

Indiferencia o insensibilidad congénita al dolor*

*Mac Donald Critchley***

Vamos a ocuparnos de un hecho clínico realmente raro. Cualquier médico sabe perfectamente que los enfermos reaccionan de forma muy distinta frente a estímulos dolorosos de igual intensidad, en la medida en que ésta puede ser determinada. Puede decirse que hay una gama o espectro de reactividad individual al dolor. En uno de los extremos del espectro se encuentran aquellos individuos tranquilos y flemáticos que soportan el dolor con serenidad, incluso con indiferencia. En el otro están aquellas personas que reaccionan exageradamente ante eventuales estímulos dolorosos. Es discutible la interpretación de si esta reacción exagerada de algunas personas representa una real hipersensibilidad en sentido fisiológico o es consecuencia simplemente de un miedo anormal ante factores algógenos. En este momento nos interesan más los sujetos que se comportan de

forma opuesta, los sujetos insensibles al dolor. ¿Su complacencia y estoicismo ante el dolor son debidos meramente a peculiaridades psicológicas de especial valentía o por el contrario son el resultado de una singular perceptividad, de una auténtica hiposensibilidad ante estímulos que para una persona normal serían francamente molestos o incluso insoportables? Creemos que hay aquí planteados dos problemas distintos y queremos fijar nuestra atención, si ello es posible, en el último de ellos. Estos individuos hiposensibles al dolor son, por otra parte, física y mentalmente normales. No puede decirse de ellos que se hayan acostumbrado al dolor sino que en realidad se trata de personas que desde su nacimiento jamás han tenido la normal experiencia de dolor físico.

Tales casos son sin duda extremadamente raros pero su real comprobación es incuestionable, según se deduce de la literatura existente. Quizá todos nosotros hemos encontrado en nuestra experiencia clínica lo que podemos llamar casos parciales de insensibilidad al dolor. Pero

(*) Conferencia pronunciada en las III Jornadas de Actualidades Neurológicas. (Pamplona, abril de 1967). Traducción de J. M. Martínez-Lage.

(**) Presidente de la Federación Mundial de Neurología. Instituto de Neurología. Londres.

ahora nos referimos no a una hiposensibilidad o insensibilidad relativa sino más bien a una insensibilidad localizada. Quizá encajaría aquí ese extraño grupo de individuos, por otra parte insignificante, que jamás han padecido un dolor de cabeza ni tienen experiencia de lo que éste representa. También podrían considerarse aquellos enfermos, todavía menos frecuentes pero de los cuales, sin duda, creo que todos tenemos experiencia, que han sufrido trastornos tan dramáticos como un infarto de miocardio o una perforación de úlcera péptica sin la aparición del más mínimo dolor localizado.

Los casos de que vamos a tratar son todavía más curiosos y, si bien son de muy rara observación, plantean importantes problemas que despiertan un gran interés biológico y también filosófico. Nos vamos a referir a aquellos individuos que, siendo normales y sin presentar relevancia alguna, "van de la cuna a la tumba" sin haber experimentado jamás una sensación de dolor. Y conste que tales sujetos no tienen analgesia ni anestesia. Si se les pincha con un alfiler, ellos saben lo ocurrido. Son capaces de diferenciar entre un pinchazo vivo y una sensación táctil ligera: Pueden distinguir perfectamente cuando se les estimula con la cabeza de un alfiler o con la punta del mismo. Aprecian bien las diferencias entre frío y calor y, cuando se les sumerge las manos o el cuerpo en agua, son capaces de dar cuenta de los cambios de temperatura y de sus grados (como en la prueba de Hardy-Wolff). Y sin embargo, uno de estos enfermos podría coger varias veces carbones encendidos de la parrilla y volverlos a colocar en ella. Otro de tales enfermos, ya descrito, fue salpicado más de una vez con plomo derretido mientras trabajaba (426°), sin que notara molestia alguna. Cualquier herida, incisa o contusa, quemadura, escaldadura, fractura o intervención quirúrgica son indoloras para estos sujetos. En general, tales enfermos no saben lo que significa un dolor

visceral, de cabeza, de dientes o de oídos. Sus períodos menstruales se presentan sin molestias e incluso el parto puede ser indoloro.

