

REFLEXIONES SOBRE LA RADICOTOMÍA POSTERIOR Y LA RAMISECCIÓN EN LA ENFERMEDAD DE LITTLE

por el doctor

R. LÉRICHE

Prof. de Clínica Quirúrgica en la Facultad de Estrasburgo

Hasta ahora he operado por radicotomía posterior o por ramisección 9 enfermedades de LITTLE y la parálisis espasmódica consecutiva a una meningitis espinal.

La radicotomía posterior, en seis casos de enfermedad de LITTLE, ha acarreado constantemente una verdadera disminución de la espasmocidad. Pero sólo dos veces esta disminución ha sido lo suficiente grande para que el resultado terapéutico sea bueno por mucho tiempo. Una de mis enfermas, a la que volví a ver al cabo de 10 años, andaba sola y sin bastón por casa, con bastón fuera de ella. Otra enferma al cabo de seis meses había mejorado mucho y andaba con dos bastones. Esto ocurría en 1914 y no he vuelto a verla.

Los casos que he operado han sido en general malos (excepción hecha de los dos que acabo de mencionar), con ataque cerebral, espasmocidad grave de los miembros superiores, deformaciones muy acentuadas de los pies, para los cuales hoy me limitaría, sin duda, a la sección de los nervios obturadores por vía crural y a los tratamientos ortopédicos usuales. Para que una radicotomía, hecha, según la idea de FOERSTER, sea útil, no basta que el enfermo sea un memo. Debe tener bastante inteligencia para que pueda reeducar sus miembros, y es preciso que sus familiares comprendan la necesidad de los ejercicios. Si no es así, vale más renunciar a la radicotomía. Por otra parte, esto no es particular de la radicotomía. En la enfermedad de LITTLE, *cualquier operación está destinada a fracasar si no va seguida de una reeducación metódica y paciente; el acto operatorio es, en suma, el primer tiempo de la reeducación.* Gracias a la perfección de estos cuidados post-operatorios, se obtienen actualmente buenos resultados con la operación de STOFFEL en América. Por este mismo motivo, FOERSTER ha obtenido con la radicotomía grandes mejorías. Me di cuenta de ello en 1912, en Breslau, al ver con qué paciencia enseñaba él mismo a sus operados el modo de andar y hacer movimientos sencillos. Si he obtenido los dos excelentes resultados ya mencionados se debe a que me impuse la obligación de hacer practicar movimientos metódicos a aquéllos de mis operados educables. El cirujano que no se persuade de la necesidad de un prolongado esfuerzo post-operatorio, por otra parte molesto, se hastiará en breve del STOFFEL y del FOERSTER. Lo mismo le sucederá con la ramisección.

Cuatro veces he practicado ramisecciones en la enfermedad de LITTLE: cuatro operaciones en tres enfermos (1). En un caso, el resultado fisiológico se manifestó, pero el resultado terapéutico inmediato no fué de gran valor. Mi colega ALLENBACH, que me había dirigido la enferma, me escribía al cabo de 80 días: «Tengo la impresión de que las contracturas son menos pronunciadas. Hay una mejoría verdadera, pero no muy notable». Es cierto que la enferma no fué reeducada ni observada. En otro caso, al cabo de un año el resultado subjetivo era excelente: la enferma se encontraba mejor. Objetivamente, no había gran modificación. El hecho que ahora señalo de una mejoría subjetiva, es muy frecuente después de las operaciones simpáticas. No me lo explico, pero muchos enfermos lo han observado por sí mismos. En un tercer caso, al cabo de un año, la mejoría era de tal índole, que la enferma, de 20 años de edad, operada de un solo lado, me pidió que la operase del mismo modo el lado opuesto. Hice la intervención y no hubo ninguna mejoría en este lado. Actualmente, dos años después de la segunda operación y tres de la primera, no creo que la enferma, haya obtenido más beneficio que el de tener los pies calientes y no como antes, uno caliente y el otro frío. Sin embargo, nuestra paciente está como siempre, encantada del resultado obtenido después de la primera operación.

