



QUÉ ES EL DOLOR

René LERICHE

GBMOIM

XX

¿Qué es el dolor físico?

Hemos llegado al término de estas lecciones. No han agotado el problema de la cirugía ante el dolor. Aún hay temas sobre los que podríamos haber continuado nuestro análisis. Pero hemos abordado lo esencial, y lo que hemos visto es suficiente para permitirnos responder a la pregunta que os expuse en la primera de las conferencias que he tenido el honor de pronunciar:

¿Qué es el dolor?

Qué es el dolor en sí mismo, fuera de las contingencias de la enfermedad y de la terapéutica, fuera de toda preocupación médica, en el plano de lo supremo, para emplear la expresión del mi amigo Fiolle.

Antes de responder quisiera tratar de deducir algunas ideas que constituyen la trama de los asuntos, tan diversos en apariencia, que he examinado ante vosotros y que son la clave de su secreta unidad.

DE LA NECESIDAD, PARA EL CIRUJANO, DE ESCUCHAR A SUS ENFERMOS.

El Primero de los temas que he querido desarrollar es que el cirujano que quiera estudiar el dolor y llegar a suprimirle quirúrgicamente, debe prestar gran atención a las quejas de sus enfermos, debe escuchar con cuidado el relato, siempre largo y con frecuencia fastidioso, de sus sufrimientos y no deducir con demasiada facilidad, como suele hacerse, que el que sufre exagera. Sin duda, casi siempre nos parece que el enfermo se extiende con demasiada complacencia en el mosaico detallado de sus sensaciones subjetivas, y ya sé que el verdadero médico, por educación, debe ir derecho hacia los hechos sin entretenerse en minucias subjetivas, derecho hacia el hecho anatomopatológico, único que puede descubrirle, se ha dicho, el secreto de la enfermedad.

Pero en el conflicto que resulta entre estas dos tendencias inversas, la del que quiere contar y la del que quiere ser objetivo, suele ser el enfermo el que lleva la razón y debemos concederle más tiempo del que habitualmente le concedemos, sobre todo cuando sufre un dolor.

Cirujano consagrado a la ley de lo real, sé que debo buscar la inspiración para mis actos terapéuticos más allá de lo subjetivo, y, mejor que cualquier otro, no desconozco la realidad anatómica de la mayor parte de las enfermedades.

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

Pero estoy convencido de que hay mucho que aprender escuchando a los enfermos; este deber de piedad humana, como preludio de un examen objetivo, aporta siempre un enriquecimiento real de nuestros conocimientos, haciéndonos comprender mejor al hombre enfermo y a su enfermedad.

En efecto: hay en la enfermedad y en el hombre enfermo muchas más cosas de las que estamos acostumbrados a ver. Hay ante todo muchos desórdenes funcionales secundarios cargados de sentido, pues la menor enfermedad tiene sobre nosotros más repercusión de lo que creemos. Además, aparte de las causas, hay el temperamento, que da forma a la enfermedad. Todo esto no se descubre de un golpe, y cada vez más debemos tratar de analizar el hombre enfermo al margen de su enfermedad. Porque a la Medicina de hoy no puede bastarle con identificar la lesión y su causa; una y otra no son sino elementos de la enfermedad. Hay que ir a la busca del hombre, lo que no siempre es fácil. Solo escuchando al enfermo, con espíritu voluntario de análisis fisiológico, se puede llegar a descubrir lo individual en la enfermedad. Indudablemente, en lo que nos dice el enfermo, sobre todo cuando sufre, hay muchas interpretaciones ociosas y vanas pero también se encuentran detalles que iluminan una situación, que hacen comprender el mecanismo de lo que acontece y nos indican en particular la génesis del dolor. La propia obsesión del que sufre tiene un sentido que debemos aprender a descubrir.