Actualmente, estos enfermos con insensibilidad al dolor se descubren en edades tempranas y son llevados a la consulta como una curiosidad médica cuando son adolescentes, presentando entonces muy variadas cicatrices en su cuerpo. Los dedos pueden ser asiento de panadizos o paroniquias purulentas. Las falanges distales pueden llegar a estar parcialmente perdidas. Uno de estos muchachos tenía los pies macerados y deformados, como consecuencia de haber practicado saltos exhibicionistas desde considerables alturas. Una niña había sido llevada al médico porque, estando sentada en la bañera, había abierto el suministro de agua caliente, que salió hirviendo, y había permanecido en la misma durante media hora (Arbuse, Cantor y Barenberg, 1949). En enfermos de mayor edad, las articulaciones pueden presentar lesiones indoloras atrófico-hipertróficas, semejantes a las artropatías tabéticas de Charcot.

Una enferma de siete años de edad, al tratar de saltar sobre una balastrada de hierro, se quedó clavada hincándose un gran espigón entre las piernas. Después que se libró del mismo, caminó por sí sola hasta su casa, recorriendo una distancia de unos cuatro kilómetros y sanando profusamente. Hubo necesidad de darle trece puntos de sutura. Esta niña no recordaba haber sentido dolor alguno, ni provocado por la herida ni por la actuación quirúrgica.

Profundizando un poco más en los hallazgos clínicos, nos encontramos que estos enfermos —si se les puede llamar así— no son ni histéricos ni débiles mentales. Su aspecto físico es irrelevante; en otras palabras, la insensibilidad al dolor no es una manifestación de ningún entrenamiento particular, tal como puede verse en los boxeadores de grandes pesos

o en los paracaidistas. La exploración física, incluyendo el examen neurológico detallado, es negativa. Todos los reflejos clínicos están presentes y normales; y, no solamente éstos, sino que incluso el reflejo corneal, considerado como perteneciente a la categoría reactiva dolor-respuesta, está generalmente intacto. Este hecho es de gran interés porque, en la cornea normal, se ha negado la presencia de otras terminaciones nerviosas que no sean los receptores para el dolor.

Referente al estado de la sudoración, hay discrepancias a juzgar por la literatura. En ciertos casos no existe, mientras que en otros se produce normalmente.

Un estudio completo de tales casos exige llevar a cabo diversos procedimientos clínico-fisiológicos. Pueden realizarse muy diferentes pruebas, pero siempre con resultado negativo en todos los casos. No se obtiene respuesta dolorosa con la inyección intradérmica de histamina, ni provocando una isquemia muscular ni mediante choques eléctricos. En un caso, se ajustó un "Vitalómetro" a los dientes haciendo pasar una corriente de sesenta miliamperios y cinco mil ciclos por segundo, sin que apareciera respuesta dolorosa. El reflejo cilio-espinal en general no se obtiene. Las respuestas psicogalvánicas están también anuladas. El test "cold pressor" es también negativo.

La biopsia de piel, que puede ser realizada incidentalmente sin anestesia, no revela anomalías histológicas en lo referente a las neurofibrillas y terminaciones nerviosas.

Ramos y Schmidt han producido recientemente ampollas en la piel de enfermos de este tipo y, estudiando el líquido contenido en las mismas, no encontraron anomalías en su composición, estando presentes los habituales factores químicos productores del dolor.

Es de particular interés interrogar a los

enfermos sobre la percepción de determinadas sensaciones cutáneas o viscerales de tonalidad ligeramente dolorosa. Por ejemplo; en algunos casos, aunque no en todos, puede existir el fenómeno de picazón, apreciado como un "dolor lento". Esta sensación no había sido experimentada por el enfermo de McMurray (1950). Estos enfermos pueden experimentar sensaciones de hambre y de sed así como también apreciar las características estimulaciones de distensión vesical y rectal. Puede haber cierto embotamiento del sentido del gusto o del olfato.