No obstante, estas tres observaciones no permiten juzgar del valor de la ramisección. *Mis tres enfermas tenían demasiada edad. A los 16 años, a los 20, a los 23, el problema del tratamiento de la enfermedad de LITTLE ya no es un simple problema de reducción de la hipertonia. Existen probablemente modificaciones de estructura definitiva de los elementos musculares y tendinosos, por lo menos cerca de sus inserciones, que se asocian a las deformaciones óseas y articulares y hacen que la cuestión terapéutica sea difícilísima e impiden juzgar claramente el valor real de la cirugía del tono.*

En resumen, según mis resultados, la cirugía de la enfermedad de LITTLE es muy ingrata. Lo cierto es que no se debe aplicar indistintamente en todos los casos. Hay enfermos para los cuales hay que saber

(1) LÉRICHE: De la neurotomía sub-peritoneal del nervio obturador.—*Soc. de Chir. de Lyon*, 19 de marzo de 1914; *Lyon Chirurgical*, julio, 1914, p. 627.

limitarse a las necesidades de la limpieza cotidiana. ¿Ha pasado, acaso; la hora de las operaciones radiculares o simpáticas para los que tienen más de 15 años? ¿Debemos reservar estas operaciones sólo en los casos en que el trastorno fisiológico lleve ventaja sobre el trastorno anatómico? Estas son otras tantas preguntas a las cuales es difícil contestar actualmente. Una sola cosa es segura: si uno escoge bien sus casos, se pueden obtener en verdad resultados notables.

Añadiré, para animar a los que quieran emprender el rudo esfuerzo de esta cirugía del tono, que en las parálisis espasmódicas de origen espinal, pueden obtenerse brillantes éxitos con la radicotomía posterior.

El día 15 de abril de 1920 presenté en la *Sociedad de Cirugía de Lyon* (2) a un enfermo en el que el día 29 de diciembre de 1913 había practicado una radicotomía posterior, según el procedimiento CODIVILLAVAN GEHUCHTEN, por una parálisis espasmódica, acaecida a la edad de 16 años, a consecuencia de una enfermedad infecciosa aguda que había sido diagnosticada de meningitis espinal. La mejoría había sido lenta, pero progresiva, y en 1916 el enfermo se encontraba lo suficiente bien para poder llevar una vida activa en oficinas militares. Con la ayuda de un bastón podía andar de 5 a 6 quilómetros diarios. En 1917, es decir, al cabo de 14 años, tuve noticias de dicho enfermo, y el resultado seguía siendo excelente.

En la *esclerosis en placas* de evolución lenta, la radicotomía posterior puede mejorar sensiblemente la situación del enfermo. En un caso que operé hace algunos años, una radicotomía hecha a lo largo del cono terminal, permitió al enfermo, muy mejorado, andar casi hasta la víspera de su muerte, acaecida dos años más tarde; siendo así que hasta que fué practicada la operación, estaba desde hacía mucho tiempo confinado en la cama.

Pero volvamos a la enfermedad de LITTLE.

¿Podemos en la actualidad señalar las indicaciones de cada una de estas tres operaciones que tenemos a nuestra disposición en esta enfermedad, para probar de reducir la espasticidad?

No ignoro que para muchos cirujanos americanos e ingleses la cuestión no se establece, puesto que generalmente consienten en desechar la ramisección, y, prácticamente, no hacen casi nunca la radicotomía posterior. Pero sus argumentos teóricos no me convencen; sus ensayos personales han sido demasiado escasos para motivar su juicio. No conozco ningún trabajo exponiendo observaciones detalladas de ramisección o de radicotomía con cuidados post-operatorios convenientes y fracaso completo a pesar de un prolongado esfuerzo. Muchos que así hablan no tienen ninguna experiencia personal de esta clase de operaciones. Así, pues, no veo la razón por la cual debemos seguir las huellas americanas. Las cuestiones de terapéutica deben juzgarse únicamente teniendo

en cuenta los hechos. Y hay hechos muy positivos a favor de la radicotomía posterior y de la ramisección.

En cuanto a la radicotomía, más antigua, los buenos resultados son ya más numerosos, y la última estadística de FOERSTER merece que nos detengamos en ella.

Por lo que se refiere a la ramisección, hay algunos hechos exactos que podemos oponer a las impresiones americanas: ALBERT, de Lieja, publicó una observación muy completa (3) en la que una ramisección bilateral causó una mejoría muy notable. ADSON, en 1925, habló de un resultado muy favorable de una ramisección superior. También yo he mencionado lo que había observado notablemente en un caso.