Al decir esto pienso en aquellos causálgicos de guerra cuyo único pensamiento era luchar contra sus propias ondas vasomotoras y que supieron descubrir nuevamente, para su uso, la fisiología de los reflejos vasomotores, que tanto nos han enseñado sobre las realidades del dolor. Algunas veces he lamentado retrospectivamente el no haberlos escuchado mejor cuando me hablaban. Lo que sé perfectamente es que jamás he perdido el tiempo escuchándoles, y si a veces he logrado sacar del análisis de los que sufrían ideas rectoras que han podido ser útiles para la cirugía del dolor, ha sido de los propios enfermos de donde me han llegado.

Sobre todo, es preciso comprenderles y creerles. Escuchad esta amarga queja de una enferma dirigida a alguien que la amaba; la encuentro en un librito conmovedor de Marcelle Sauvageot:

“No me has comprendido porque nada sabes de esto. Te pregunté una vez de qué humor te pondrías si solamente durante ocho días no pudieses dormir. Me contestaste que nunca te ocurría eso, pero que no debía ser agradable. Evidentemente no lo comprendes”.

Creedme: aún nos queda mucho que comprender en cuanto al dolor y a los fenómenos subjetivos; asunto que la Medicina ha descuidado demasiado, acostumbrada a despreciar lo subjetivo. ¿Me será permitido decir que constituye un extraordinario terreno de estudio para los espíritus objetivos, para los que poseyendo la inquietud del investigador no quieren contentarse con palabras?

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

INSUFICIENCIA DE LAS IDEAS ACTUALES SOBRE EL DOLOR

Otra idea que quisiera deducir de lo que he dicho es la insuficiencia de los conceptos fisiológicos clásicos para la comprensión del dolor-enfermedad.

En el estudio fisiológico del dolor ha habido un error en el punto de partida. Se ha orientado la investigación en un mal sentido, de ello se resiente aún todo el análisis del dolor. Siguiendo a Von Frey, los fisiólogos han considerado demasiado al dolor como un hecho periférico normal que podía estudiarse experimentalmente en la piel partiendo de excitaciones extrínsecas. Esto ha agrandado excesivamente el problema de los receptores del dolor. Y porque se creyó poder darle una solución histológica, el dolor ha ido tomando el aspecto de una sensación específica resultante del ejercicio de una especie de sexto sentido.

Al mismo tiempo, el método anatomoclínico aislaba en la médula los conductores centrípetos del dolor, descubría su localización electiva, describía un haz del dolor. Y así se llegó naturalmente a admitir la personalidad fisiológica del dolor, fenómeno sensorial de existencia propia, de significado previsor.

Más recientemente la realidad de este sentido defensivo pareció confirmada por el estudio de las velocidades aproximadas de los influjos específicos. Esas velocidades de conducción varían según la naturaleza de los excitantes, puesto que las impresiones de choque, de cosquilleo, de calor no caminan por los nervios con igual velocidad. Mientras que las impresiones táctiles suelen caminar a la velocidad de 40 metros por segundo, Pieron ha encontrado, con estímulos de intensidad sensiblemente equivalente, velocidades medias de 16 metros por segundo para el pinchazo, de 4,50 metros para la quemadura y de 12 metros para el pellizco.

Los análisis cronáxicos de Bourguignon han dado resultados semejantes, y también ha encontrado este autor diferencias de tiempo según los diferentes tipos de excitaciones doloríficas.

Y a las mismas disociaciones se llega al analizar las corrientes de acción que engendran los influjos nerviosos que corren por los nervios. Estas corrientes de acción se diferencian entre sí como si fuesen corredores que marchasen a diferentes velocidades. Erlanger, que las ha estudiado mucho, atribuye a la conducción de las excitaciones táctiles, térmicas y dolorosas ondas distintas y características. En 1929 tuvo ocasión de verlas registradas en el propio laboratorio de Erlanger. Para un profano las diferencias son sensibles. No podemos pasarlas por alto.

Pero aún hay más: Adrian, también especialista en estos difíciles análisis, acaba de señalar que existen múltiples sistemas de recepción del dolor que ofrecen entre sí diferencias sensibles en cuanto a su comportamiento frente a las corrientes de acción.

