata de un método quirúrgico, hemos de reconocer que su boga en Alemania se debe sencillamente al temor a la intervención y no a que sus resultados se encuentren por encima de los de ésta.

Ahora bien: una vez sentada la indicación operatoria, hubo una época en la que, o no cabía elegir prácticamente el método, ya que cada uno de los que fueron apareciendo en el curso de los últimos decenios señoreó por turno la cirugía del quinto par, o bien las razones que llevaban a preferir al uno sobre los otros eran puramente técnicas. El propio LERICHE al exponer las razones por las que se mantiene fiel al método de FRAZIER, la más importante que aduce es realmente la de su propia educación quirúrgica y la escasa habituación de un cirujano general a manejarse en el interior de la fosa posterior como exige el método de DANDY. Sin embargo, en los últimos tiempos ya se ha iniciado una nueva época en la apreciación del problema. Trabajos relativamente recientes de OLIVECRONA y de TOLOSA COLOMER tienden precisamente a señalar las indicaciones de las diferentes terapéuticas de la neuralgia a las que se puede dar un valor heurístico, si prescindimos de la electrocoagulación según KIRSCHNER. Tres son éstas, en efecto: la rizotomía clásica conocida con el nombre de neurotomía o radicotomía retrogasseriana sub-temporal según FRAZIER; la rizotomía yuxtaprotuberancial según DANDY y la tractotomía de SJÖQVIST. Voy a exponer brevemente mi criterio personal sobre el problema.

Si a los resultados funcionales hubiéramos de atenernos tan sólo, habríamos de dar la preferencia a esta última. La supresión de la sensibilidad dolorosa y térmica con la conservación de la sensibilidad epicrítica en el territorio del trigémino intervenido, la seguridad absoluta de la conservación de la rama motora, la ausencia de queratitis—ya que todo nos lleva a pensar que ésta es debida a la actuación sobre el ganglio de Gasser—son ventajas suficientes para que la tractotomía hubiera de ser proclamada como el método de elección si no fuera porque presenta como todos los métodos quirúrgicos sus inconvenientes. Prescindo por un momento de la reserva que siempre se siente al enfrentarse con un método nuevo que ha de hacer sus pruebas al lado de otros ya bien conocidos y en los que las complicaciones posibles han sido definidas a través de cientos y aun miles de casos. Pero aun ateniéndonos a los—relativamente poco numerosos—en que la tractotomía se ha practicado, aparecen ya como razones en contra de ella: las posibles lesiones del núcleo ambiguo con la consiguiente afonía; las del pedúnculo cerebeloso inferior con la producción de trastornos atácticos que, a decir verdad y por lo que se puede colegir de los casos publicados hasta ahora, han sido siempre pasajeros; y, sobre todo, el trauma, considerablemente superior al producido por la neuromía subtemporal. Y todavía habría que añadir otro inconveniente. Para conseguir la total analgesia en el territorio del trigémino afecto ha de hacerse la tractotomía al más elevado nivel posible. A poco que se descienda de ésta—y el elegido por SJÖE-QVIST y que las investigaciones realizadas por JIMENEZ en mi laboratorio han confirmado ser el de la raíz más caudal del vago—queda una zona, más o menos amplia del territorio del maxilar inferior sin ser bloqueada. Ello es debido a la colocación en el núcleo sensitivo C de WINCKLER de las fibras de llegada de las tres ramas. La oftálmica penetra en la parte inferior, ya casi en la medula cervical; la maxilar superior en la parte media; la inferior o mandibular en la parte más alta. Por todo ello yo creo que por ahora la tractotomía ha de re-

servarse para aquellos casos en los que exista una afección de la rama oftálmica, ya que esto nos obligaría a una sección total de la raíz con un mayor peligro de queratitis; o bien para aquellos otros en los que la evitación de ésta sea fundamental. Tal me ha ocurrido recientemente en una enferma afecta de neuralgia del trigémino izquierdo y en la que el ojo derecho se encontraba amaurótico por un antiguo leucoma. Por muy lejana que sintiera la amenaza de la queratitis—en mis intervenidos según FRAZIER sólo he tenido un caso y éste curó sin consecuencias—no podía menos de valorarla, ya que su presentación con carácter de gravedad hubiera determinado la ceguera de la enferma. Por ello me pareció la principal indicación el alejamiento de toda posibilidad de queratitis y realicé la tractotomía. Es verdad que con el método de DANDY de radicotomía yuxtaprotuberancial por vía posterior no se producen queratitis. Pero el trauma es poco menor que en la tractotomía.

