

Desaparición del dolor post-operatorio, por la anestesia regional a distancia.

Por Leigh Watson.

Evitar el dolor después de las operaciones es uno de los más importantes, si no el más importante, de los problemas que trata de resolver la cirugía moderna. Por la aplicación a distancia de un anestésico simple y eficiente se pueden eliminar los más molestos y dolorosos trastornos post-operatorios. Se ha elegido cuidadosamente el anestésico general más inofensivo, se ha elegido la mejor operación, se ha ejecutado ésta lo más cuidadosa y rápidamente posible, bajo la más estricta asepsia, en una palabra, nada se ha olvidado para procurar la mayor inocencia de la operación y la más rápida curación de la herida. Al mismo tiempo nada se ha hecho para evitar al paciente los dolores post-operatorios, que se aceptan como una parte de la operación misma, como una necesaria molestia que hay que resignarse a padecer. Los dolores post-operatorios son los más desagradables recuerdos que el enfermo conserva de su operación; en realidad es una de las molestias más desagradables que el enfermo tiene que sufrir. He tenido enfermo que me ha dicho que los dolores de un ataque agudo de apendicitis no son tan intensos como los que ha sufrido en el primero y segundo día después de operado. Desgraciadamente la mayoría de los enfermos que han sufrido una operación están agotados por la enfermedad, por la lesión, por la edad o por el choque. Estos enfermos están menos aptos para sufrir el dolor y es particularmente en esta clase donde la anestesia a distancia para evitar el dolor post-operatorio encuentra su mayor utilidad.

Antes de comenzar la operación, toda la línea de la incisión debe ser anestesiada con una solución de cocaína al uno por mil, o novocaína al uno por cuatrocientos con adrenalina, aun cuando la operación vaya a practicarse con anestesia general. Cuando es posible comienzo y acabo la operación con sólo anestesia local; porque la anestesia a distancia es más fácil y generalmente más completa con el enfermo despierto que puede indicar cuando la analgesia es completa. Una solución de clorhidrato doble de quinina y urea al uno o dos por ciento se inyecta, con una aguja larga, en cada plano de tejido a cuatro o cinco centímetros del borde de la herida a medida que se va suturando. Soluciones de menos de medio por ciento han resultado ineficaces, la analgesia es incompleta y de muy corta duración. El clorhidrato de quinina y urea da una completa anestesia y como la solución no toca las superficies cruentas, no modifica en nada la cicatrización. Con este método la propiedad de la quinina y urea de producir una anestesia local prolongada se utiliza sin ser molestado por sus inconvenientes. La analgesia post-operatoria se prolonga mayor tiempo cuando la solución se infiltra según el modo descrito. Es bien sabido que los efectos anestésicos de una substancia duran mayor tiempo en los tejidos que no han sido divididos. La analgesia con el clorhidrato de quinina y urea se prolonga por tres a siete días. Durante el tiempo que dura la anestesia, la curación de la herida ha adelantado lo bastante para hacer innecesaria una anestesia posterior.

Después de la operación misma, el dolor post-operatorio es uno de los principales factores con que debemos contar en la producción del choque quirúrgico. Con la anestesia a distancia, previniendo la estimulación post-operatoria de las células cerebrales por el dolor, no habrá choque ni agotamiento de origen subjetivo. La disminución del choque reduce el tanto por ciento de mortalidad y hace menos peligrosos los casos que con los antiguos métodos se encontraban en el límite de la operabilidad. La importancia del método es evidente cuando se considera el gran número de casos operados cada año, en los que el resultado inmediato es dudoso cuando el enfermo va a operarse. Crile dice: "bajo la anestesia general el enfermo no puede moverse cuando el cirujano corta, pero se produce el mismo grado de choque que si el enfermo no estuviese anestesiado." Debe recordarse que con la anestesia general la mayor parte del cerebro queda despierta y

responde al traumatismo lo mismo que si no se usara anestésico. Toda la mente subjetiva está desprovista de anestesia y es sensible al más ligero traumatismo, con su resultante, choque traumático.

Con el enfermo bajo la anestesia general se está tentado a practicar una anestesia local incompleta, sobre todo si el paciente ha sido anestesiado por largo tiempo. Cuando el clorhidrato de quinina y urea es rápida y poco cuidadosamente inyectado, quedan algunos nervios sin anestesiar y el dolor y el choque varían en razón inversa de la extensión de la anestesia.

Después de una amputación del seno por mastitis crónica, hecha con anestesia local, dejé, con propósito deliberado, volver la sensibilidad; practiqué entonces la anestesia a distancia y al cabo de pocos minutos el dolor había desaparecido, permaneciendo así por varios días. El uso de calmantes y opiados es innecesario, puesto que no hay dolor. Con una convalecencia confortable e indolora es razonable presumir que a medida que sea más generalmente conocido que el dolor post-operatorio queda eliminado, la cirugía perderá mucho del miedo que impone y tal vez las operaciones se hagan más populares.

Laringectomía por cáncer.

Por George W. Crile.

La legitimidad de una operación sobre cualquiera parte del cuerpo, especialmente de aquellas cuya lesión puedan causar un peligro inmediato para la vida, depende de la respuesta que pueda darse a las tres preguntas siguientes, de vital importancia: ¿La operación determinará la curación de la enfermedad? ¿Pueden evitarse los peligros? ¿Cuál será la extensión de las perturbaciones permanentes determinadas por la operación? Las respuestas a estas preguntas aplicadas a la laringectomía por cáncer, eran de tal manera inciertas hasta estos últimos años, que no es de extrañar que esta operación, que fué practicada la primera vez por Billroth en 1874, se haya generalizado solamente hasta estos últimos años.

Después de que los cirujanos se han convencido de la posibilidad de curar por este medio el cáncer intrínseco de la laringe, queda todavía como una de las cosas más difíciles convencer a los enfermos de la necesidad de someterse a la operación. Aparece luego la objeción instintiva a las operaciones profundas en la garganta, resultando del atavismo, debido a que era ella el principal punto de ataque entre nuestros antepasados, y aun todavía queda como la parte más peligrosa en las luchas cuerpo a cuerpo.

¿Puede la laringectomía por cáncer curar la enfermedad? De la respuesta de esta pregunta depende que deban considerarse las otras dos cuestiones. Aceptando la clasificación de Krishaber para el cáncer de la laringe, lo dividiremos en intrínseco y extrínseco. Como los términos lo indican, el cáncer intrínseco se situará en las cuerdas vocales, los ventrículos o en las partes subyacentes; en tanto que el extrínseco comprenderá el de la epiglotis, los aritenoides y las partes exteriores a la laringe propiamente dicha. El cáncer intrínseco queda encerrado dentro de la caja de cartílago hialino y prácticamente impedido de propagación linfática; en tanto que el extrínseco crece más rápidamente y con facilidad muy pronto se extiende por los canales linfáticos.

El diagnóstico precoz y la completa extirpación son la clave de la curación del cáncer en cualquiera parte. El cáncer de la laringe se denuncia a sí solo desde su principio y se hace evidente por la modificación de la voz del enfermo. Podemos decir que el cáncer intrínseco existe dentro de una caja de seguridad; que muy pronto denuncia su presencia y entonces tiene muy débil poder de extensión y de metastasis. De donde concluimos que esta forma de cáncer de la laringe es curable por extirpación. Por otra parte, el cáncer extrínseco es rápidamente fatal y la operación para curarlo es a lo sumo un remedio desesperado.