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

Por consiguiente, el dolor tendría receptores específicos, conductores especiales de un diámetro particular por los que la excitación marcharía con una determinada velocidad para cada tipo de dolor. Estos conductores estarían agrupados en la médula en una zona muy delimitada. Y el influjo engendraría, al circular, corrientes de acción distintas de las demás.

Ante hechos tan precisos parece que hay que admitir definitivamente el dolor como un hecho sensorial, como un fenómeno esencialmente fisiológico y no como una modalidad afectiva del contacto.

Y, sin embargo, no puedo decidirme a ello. No rechazo ninguno de los hechos sobre los que se funda la teoría; sería una absurda vanidad; pero no veo concordancia con lo que observamos en el dolor-enfermedad. Me pregunto si no se habrá ido demasiado lejos en la conclusión, sobrepasando lo relativo a los hechos experimentales. Y sobre todo no estoy muy seguro de que en esta investigación se haya estudiado realmente el dolor, el verdadero dolor, el dolor del que sufre.

Cuanto más reflexiono menos creo que se pueda asimilar el dolor experimental al dolor-enfermedad.

El dolor del hombre que sufre ofrece diversas particularidades que le diferencian del dolor experimental. No es un fenómeno intermitente resultado de una breve excitación que se repite. Es un fenómeno continuo con paroxismos, pero con un fondo que se mantiene estable durante meses, durante años. Os cité una vez la historia de un causálgico que sufría desde hacía dieciocho años. Durante dieciocho años no le dejó en reposo su enfermedad; sólo dormía algunas horas cada noche, y sólo mediante hipnóticos; al despertar encontraba nuevamente su dolor, que ya estaba presente en cuanto llegaba aquel estado de semiinconsciencia del umbral del sueño. Sé perfectamente que los nervios son infatigables; pero, así y todo, ¿no encontraréis singular esta resistencia a la fatiga ante un hecho fisiológico?

Pensad en la inverosímil anomalía que representa en el orden de la vida la permanencia sin desgaste de un fenómeno funcional que continúa indefinidamente siendo idéntico a sí mismo o sin variar más que en el sentido de una intensidad creciente. Ahora bien: este es el dolor y no la desagradable sensación fugaz de pinchazo o de pellizco que se provoca artificialmente en un ser sano.

Por lo demás, el dolor-enfermedad no parece obedecer a las leyes habituales de la excitación de los nervios. Carece de umbral, por decirlo así, para el mismo individuo. No varía de intensidad en función de la duración de la excitación. No sigue la ley del todo o nada.

Al hablar así no ignoro que me aventuro por un terreno peligroso. No sé nada, y lo siento, de esa admirable electrofisiología que ha revolucionado en estos últimos años nuestros conceptos sobre las funciones nerviosas. En estas

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

condiciones quizá haría bien en callarme. En realidad, no rechazo nada de lo que se haya visto, pero pido que antes de sacar la conclusión de que el dolor patológico del hombre es un fenómeno fisiológico y sensorial, se le estudie en los que sufren, en aquellos cuya vida de cada día es un reto a las leyes de la fisiología.

Se considera hoy día que el nervio es un conductor electrolítico cuya excitación obedece a una polarización de la concentración iónica, y que el influjo se propaga en condiciones siempre idénticas. Antes de admitir el dolor como hecho sensorial quisiera saber cómo se comporta a este respecto el nervio que durante años conduce un dolor-enfermedad.

No digo que la excitación dolorosa del laboratorio no sea una sensación específica, que no sea conducida en condiciones específicas precisadas por la experiencia. Acepto, puesto que me lo demuestran, que es un equivalente sensorial. Los fenómenos registrados gráficamente no son cuestión de sentimiento y de individuo. Son o no son. Si son no debemos desconocerlos. Pero pido una prueba de que existan en el dolor-enfermedad, en el dolor de la neuralgia facial, en el dolor de quemadura de los amputados, que persigue durante años sin discontinuidad, en tantos otros fenómenos dolorosos de constancia y duración para mí desconcertantes. Pensad en el gasto de energía que representa una neuralgia facial de treinta años de duración. ¿Y los dolores fulgurantes de un tabético? ¡Qué inaudito derroche de fuerzas! No puedo situar esto en el plano de los hechos fisiológicos. No hay identidad entre lo que pasa en estos casos y lo que se ve en la experiencia de laboratorio.