¿Por qué desechar sistemáticamente estos hechos cuando se trata de una enfermedad tan desoladora, tan «embarazosa», como es la enfermedad de LITTLE? Puesto que los enfermos atacados de dicha enfermedad llegan a adultos, debemos proporcionarles el mejor bienestar posible y no contentarnos con el mínimo. Comprendo muy bien que no quiera uno ocuparse de ellos, pero si accede a tratarlos, debe procurar juzgar según su experiencia del valor de las diversas operaciones posibles.

Creo, pues, que no es legítimo en la operación de STOFFEL reducir todo el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de LITTLE, y no conservar en la cirugía del tono más que el ataque periférico, seguramente el menos activo de la espasticidad.

A mi parecer, la operación de STOFFEL conviene en los casos menos graves, en aquéllos en que la espasticidad no es muy notable, en los que en Francia acostumbran a tratarlos únicamente por medio de operaciones ortopédicas. En estas condiciones y en conjunción con las tenotomías y los enderezamientos, es ciertamente un progreso. Pero esta operación por sí sola tiene poca eficacia, y si no se rodea a los operados de toda clase de cuidados ortopédicos, la situación del enfermo después de dicha operación no varía mucho.

Desde que existe una gran espasticidad, la radicotomía posterior y la ramisección son los mejores y más sencillos medios para reducir la espasticidad de una vez, pudiendo de este modo ser inmediatamente posible la reeducación. Sólo una vez hice la operación de STOFFEL en un caso de este género en el año 1913. ¿La hice mal? Es muy posible. En todo caso, no obtuve una mejoría muy sensible y no la he vuelto a practicar. Debo decir que en este caso no creí necesario—como hubiera debido hacerlo—emplear el gran juego ortopédico: enyesado de hipocorrección consecutiva después de la operación, tenotomías y miotomías concomitantes.

En resumen, no debemos desechar ninguno de los tres medios que poseemos para reducir la espasticidad, y, según los casos, tenemos que saber escoger entre ellos.

(2) Radicotomía posterior por parálisis espasmódica.—*Soc. de Chir. de Lyon*, 15 de abril de 1920.—*Lyon Chirurgica*, n.º 4, julio de 1920, p. 518.

(3) ALBERT: A propósito de un caso de paraplejía espástica.—*Liège Médical*, núms. 3 y 4, 1926.

Sentado este principio, cuando uno se halla en presencia de una fuerte espasticidad ¿qué se debe escoger: ¿método de FOERSTER o de ROYLE?

No creo que en la actualidad se pueda contestar a esta pregunta. La cuestión de *gravedad operatoria* no puede entrar en cuenta: sin duda, la ramisección, aunque difícil a veces, es una operación más benigna que la radicotomía, pero la radicotomía es más importante para los que no están acostumbrados a la cirugía raquídea, y es hoy igualmente una operación benigna. En el adulto, he practicado desde 1919, una veintena de radicotomías sin muerte, casi todas bilaterales. En 1922, presenté, además, en la Sociedad de Cirugía de Lyon, un estudio general basado en 25 casos, cuatro de ellos por enfermedades de LITTLE (4). Fisiológicamente, las dos operaciones modifican indudablemente la espasticidad. En cuanto a la ramisección, algunos lo niegan. Personalmente estoy seguro de que crean a nivel de los músculos sanos, un verdadero estado de hipotonía; que muy a menudo disminuyen la reflectividad y que en el hombre enfermo las dos operaciones disminuyen las hipertonías y las contracturas. En las contracturas de origen periférico, como las que se ven después de algunos traumatismos, estas intervenciones traen a menudo consigo la completa curación. Por lo que se refiere a la enfermedad de LITTLE, ya lo he explicado antes. Se me objetará que según algunos experimentadores ingleses, en los animales, la ramisección no modifica las contracturas. Pero la condición nerviosa de las cabras y de los palomos descerebrados por transección del mesencéfalo, tan sólo tiene lejanas relaciones con la del niño enfermo. En cuestiones tan complejas, sólo la observación quirúrgica post-operatoria puede permitirnos hacer deducciones. Desgraciadamente, por ahora las observaciones de ramisecciones en la enfermedad de LITTLE son escasas para poder establecer un parangón con casos de radicotomía posterior. ¿Cuántos cirujanos hay que puedan citar 5 observaciones seguidas y valederas? Acaso ninguno. Desde hace años me ocupo de las ramisecciones; he hecho más de 100 operaciones sobre las cadenas simpáticas, ramisecciones o ablaciones glandulares (hoy mismo he contado estas operaciones: 84, sobre el simpático cervical, y 20, sobre el simpático lumbar). Así, pues, únicamente poseo una observación de enfermedad de LITTLE que pueda servir en el debate, y ésta es aún discutible, ya que la enferma tenía demasiada edad.