El hecho de que muchos de estos niños realizan una auténtica automutilación hace pensar que estos enfermos experimentan algunas sensaciones subjetivas curiosas que pueden ser desagradables y molestas para ellos. El niño que presenta insensibilidad al dolor se le ve con frecuencia que está mordiéndose sus labios o su lengua, hasta el punto de producirse notables heridas tróficas; o que está arañándose los dedos o hurgándose la nariz hasta producirse ulceraciones. Por ejemplo, una niña (estudiada por Boyd Jr y Uie, 1949) se quemaba a sí misma colocándose sobre una estufa caliente diciendo... ¡Qué bien! La misma enferma con frecuencia se pinchaba en la nariz hasta producirse ulceraciones "porque notaba cosquillas". Otro niño cuyo caso ha sido descrito en la literatura señalaba que estímulos potencialmente dolorosos a él le divertían. No podemos empero asegurar si tales actividades están dirigidas a calmar una disestesia desagradable o por el contrario a obtener una vivencia subjetiva de carácter placentero.

Estas distintas observaciones deben de ser estimadas como hechos realmente destacados. Pero quizá sea de mayor interés considerar la otra cara de la moneda. Es decir ¿existe una insensibilidad semejante para los sentimientos y sensaciones que normalmente son agradables y placenteros? Hemos visto que el fenómeno de

picación u hormigueo puede estar ausente en estos casos; ¿y el cosquilleo?, ¿existe o no? Estos niños con insensibilidad congénita al dolor ¿son sensibles a las carantoñas de besarles, acariciarlos, abrazarles, acogerles cálidamente como los otros niños? ¿A la edad correspondiente, disfrutan con la actividad muscular, corriendo, bailando o jugando? ¿Y cuando son mayores, existe pérdida de la libido o de otras sensaciones y sentimientos sexuales? Todas estas son cuestiones fáciles de preguntar pero difíciles de responder puesto que desgraciadamente los casos descritos en la literatura no han sido suficientemente estudiados y seguidos longitudinalmente hasta la vida adulta, de forma que no es posible decir con garantía si al lado de una indiferencia o insensibilidad al dolor existe también una *anhedonia* o ausencia de sentimientos y sensaciones agradables.

No es mucha la evidencia existente con respecto a que esta indiferencia congénita al dolor prevenga siempre la sensación de dolor con ocasión de enfermedades intercurrentes que estos sujetos pueden padecer. Uno de los enfermos mejor estudiados en este sentido sufrió intensa cefalea tras la punción lumbar que le fue practicada. Este es otro dato que sugiere que, en algunos casos y hasta cierto punto, la insensibilidad al dolor disminuye con los años, a medida que el sujeto envejece. Sin embargo esta evolución no ocurre en todos los casos.

Yo no puedo aclarar el significado exacto de estas discrepancias.

La historia de este singular síndrome tiene interés y nos remonta a muchos años atrás. Hace algún tiempo, durante los últimos años del siglo XIX, el gran neurólogo pionero americano Weir-Mitchell describió un caso de este tipo que, para más detalles, correspondía a un procurador amigo suyo. Este sujeto a lo largo de sus 56 años de vida no había conocido

jamás lo que era sufrir dolor, a pesar de que había sido objeto de numerosos y respetables traumatismos. En una ocasión que, a raíz de una discusión política, le fue aplastado uno de sus dedos, se lo arrancó de un mordisco porque le era incómodo. Durante tres años había tenido una úlcera indolora en un dedo del pie. En otra ocasión presentó un gran absceso en la mano propagado al antebrazo que puso en peligro su vida. Pese a ello, no sufrió dolor alguno, ni siquiera cuando el absceso fue incindido y desbridado. El mismo enfermo fue objeto de extracción de una catarata bilateral sin que se practicara anestesia local. Este señor solamente tuvo ligero malestar en su lecho de muerte.