Ninguna dificultad hay en admitir que la modalidad de la excitación experimental, que ha de tomar en el centro una tonalidad afectiva, sea asimilable a la que da lugar a un fenómeno sensorial no doloroso. El que este excitante camine por fibras de diámetro especial con una velocidad especial sólo representa diferencias de valor. Pero ¿es esto el dolor? ¿Es esto asimilable a esa sensación que dura, que se renueva sin cesar, que jamás se agota, que aumenta de intensidad por toda clase de factores intrínsecos, en la que el umbral no cambia, cualquiera que sea la duración de la aplicación de la causa, sin que haya adición, que desgasta al individuo, que lo aniquila durante meses, años, lustros?

Sí; indudablemente, la patología sólo es una fisiología desviada. Nació esta idea en el Collège de France, en esta cátedra, y cada día nos parece más verdad. Pero si es exacto que las leyes de la conducción nerviosa son únicas, ¿podemos decir que en el dolor-enfermedad sólo hay el simple ejercicio monstruoso de un fenómeno normal? No lo creo. Es posible que la velocidad de propagación del dolor sea en la enfermedad diferente de la del tacto. Es posible que el influjo generador de dolores produzca corrientes de acción que le sean propias. Pero ¿es que esto prueba que el dolor de un amputado es solo el simple ejercicio desviado de una función normal?

En el fondo sería necesario que los hechos a que los médicos llamamos dolor

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

fuesen estudiados por los fisiólogos y que vieses si verdaderamente se podía deducir de sus investigaciones lo que constituye el objeto de las nuestras. Si lo demostrasen me daría por vencido.

Pero hasta más amplia información, su concepto es demasiado mecanicista, demasiado puramente arquitectónico para adaptarse a lo que vemos los médicos en el hombre enfermo.

Y además olvida demasiado que el dolor no es más que la respuesta afectiva a una excitación transmitida al cerebro como un fenómeno eléctrico, y que, si el cerebro ha perdido sus posibilidades afectivas, el excitante que normalmente produce el dolor ya no causa impresión dolorosa.

El fenómeno es, pues, menos periférico de lo que suele decirse.

En fin: aún hay otra cosa que no han tenido en cuenta los que tanta importancia dan al sistema de los receptores doloríficos, y es que casi siempre el dolor-enfermedad nace fuera del sistema de los receptores. En la neuralgia del trigémino, la excitación generadora del dolor se produce en el ganglio de Gasser, a menos que lo sea en el núcleo pontobulbomedular. En los dolores fulgurantes de la tabes se produce a nivel de la raíz posterior o del ganglio espinal, En el síndrome doloroso consecutivo al zona parece también de origen ganglionar. En los dolores consecutivos a las heridas de los nervios, en los amputados, se produce a nivel del neuroglioma del cabo superior. Así, pues, por regla general la excitación se produce lejos de los receptores llamados especializados. Apenas hay otros que los dolores de origen simpático, los provocados por alteraciones de la vasomotilidad, isquemia o congestión, en los que la excitación nazca aparentemente a nivel de las terminaciones sensitivas de la piel, y eso por un mecanismo muy indirecto que en nada se parece al del dolor experimental. En el nervio, sin duda, la conductibilidad es indiferente. Cualquiera que sea el punto excitado, la onda que nace camina por él como si se hubiese producido en el origen mismo del sistema. Pero, cosa extraña, la naturaleza nos da un gran número de receptores para permitirnos apreciar el dolor, y casi todos los dolores espontáneos tienen su origen fuera de los mismos. Y al decir la naturaleza sabemos bien lo que queremos decir; esto es: la lenta adquisición de las cualidades por la presión de los hechos.