Los inconvenientes del método clásico de FRAZIER radican en la pérdida total de la sensibilidad en el lado afecto; en la frecuente lesión de la rama motora con las consiguientes alteraciones de la masticación; y en la posibilidad de la queratitis, aun cuando su frecuencia ha disminuído considerablemente en las últimas estadísticas publicadas. En la mía, que comprende un centenar de neurálgicos intervenidos por esa vía, ya queda dicho que únicamente he tenido un caso de queratitis de curso benigno.

Por ello sigo en principio fiel al método clásico, aun reconociendo sus defectos y contraindicaciones. Creo, pues, que, hoy por hoy, han de pesarse en cada caso las ventajas e inconvenientes del método de FRAZIER, de una parte y de otra los de la radicotomía a lo DANDY y la tractotomía. Las indicaciones de uno y otras podrían resumirse del modo siguiente, que puede servir de conclusiones de esta comunicación.

1.ª Siempre que sea de primordial interés reducir el trauma al *mínimum*—avanzada edad, mal estado general del enfermo—se preferirá el método de FRAZIER. También se preferirá éste en los casos de neuralgia reducida a la tercera rama

por la facilidad y seguridad de suprimirla con una radicotomía subtotal.

2.^a Siempre que haya una indicación especial para preservar la córnea—ceguera del otro ojo—o la rama motora—neuralgias bilaterales—, se dará la preferencia al método de DANDY o a la tractotomía.

3.^a En individuos jóvenes y fuertes y en los casos en que la neuralgia afecte a la primera rama la indicación de la tractotomía es relativa, pero probablemente se irá afirmando más a medida que esta operación vaya siendo más practicada.

* * *

LOS MICROBIOS TIENEN TAMBIEN SUS PARASITOS

Per Farm. Act. 9, 200

Si los microbios se sospechaban bajo forma de miasmas o animalitos desde tiempo muy antiguo, puede decirse que su comprobación no se logra hasta el descubrimiento del microscopio por ANTONIO LEEUWENHOECK, a principios del siglo XVIII. Así, de esta forma, la antigua "pathologia animata", dejó de constituir misterio, aunque su interpretación como agentes causantes de enfermedades no se precisase hasta los tiempos de PASTEUR y de KOCH, usando ya los objetivos de inmersión.

El holandés LEEUWENHOECK encontró que las larvas de las pulgas eran parasitadas por pequeñísimos ácaros o arácnidos; fué así el precursor del hallazgo de parásitos pequeños en otros mayores, del bacteriófago en las bacterias. Este hecho mereció en esta primera mitad del siglo XVIII algunas sátiras, como en el siguiente verso de SWIFT (1735):

*En la pulga, según la ciencia enseña,
vive otra pulga de clase más pequeña,
sobre ésta, otra, de tipo más chiquito,
y, sucesivamente así, hasta el infinito.*

He aquí una profecía que se cumplió al encontrarse por D'HERELLE, en 1916, el *bacteriófago*. Sustancia ésta que lisa las bacterias, se ha venido discutiendo su naturaleza, pues en tanto unos aceptaban se trataba de un fermento o diastasa, otros han venido sosteniendo era sencillamente de un virus vivo. Los modernos *microscopios electrónicos* han colocado fuera de toda duda que se trata de seres vivos que corroen las bacterias, sobre las que así, de esta forma, ejercen sus acciones bacteriofágicas o líticas.