Creo que en realidad el siguiente caso descrito en la literatura apareció en 1932 cuando otro autor americano llamado Dearborn publicó la historia clínica de un conocido artista de Vaudeville, Edward Gibson, cuyo sobrenombre fue "*El ace-rico humano*". Este hombre había sufrido una ocasional cefalea pero ésta fue en realidad la única y real experiencia dolorosa que tuvo en su vida. Vivió 54 años y a lo largo de ellos le acaecieron numerosos accidentes. Fue golpeado en la cara con el filo de un hacha; le abrieron la cabeza con un machato; una bala de revólver le atravesó un dedo; se fracturó el peroné; se rampió la nariz; se quemó su mano mientras la apoyaba sobre una estufa de gas sin darse cuenta, no notando nada hasta que olió la fetidez de carne carbonizada. Interesa señalar que en alguno de tan serios tramatismos y heridas este enfermo tuvo manifestaciones de shock quirúrgico pero no sufrió dolor. Había padecido una otitis aguda, neumonía doble y fiebre tifoidea que se desarrollaron sin dolor alguno. En su número en el *music-hall* se presentaba semidesnudo e invitaba a la concurrencia a que subieran al escenario y le clavaran alfileres profundamente en cualquier par-

te de su cuerpo excepto en el abdomen y en la ingle. En una sesión aislada quizá llegaron a clavarle hasta 60 alfileres hundidos hasta la cabeza. El llegó a ofrecer la suma de 5.000 dólares a cualquier médico que pudiera observar en él cualquier muestra de dolor. Su carrera terminó cuando en una ocasión decidió ser crucificado en pleno escenario. Se erigió una cruz de madera y se prepararon cuatro clavos dorados con punta fina. Un espectador salió del público y martilleó uno de los clavos a través de la palma de su mano y hubiera hecho lo mismo con las otras extremidades si su acción no hubiera sido interrumpida en este momento por la estupefacción producida en el público.

El siguiente caso registrado fue un caso personal visto en 1934 cuando examiné en el Departamento de consultas internas del *King's College Hospital* de Londres a un individuo que acudió para informe prematrimonial y que me fue enviado desde el Departamento de Cardiología, debido a que él mismo había hecho la observación de que jamás en su vida había sabido lo que era sufrir dolor. Cuando yo le pinché duramente con un alfiler, él no se movió y dijo: "Nada en absoluto". Igualmente que en los casos de Dearborn y Weir Mitchell, este hombre había tenido también varios accidentes y sufrido agresiones los cuales hubiera sido de esperar que le hubieran producido dolor. En el curso de una discusión alguien le rompió un paraguas en la cabeza sin lastimarlo en absoluto. Le habían sido extraídos todos sus dientes sin necesidad de anestesia que tampoco fue necesaria para abrirle un panadizo. Yo pude comprobar que este hombre era un típico ejemplo de la enfermedad que nos ocupa puesto que podía sentir, identificar y reconocer la intensidad de diversos estímulos dolorosos pero éstos no le producían molestia alguna.

En los últimos treinta años se han regis-

trado diversos casos sucesivos sobre todo en la literatura neurológica inglesa y americana. Nosotros contamos ahora con dos casos provistos de examen *postmortem*, los cuales presentaré a continuación.

A la hora de discutir estos síndromes, se plantea una cuestión terminológica que tiene alguna importancia. Unos autores han hablado de *analgia congénita* pero este no me parece un término feliz. La expresión *indiferencia al dolor e insensibilidad al dolor* se han usado indiferentemente. De la misma forma unas veces el adjetivo ha sido *congénito* y otras *constitucional*. Kunkle, sin embargo, ha aducido un fuerte argumento para desechar el término de *indiferencia al dolor* y quedarse con el de *insensibilidad*, diciendo que estos individuos no *aprecian* realmente el dolor en absoluto. Otro médico ha argüido "si el enfermo no ha experimentado jamás dolor ¿cómo puede experimentar la *ausencia* de dolor?" (PACELLA). Yo me he comprometido hablando hoy de *indiferencia o insensibilidad congénita al dolor*, pero debo confesar que el término perfecto para designar este fenómeno todavía se nos escapa. La cuestión del diagnóstico diferencial es importante. Todos estamos familiarizados con el relativo estado de analgesia que presentan algunos enfermos psicóticos y también algunos deficientes mentales profundos.