Ningún sentido funciona así. No nacen espontáneamente las impresiones gustativas u olfatorias fuera de las excitaciones de las papilas de la lengua y de las vesículas olfatorias. No se conocen impresiones táctiles provocadas fuera de la piel. Cuando se comprime un nervio, o cuando se le corta, o cuando tiene una cicatriz, hay hipoestesia, o anestesia, y a veces dolor, pero nunca hay una sensación precisa de tacto, precisa como lo es la sensación de dolor, a pesar de que, sin embargo, nace del mismo modo, según se dice.

Reflexionad en la posición de estos hechos extraordinarios. Se nos dice que hay receptores específicos para el tacto y para cada una de sus diversas modalidades, para el calor y, el frío, para el dolor. El conjunto de estos

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

receptores· asegura el funcionamiento de un sentido: el del tacto. Las fibras centrípetas, que conducen a los centros las impresiones específicas así recogidas, caminan lado a lado, especifica cada una de ellas en su conducción. Las fibras caminan hasta los centros, permaneciendo en el nervio cada una fisiológicamente distinta. Y si se toca al nervio en cualquier punto, si se le pincha por fuera, por dentro o en el medio, nunca se produce otra cosa que una violenta sensación de dolor: jamás se despierta una sensación de tacto; nunca una sensación de frío. Parece como si no hubiese más que fibras del dolor. Si el nervio se comprime ocurre lo mismo, y si se corta exceptuando el caso de amputación, en que la alucinación del miembro ausente se produce por un mecanismo que ya hemos explicado ya no hay sensación de contacto, ni de frío o de calor, sino que surgen espontáneamente sensaciones de dolor, y cuando el nervio ha cicatrizado las cosas siguen lo mismo, y a menudo para siempre.

Todos los libros, al estudiar los síntomas de las heridas de los nervios. nos dicen que el síndrome de interrupción de un nervio está caracterizado por una parálisis completa, por una desaparición rápida y progresiva del tono muscular, por una anestesia inmediata, completa, inmutable; por la ausencia de hormigueos provocados por la presión por encima de la lesión y por la ausencia de dolor, a menos que los haya sumamente violentos, tan violentos que se ha descrito una forma neurálgica más o menos intensa caracterizada por dolores percibidos en la periferia, en el territorio del nervio cortado. En este caso es el neuroglioma del cabo superior el que crea el dolor; pero nunca crea una sensación de tacto, de calor, de frío.

Y cuando el nervio se regenera, el enfermo percibe sensaciones de hormigueo, sensaciones desagradables dolorosas. La aparición de las sensaciones dolorosas precede siempre a la de las sensaciones de contacto, de calor y de frío; parece que las fibras del dolor se regenerarían antes, lo que verdaderamente sería cosa muy singular. Y estas impresiones dolorosas de la regeneración nacen en el propio tronco del nervio o en sus ramas, sin que haya receptores para recogerlas.

Cuando hay una cicatriz cutánea ocurre lo mismo: es insensible durante largo tiempo, pero puede ser precozmente dolorosa, y habitualmente es la sensación dolorosa la que primero aparece,

En los injertos cutáneos es asimismo la primera en aparecer la sensibilidad al dolor, y siempre es la más precisa.

Ahora bien: ni en las cicatrices, ni en los injertos cutáneos hay al principio receptores específicos para el dolor, o si los hay, aún no están penetrados por las fibras nerviosas.

Head pensaba que esta sensibilidad primitiva, obtusa y dolorosa era una sensibilidad simpática. Pero los histólogos no encuentran ningún elemento que pueda ser interpretado como de origen simpático en los órganos sensitivos en vías de regeneración

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

Y ahora os pregunto: ¿existen en verdad órganos especializados para el dolor, dado que casi nunca son necesarios para la producción de la sensación dolorosa y que casi nunca sirven cuando el hombre sufre? Y por lo demás, ¿es cierto que esos receptores sensitivos son tan estrictamente específicos como se ha pensado?