(4) Indicaciones de la radicotomía posterior (a propósito de 25 observaciones).—*Soc. de Chir. de Lyon*, 23 de marzo de 1928. — *Lyon Chirurgical*, Septiembre de 1922, p. 647.

Me quedé muy sorprendido al leer en un artículo de SICARD y ROBINEAU en la *Pratique Chirurgicale* de PAUCHET, vol. III, que la radicotomía posterior es una operación de gravedad, cuando en la misma sesión se practica la sección bilateral de las raíces; que en la región cervical superior la sección unilateral es grave, y la sección bilateral es, por decirlo así, una sentencia de muerte, así como también en la región lombo-sagrada. Según mi experiencia, de una cuarentena de casos no hay nada que temer en ningún nivel.

La mayoría de los que condenan la ramisección (y lo mismo podríamos decir en lo que se refiere a la radicotomía posterior), no la han practicado nunca. Debemos, pues, hacer caso omiso de su opinión. Sé muy bien que el juicio de algunos se basa en los fracasos de las operaciones hechas por ROYLE en los Estados Unidos, y esto es, sin duda, lo que provoca la poca confianza que se tiene en la ramisección en los Estados Unidos. Pero en el fondo, estos fracasos no dicen casi nada. Cada uno sabe que las demostraciones de Congreso fracasan a menudo y quizá ROYLE, joven cirujano, ha sido algo imprudente, aceptando operar en un medio que no le era familiar a nosotros tan difíciles y que necesitan tantos cuidados, como son los que padecen la enfermedad de LITTLE, puesto que sabía muy bien que le sería imposible seguirlos y reeducarlos, como lo hacía sin duda en Sidney. Como decía mi maestro PONCET, puede uno hacer el salto peligroso en su país, en condiciones conocidas, pero se corre el riesgo de romperse la crisma si se acepta hacerlo en cualquier sitio. Los que tienen alguna experiencia de la demostración en el extranjero me comprenderán. En resumen, lo cierto es que la cuestión de la ramisección en la cirugía del tono no puede ser juzgada, y que es preciso proseguir su estudio objetivo en condiciones tan rigurosas como sea posible.

Sin embargo, desde el punto de vista práctico debemos sacar esta conclusión: diré, pues, que *actualmente la radicotomía posterior que ha sido ensayada puede repetirse con grandes probabilidades de éxito en la enfermedad de LITTLE, siendo así que la ramisección no ha salido del período empírico*. Pero al hablar de este modo no condeno esta última operación y estoy dispuesto a hacerla en la primera ocasión que se me presente en el sitio que me parezca indicada.

Si uno se decide por la radicotomía posterior, ¿en qué edad conviene operar y qué procedimiento escoger?

Siendo muy necesaria la reeducación, es evidente que no debemos operar a niños de corta edad. Pero a causa de las retracciones, tampoco debemos hacerlo demasiado tarde. A mi parecer, el momento oportuno es sobre los 8 años.

Si uno se decide por la radicotomía posterior, ¿qué procedimiento escoger? Sin duda alguna, el procedimiento CODIVILLA-VAN GEHUCHTEN, más fácil y benigno que el procedimiento empleado primeramente hace 20 años por KUTTNER en los enfermos de FOERSTER. A este objeto, quisiera hacer notar que cuando hablamos de estas cuestiones empleamos un lenguaje muy defectuoso. La radicotomía posterior, creada en 1888 por ABBÉ y DANA, no es la operación de FOERSTER. No es que FOERSTER haya creado una operación que no existía antes que él, sino que ha creado un método y esto vale más. Del mismo modo, tampoco hay una operación de CODIVILLA-VAN GEHUCHTEN, sino un procedimiento CODIVILLA-VAN GEHUCHTEN, que no es una manera fácil de hacer la radicotomía posterior cuando se quiere reducir la espasticidad de los miembros inferiores. Este es el procedimiento

que he empleado ocho veces y que siempre me ha dejado satisfecho.

Si se quiere hacer una ramisección, se puede pasar por la vía peritoneal mediana o hacer dos operaciones sub-peritoneales laterales. A pesar de la molestia de operar dos veces, prefiero la vía sub-peritoneal.