Con anterioridad yo he dado una descripción gráfica de alguno de estos casos: Idiotas o imbéciles se infringen daño con frecuencia mordiendo o golpeándose a sí mismos o batiéndose sus cabezas contra la pared. Los psicóticos se sabe que se queman o escaldan a sí mismos gravemente, mastican cristales rotos y realizan todo tipo de terribles automutilaciones. GOODHART describe el caso de una muchacha que se arrancó sus globos oculares. En enfermo de CONN se fracturó sus falanges, se dislocó sus pulgares y se arrancó su oreja. WEATHERLEY ha relata-

do el caso de una mujer que había atentado varias veces contra su vida. En una de estas ocasiones fue encontrada envuelta en llamas: Se había arrancado los ojos y había colocado carbones flameantes en su vagina, ano y axilas. Al mismo tiempo estaba bramando con risa y gritaba estentóreamente: "Ahora os tengo, demonios".

La explicación de una conducta de tal tipo es problemática y puede variar en verdad de un caso a otro. En el caso de los deficientes la sensación dolorosa puede ser quizá incorrectamente interpretada. Es posible que en la mayoría de los casos las autoaplicaciones de dolor representen un intento de aplacar un sentido de culpa o de espiar un delito, real o imaginario.

Evidentemente que los casos que estamos estudiando no pertenecen a estos grupos de que acabamos de hablar. Existe, sin embargo, otro tipo de enfermo psiquiátrico que se recuerda a la hora del diagnóstico diferencial. Me refiero a los casos de histeria. Las zonas de analgesia o anestesia son bien conocidas pero es menos familiar en la medicina moderna la existencia de enfermos en los cuales se presenta una ausencia de sensación dolorosa de distribución universal. En la vieja literatura hay muchos casos referidos de este tipo aún cuando actualmente los aspectos globales de la histeria han cambiado. Uno de los primeros de estos casos es el publicado por Daniel Ludwig de Weimar en 1672 que corresponde a un muchacho de 18 años que un buen día se quedó sin lenguaje y sin sensaciones dolorosas. Ludwig dice que él le pinchó en la cabeza, la nuca, la escápula y en la espalda. En las partes adiposas o musculares el alfiler lo hundi6 hasta la mitad de su longitud sin que comprobara atención o dolor. Dando la vuelta alrededor de él, le pinchó igualmente en el est6mago, t6rax y brazos... y el enfermo sonri6 simplemente "o por la singularidad de

su caso o porque estaba siendo bien tratado".

Este caso se cur6 dram6ticamente.

Pasando ya de los problemas psiquiátricos a los estados neurol6gicos org6nicos, existen tres o cuatro trastornos que hasta cierto punto mimetizan el s6ndrome de que venimos hablando. Me refiero a los casos raros de *siringomielia lumbar*, en los cuales la termoanalgesia puede estar excepcionalmente muy extendida; sin embargo en tales casos existen naturalmente muchos otros signos f6sicos, neurol6gicos, org6nicos que descubre el diagn6stico. En segundo lugar, en casos avanzados de *tabes dorsal* puede haber una mayor o menor p6rdida de percepci6n del pinchazo aunque no necesariamente del tacto fino. En tal caso tampoco debe de haber una dificultad real para un diagn6stico correcto puesto que el tab6tico tiene tantas otras manifestaciones f6sicas que resultan inequ6vocas. Quiz6 la mayor dificultad en el diagn6stico diferencial se encuentre en el ni6o. El raro proceso de la *neuropatía radicular sensitiva*, progresiva o no progresiva, familiar o no familiar, asociada o no con sordera nerviosa, es una entidad poco clara recientemente descrita y que est6 condicionada por extensos cambios patol6gicos que ocurren en las raices sensitivas de la m6dula espinal.

Tengo que referirme tambi6n a una poco frecuente eventualidad que se dice ocurre tras lesiones del l6bulo parietal, generalmente del lado izquierdo. Es llamada *asimbolia al dolor* descrita originalmente en Viena por Schiller y por Stengel. El enfermo, por lo com6n adulto si no anciano, presenta una lesi6n cerebral-vascular o neoplásica, algunas veces traumática y a consecuencia de ella muestra una p6rdida universal de molestia al dolor aún cuando no hay analgesia. Se dice que este s6ndrome se acompa6a tambi6n de un anormal e interior deseo

de estimulación sensitiva por lo cual el enfermo puede intentar provocarse sensaciones dolorosas pinchándose a sí mismo con una aguja. Debo confesar que yo nunca he visto un caso de asimbolia al dolor aún a pesar de tener una gran experiencia de lesiones del lóbulo parietal y en consecuencia tengo mis dudas sobre si tal situación realmente existe.