Me han causado gran impresión las experiencias de Boeke, de Dijkstra y de Klein, que nos dicen que el ambiente de las fibras nerviosas juega un importante papel morfogenético en la diferenciación de los elementos sensitivos terminales y específicos. La trasplatación a la pata de la piel del pico del pato no se sigue de la regeneración de los corpúsculos específicos (corpúsculos de Grandy, corpúsculos de Herbst), mientras que la trasplatación de la piel de la pata al pico es seguida de la aparición de los corpúsculos característicos del pico, que antes no poseía. La regeneración se hace en función del medio. Y si se añade que se han encontrado en muchos sitios, bajo el periostio, en el páncreas, en pleno parénquima paratiroideo, elementos morfológicos idénticos a los de la piel, habrá que preguntarse qué significa esta famosa especificidad de los corpúsculos del tacto.

Lo repito: el concepto fisiológico del dolor es demasiado fríamente arquitectónico para las sutilezas del dolor-enfermedad.

Algunos de los hechos que os he referido demuestran que es completamente insuficiente para la comprensión del estado patológico.

He tratado de demostrar que hay un dolor de origen simpático, es decir, un dolor elaborado en los centros, pero cuyo excitante es recogido por las terminaciones centrípetas del sistema simpático, que le conducen hasta el centro ganglionar, donde es reflejado por las vías simpáticas hasta la médula.

Se aduce que el simpático no tiene fibras centrípetas propias. Es la misma objeción que se hace a Head. Pero el argumento sólo tiene un valor histológico. En la patología ocurren las cosas como si las tuviese, y en la experimentación quirúrgica también. En todo momento se ven caminar las excitaciones centrípetas a través de las vías llamadas simpáticas.

En las lecciones precedentes he citado hechos que demuestran que, bajo anestesia raquídea, cuando ya no queda sensibilidad alguna ni en la piel ni en los músculos, es dolorosa el pinzamiento de la adventicia arterial. Y esto, además: en un cordotomizado bilateral a la altura de D4, cuando la sensibilidad ha desaparecido completamente en la pared y en el peritoneo parietal, el dolor cólico persiste. Sólo puede pasar por las vías simpáticas. Se me objeta que las fibras que conducen semejantes sensaciones son de origen espinal. No digo que no; pero están tan estrechamente unidas al simpático que, para nosotros, los médicos, forman parte de él prácticamente, es decir, fisiológicamente.

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

El dolor producido en estas condiciones es otra cosa que la sensibilidad protopática de Head. Puede ser producido por la excitación directa de los ganglios, y quizá os acordéis de aquellas observaciones en las que el pinchazo del ganglio estrellado producía un dolor en la punta del corazón o en el centro del pulmón. Es preciso, pues, que los ganglios sean efectivamente una médula extrarraquídea "equivalente (como decía Morat) en sus propiedades a las masas de substancia gris de la médula espinal y de la médula oblongada, cuyos conectivos, que van de los ganglios a las masas profundas del sistema nervioso, son conductores intercentrales análogos a los de la corteza o de los ganglios encefálicos que se extienden a las masas grises bulbomedulares".

Erlanger y Gasser han demostrado que esas fibras simpáticas poseen sus corrientes de acción poco amplias, muy lentas, y que se asocian a ciertas fibras periféricas. ¿Son, pues, también los conductores de una sensación visceral los elementos de ejercicio de un sentido específico distinto del tacto, puesto que el tacto no existe a nivel de las vísceras? ¿Son, a su vez, la prolongación de aparatos sensoriales específicos?

Una teoría prueba su exactitud cuando se aplica a todos los hechos a que se refiere. ¿Quién se atrevería a decir que el dolor es un fenómeno sensorial cuando nace en las vísceras? ¿Es entonces el simple ejercicio de un sentido inutilizado a veces durante toda la vida y presto, sin embargo, a funcionar siempre?

* * *

Pero, aparte de toda lucha de ideas, consideremos aún algunos hechos que yo quisiera deducir de estas lecciones.