Al acabar quisiera hacer una observación de orden muy personal. Estudiando, desde hace años, la cirugía de los rami-comunicantes, casi he expuesto solamente mis propias ideas y no tengo la impresión de haber sido jamás, como se ha dicho con un poco de ironía, el apóstol entusiasta de «la operación de ROYLE», de la que casi nunca he hablado.

Creo que he sido el primero en tratar de reducir las contracturas por operaciones simpáticas. Mi primera simpatectomía contra las rigideces parquinsonianas es de 1914 (5). Había extraído el ganglio superior para obrar sobre el miembro superior, desde luego, por medio de los rami-comunicantes. En 1917 (6), indiqué que las simpatectomías producían a menudo hipotonía, eran eficaces en las contracturas periféricas, y desde entonces tuve la idea de la ramisección aislada. Las circunstancias del momento no me permitían proseguir las investigaciones que habría querido hacer. Las he hecho ahora tan pronto como he podido ayudado por WERTHEIMER. En 1924, propuse

(5) WERTHEIMER: Cirugía del tono muscular.—*Journal de Chirurgie*, julio de 1925, t. XXVI.

(6)—LÉRICHE y HEITZ: Influencia de la simpatectomía periarterial sobre la contracción voluntaria de los músculos.—*Soc. de Biologie*, 17 de febrero de 1927, y *Presse Médicale*, 10 de septiembre de 1917.

la ramisección a la vez para disminuir las hipertensiones, atenuar las sensibilidades dolorosas y para modificar los trastornos vaso-motores y tróficos. Entonces aun no conocía nada de los trabajos de HUNTER y de ROYLE. Me enteré de ellos por una editorial de W. MAYO y de FRANKLIN MARTIN, vuelta de Australia, en *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, de junio de 1924. Señalé entonces este trabajo al final de la página de un artículo de *Lyon Chirurgical*, muy satisfecho de ver de este modo confirmadas las observaciones que personalmente había hecho. Al inspirar a mis alumnos WERTHEIMER y BONNIOT, su hermoso libro sobre la cirugía del tono, creo haber rendido a ROYLE el justo homenaje que merece y él mismo me ha dado las gracias. Pero personalmente, más preocupado de la cirugía del color que la del tono, he conducido la ramisección hacia un dominio que ROYLE no había abordado jamás, y con FONTAINE, me he esforzado en notar los efectos fisiológicos circulatorios y sensitivos, en que nadie había aun pensado. Al hacer esto, no he tenido nunca la impresión de que estudiaba la operación de ROYLE.

En la misma época, en Alemania, GAZA aplicaba la ramisección en el tratamiento de las algias viscerales.

Los trabajos de nosotros tres, de ROYLE, de GAZA y míos, han sido simultáneos. Han terminado en el mismo año. Contemporáneos, no han sufrido ninguna influencia unos de otros. Cada uno de nosotros ha tratado de alcanzar un objetivo diferente por una misma operación hasta entonces desconocida, cuya idea ha sido común y que no pertenece exclusivamente más a unos que a otros.

INDICACIONES QUIRÚRGICAS DE LAS ANURIAS (1)

por el doctor

F. IMBERT

Médico del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona

La anuria, o sea, la falta de secreción de orina, es un hecho que al presentarse inquieta extraordinariamente al enfermo si es consciente, emociona en grado sumo a la familia y alarma al médico, sabedor éste de que si sus esfuerzos no resuelven el problema, si los medios que pone en acción no restablecen la función interrumpida, el desenlace es rápido y fatal: es cuestión de días solamente; y sus recursos han de prodigarse sucesivamente, unos tras de otros, a pesar

de lo cual muchas veces ha de asistir al final inevitable, con el descorazonamiento de su fracaso y la desesperación de su impotencia. Ancho campo hay, no obstante, para sus iniciativas e incluso la Cirugía acude hoy aun en aquellos casos que por tradición quedaba al margen.

Se presenta la anuria inopinadamente, sorprendiendo al enfermo en plena salud, acompañada a veces de fuertes dolores; otras, complicando una enfermedad en curso, y otras, como período final de proceso morboso. Salvo en los casos que sigue a una intoxicación urémica, su tolerancia es mucha; nada diría por la integridad de las otras funciones orgá-

(1) Lección del Curso de Ampliación de Estudios de Cirugía de 1928, organizado por el profesor Dr. Enrique RIBAS RIBAS.