Se ha descrito recientemente otro síndrome singular en los niños el cual hasta cierto punto recuerda nuestros casos de indiferencia constitucional innata al dolor. Es el *síndrome de Riley-Day de disautonomía familiar*. Se presenta en edades muy tempranas y es más frecuente en la zona judía que en las otras. Los hechos clínicos principales son una disregulación térmica, manchas cutáneas, excesiva sudoración con disminución de la secreción lagrimal, insensibilidad corneal, pereza de los reflejos tendinosos con hipotonía e incoordinación, enfermedad pulmonar crónica, con frecuencia algún grado de deficiencia mental y —lo más importante en nuestro propósito— indiferencia constitucional al dolor. Nunca he visto personalmente, tampoco, uno de estos enfermos pero pediatras muy experimentados me han informado de que el síndrome existe aún cuando es de extrema rareza.

NATURALEZA Y ETIOLOGÍA DE LOS CASOS DE INSENSIBILIDAD CONGÉNITA AL DOLOR

La discusión ha quedado ampliamente resuelta por sí misma en dos puntos principales: ¿Estamos en presencia de una anomalía anatómica congénita de las vías de la sensibilidad dolorosa en algún punto de su recorrido? ¿O se trata de un trastorno funcional en el más amplio sentido de la palabra? Si esta segunda posibilidad se demuestra, a continuación habría que considerar la posibilidad de que se tratara de un trastorno psicogénico.

Ya hemos mencionado que las biopsias de piel han demostrado siempre una normal apariencia de las terminaciones nerviosas y de las neurofibrillas. Estos hallazgos negativos están a favor de la presunción de que no se trata de un defecto congénito en las vías dolorosas a su nivel periférico.

Más de una vez se ha sugerido que puede existir una anomalía estructural a nivel talámico.

Muchos autores han llamado la atención sobre la analogía que estos enfermos presentan con la actitud que frente al dolor desarrollan los enfermos leucotomizados. Ello ha llevado a su vez a pensar de que pudiera existir un trastorno al más alto nivel de integración nerviosa, en particular a nivel de las conexiones fronto-talámicas.

En la mayoría de los casos en los cuales se han utilizado métodos de investigación clínico-fisiológicos, los resultados obtenidos parecen apuntar a que existe un trastorno a un nivel relativamente alto. En este sentido los reflejos axonales locales se ha demostrado que están intactos en todos los casos en que adecuadamente se estudiaron.

El hecho más destacado de este síndrome de insensibilidad congénita al dolor es una típica falta de conformidad entre el sentimiento de dolor, como una cualidad discriminativa de sensación, y la percepción de angustia o pena ya sea consciente o automáticamente. Tal discrepancia recuerda lo que ocurre tras una leucotomía y lo que pasa en la *asimbolia al dolor* de Schiller y Stengel. Difiere no obstante de tales situaciones en que éstas entrañan también un defecto del segundo componente, es decir de los sentimientos específicos de dolor. Este componente puede estar intacto o no en los casos de insensibilidad al dolor.

El término de *agnosia para el dolor*, ha sido usado por algunos autores y desaprobado por otros, que han preferido resaltar un trastorno inherente en la capacidad emocional para reaccionar ante el dolor. No nos gusta este término por su significado y por la imprecisión de tal concepción.

En otra línea de argumentos, sin embargo, encontramos una oposición a que existan lesiones estructurales en el neurorje. Destaca el hecho de que entre los individuos normales existe indudablemente una especie de espectro de experiencias dolorosas que va desde aquellos que son relativamente tolerantes con las sensaciones somáticas penosas hasta aquellos otros que, al final de la escala, podemos llamar los sensibles. No está claro que tales extremos correspondan a diferencias en la intensidad de los propios sentimientos de dolor o solamente a la tonalidad de tal sentimiento de *displacer* o bien a ambas circunstancias. Dicho de otra manera, es discutible si la tal escala está constituida por diferencias dependientes de factores cognoscitivos, afectivos, o de una combinación de ambos.