Al lado de los dolores directamente provocados por una excitación patológica de los conductores centrípetos o de sus terminaciones hemos visto que existe un dolor por alteración de la vasomotilidad; dolor por vasodilatación, como en la causalgia; dolor por vasoconstricción, como en las arteritis. Me parece que el conocimiento de estos hechos tiene una importancia considerable. Me parece que en particular el factor de vasoconstricción se encuentra en el origen de un gran número de fenómenos dolorosos de etiología ignorada, particularmente de los dolores a frígore y de los dolores por compresión accidental. Es lo que podríamos llamar el dolor por alteración de la fisiología.

Y también se puede suponer, a beneficio de inventario, que muchos paroxismos son quizá debidos a esas ondas vasomotoras que incesantemente atraviesan la vida del individuo en estado de salud.

En todo caso, los resultados de las infiltraciones anestésicas del simpático están a favor de esta interpretación del mecanismo de numerosos dolores. Esas infiltraciones, de efecto vasodilatador, tan eficaces en las arteritis, sólo tienen una acción pasajera cuando hay una causa anatómica permanente como base de los dolores. Sin embargo, pueden tener una acción de larga duración y hasta acciones definitivas en ciertos dolores de los muñones

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

difíciles de clasificar. Pueden asegurar una completa curación en estados mal conocidos por carecer de comprobación anatómica Y en los que, indudablemente, el origen del dolor está en una alteración funcional vasoconstrictora.

El interés de este método no sólo se debe a que ha aliviado ya a muchas personas y no sólo en que cada día se le encuentran más indicaciones. Está, además, en que más allá de su valor práctico nos aporta una profunda enseñanza fisiológica. Las infiltraciones nos muestran, en efecto, que el dolor que nace de una excitación provocada por la enfermedad en un nervio espinal cualquiera puede ser suprimida por efecto de una modificación fisiológica temporal producida a distancia en el sistema de la vasomotilidad. Nos indican la interacción de un sistema sobre otro y prueban que el trastorno de una función puede ser corregido por una acción puramente funcional.

Hay en esto un nuevo hecho experimental que nos indica la insuficiencia del actual concepto del mecanismo del dolor humano. Su esquema no nos da en manera alguna la posición viviente del problema. En la génesis del dolor hay algo más que receptores, conductores, centros y excitantes. Hay algo más que una fría arquitectura. Situada por fuera de la vida. En realidad, en el sistema de la inervación periférica, y quizá central, se interfieren sin cesar fenómenos vitales, movimientos humorales, fenómenos de nutrición, repercusión de reacciones lejanas, y así se producen el dolor y sus paroxismos en un gran número de casos. Ahora bien: estos fenómenos vitales se verifican de distinto modo en cada individuo. De lo que se deduce la noción de lo individual en el dolor humano, pues la individualidad es la propia característica de nuestra vida de hombres.

Es cierto que frente a un fenómeno que puede producir dolor no todos reaccionamos del mismo modo. Ante una excitación cada uno aparece dominado por su temperamento, que se interpone entre la materialidad del hecho y la tonalidad de la sensación. Es el temperamento lo que en cada uno determina el propio umbral del dolor. Unos responden al excitante con dolores violentos porque su simpático es hipertónico y su vasoconstricción está siempre despierta, porque su fisiología está en el umbral de lo patológico, por lo que se produce la isquemia relativa del nervio o, inversamente, una vasodilatación duradera. Otros sólo sentirán una incomodidad pasajera, una súbita impresión desagradable, que desaparece en seguida porque se corrige en algunos segundos.

También intervienen, indudablemente, otros fenómenos fisiológicos: valores hormonales, influencias vitamínicas, diferentes en cada uno de nosotros. La vida no es un puzle de funciones que se yuxtaponen y se ajustan mutuamente. No hay en ella sino cambios e interrelaciones. Y el dolor físico no es un simple fenómeno de influjo nervioso de velocidad determinada en un nervio: es la resultante del conflicto entre un excitante y el individuo entero.