¿Es posible que los individuos con indiferencia congénita al dolor representen aquellas personas por lo demás normales que están situadas en uno de los extremos de este espectro estando equiparados a aquellos otros que son constitucionalmente hipersensibles?

Si enfocamos así el problema, de que los casos con insensibilidad congénita al dolor corresponden a uno de los extremos de la escala o gama natural de sensibilidad, no es necesaria la existencia de trastorno morfológico alguno. Puede pensarse en una analogía con la ceguera verbal congénita o con el daltonismo y, aún mejor, con la existencia de un oído musical o la facultad de tono absoluto.

Quizá el argumento de mayor peso en

contra de esta hipótesis natural esté en la extrema peculiaridad de la indiferencia al dolor. De hecho en nuestra experiencia ordinaria la escala de variaciones individuales en la sensibilidad al dolor aparece más restringida sin alcanzar extremos tan netos. Permanece sin concluir el que tal argumento invalide suficientemente dicha hipótesis.

Tal como ya he dicho, disponemos de dos estudios necrópsicos llevados a cabo en casos de indiferencia constitucional o congénita al dolor. Baste decir que en uno de ellos no se encontró en absoluto anomalía alguna en el sistema nervioso central a pesar de haber realizado la más escrupulosa investigación. En el otro caso, sin embargo, apareció una discreta alteración cerebral, una reducción relativa del número de fibras mielinizadas en fascículo subcalloso. Es esta una estructura que, hasta donde nosotros conocemos, no participa en la recepción, conducción o percepción del dolor y yo me inclino a pensar que tal hallazgo patológico en este caso particular no es significativo.

Mis observaciones finales recaen sobre lo poco que sabemos de la personalidad de estos individuos una vez que han alcanzado la edad adulta.

El hecho de que la experiencia universal de dolor, que está tan cerca de todos, haya faltado en la vida de estas personas, seguramente que deberá determinar en ellos rasgos cualitativos imperfectos en su personalidad. Nos estamos acordando de los ciegos congénitos para quienes resulta imposible comprender lo que los demás entienden por colores o por imágenes en un espejo. Alguno de estos enfermos con indiferencia al dolor se dice también que se comporta con indiferencia ante el peligro y gestos de amenaza o semejantes. Debe de tratarse de individuos incompetentes obligados a descubrir su insensibilidad o ausencia de interés con respecto al sufrimiento de los demás. Se dice que son personalidades llanas no

simpáticas, con un vocabulario igualmente insulso y un uso de lenguaje poco emotivo.

Sin embargo, conocemos realmente poco de estos enfermos para estar seguros. Necesitamos más experiencia de los casos,

mayores investigaciones fisiológicas y psicológicas y estudios evolutivos más satisfactorios.

Este tema tan atractivo puede rebasar sus límites y constituirse en un problema que intrigue más al filósofo que al médico.



Ultralan

es

el «non plus ultra» de
las pomadas corticoides

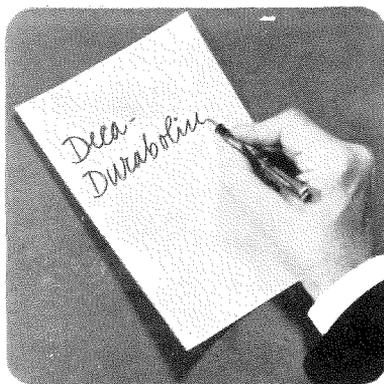
porque

- contiene un corticoide diferente, de nuevo cuño
- ejerce un efecto terapéutico superior
- es eficaz, aun en las formas crónicas y rebeldes a otras pomadas corticoides
- posee un exclusivo mecanismo de acción en dos fases, que no lo presenta ninguna otra pomada
- no requiere más que una sola aplicación diaria, resultando extraordinariamente cómodo y económico
- contiene un excipiente de aplicación universal

Consúltense la dosificación,
advertencias y contra-indicaciones
en nuestros impresos más detallados.

tubos de 10 y 30 g.

¿De cuantas maneras puede recetarse un anabólico?



¡ Dos !

Porque sólo Durabolin y Deca-Durabolin ofrecen la seguridad de 900 publicaciones clínicas en 40 países y 10 años de creciente éxito mundial en la terapéutica anabólica !