En este terreno, como en toda la patología, es, en suma, la personalidad humoral y vasomotora lo que fija la marcha del fenómeno. Esta personalidad

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

interviene sin cesar porque nuestros órganos nunca son sino partes de un sistema que se ordenan para el cumplimiento de una función compleja y sólo los aislarnos por el artificio de una didáctica engañosa.

Por consiguiente, debemos dejar los esquemas y comprender que el nervio sensitivo sólo es una unidad en apariencia, unidad para la disección, pero no para la fisiología; no es una unidad funcional. Surgido de la morfología, sólo representa un elemento material que ejerce su papel en los ciclos reflejos elementales que mantienen la armonía de la vida. Los dispositivos de la sensibilidad periférica, los aparatos de recepción de las excitaciones, las vías centrípetas periféricas, sirven para asegurar el obscuro juego de los incesantes equilibrios de nuestra vida vegetativa, de nuestros movimientos, de nuestras actitudes, cosas todas estrechamente intrincadas con los movimientos del medio interno. El ejercicio, por lo demás importante, de un sentido viene en segundo lugar. La función aparente no debe suponer el desconocimiento del trabajo fundamental.

Y cuando se ven así las cosas es imposible imaginar el dolor espontáneo, el dolor-enfermedad, como expresión de una actividad normal, como resultado de un sentido siempre despierto. Nada tiene que ver con los ciclos reflejos; sólo puede yuxtaponerse a ellos desastrosamente. No podemos admitir que sea una necesidad ineludible de nuestra vida, dotada para su buen ejercicio de aparatos específicos y de vías preformadas.

En suma: el objeto de nuestros análisis no es el mismo que el de los fisiólogos. El dolor experimental sólo es para nosotros una ficción de laboratorio que dura un instante. Con sus receptores particulares, sus vías especiales, sólo representa una modalidad afectiva del tacto.

El dolor-enfermedad es completamente distinto: os he referido hechos que demuestran que pasa por conductores que no son los que forman la vía sensitiva normal.

Tampoco tiene receptores específicos. No figura en el plan de la vida.

Sé perfectamente que este argumento, de sentido común y de razón, no tiene ningún valor absoluto y que al utilizarle se corre el riesgo de ser tachado de poco talento. Creo, sin embargo, que la inteligencia no debe abdicar cuando se trata de trabajar sobre hechos médicos y que su papel es ordenarlos, encuadrarlos, situarlos en su verdadero lugar.

Por lo tanto, sin cambiar nada, a pesar de los nuevos hechos de la experimentación fisiológica, de lo que he escrito en otras ocasiones, continúo creyendo que lo que sabemos acerca del desarrollo fisiológico y ontogénico de las conducciones sensoriales nos impide pensar que en nosotros existan receptores y agrupaciones de fibras nerviosas para el dolor-enfermedad, esperando durante años -durante toda una vida- hipotéticas eventualidades de utilización. Y sí apariencias de detalle pueden sugerir a veces esta idea, se nos ha de permitir antes de admitirla esperar a que se complete su

LA CIRUGÍA DEL DOLOR. René Leriche

demostración, pues la concordancia de estas apariencias con los hechos que la enfermedad nos muestra no me parece aún posible.

El dolor-enfermedad es como un accidente que evoluciona a contrapelo de las leyes de la sensación normal. Habitualmente nace fuera de los receptores sensitivos, en los conductores o en los centros. Jamás se agota. No se cansa. Se exagera con el tiempo más bien que se gasta. Todo en él es anormal, contrario a la ley. Considerarlo como una advertencia, como una reacción de defensa, es una amarga broma. Cuanto más le analizo menos acierto a situarle en el orden de la vida. No le veo en el plan de la naturaleza.

¿Qué es, pues, el dolor en sí, fuera de toda contingencia?

Un fenómeno individual monstruoso y no una ley de la especie. Un fenómeno de enfermedad. Un desorden del que no podemos desligarnos por sus consecuencias, con el que no debemos transigir y que hay que tratar de conocer bien para combatirlo mejor.

Este es el objeto de la actual actividad de la cirugía frente al problema del dolor físico.