

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director : Dr.

CARLOS M. CALVEZ

Redactores:

Dr. ANCEL D. VARGAS

Dr. J. RAMÓN PEREIRA

Dr. CESAR A. ZUÑICA

Secretario.

Dr. VIRGILIO BANECA S. M.

Administrador:

Dr. MARTÍN A. BULNES B.

---

Año XIX | Tegucigalpa, D. C., Honduras. C. A., Enero y Febrero 1950 No. 146

---

*EDITORIAL*

## *Avances de la Neurocirugía en la Medicina Moderna*

En los últimos sesenta años la Cirugía del sistema nervioso se ha desarrollado considerablemente y sus posiciones pueden ahora considerarse ya consolidadas; lejos estamos de los tiempos en que Ericksen creía que el abdomen, el tórax y el cráneo no permitirían el tratamiento quirúrgico de sus lesiones. Después de los iniciadores entre los que hay que citar a McEwen, Horsley, Keen, Eiselberg y Krause vinieron los perfeccionamientos derivados de la dominante figura de Harvey Cushing y de otros como Frazier, Eiselbsrg y Dandy. Después, derivados de la brillante escuela Neuroquirúrgica Norteamericana nacieron los centros neuroquirúrgicos de importantes países europeos: en Inglaterra, Ballance, Sargunt, etc., en Alemania, Foerster, en Francia Martel y en Suecia Olivecrona. En los últimos veinte años los servicios neuroquirúrgicos se han multiplicado y existen en las principales ciudades del mundo.

La práctica de la Neurocirugía requiere la dedicación *completa a la especialidad, personal auxiliar también dedicado absolutamente y equipo quirúrgico también especializado. La neurocirugía hecha por el cirujano general ayudado por el neurólogo puede asegurarse que no da resultado y sólo es tolerable como mal menor.*

En Centro América y los países cercanos la neurocirugía viene haciendo su entrada. Hace unos pocos años en México la practicaban entre los dedicados a ella con mayor empeño Velásco, Suárez y Sánchez Caribay, en Panamá hay un departamento bien montado que dirige González Sevilla y en Honduras Alcerro Castro ha practicado la rama psicoquirúrgica desde 1945. Es evidente que en Centro América hay abundante material neuroquirúrgico y que gran

ma. A la fecha de la exploración, la rubicundez, e inflamación articulares han desaparecido, persistiendo el dolor y la impotencia funcional de los miembros inferiores.

#### ANAMNESIA LEJANA:

No da ningún dato acerca de las enfermedades de su infancia. Durante la edad adulta, ha padecido de paludismo en dos ocasiones y de neumonía una vez. Hace cinco meses padeció de un chancro localizado en la cara superior del glande, el cual le apareció un mes, poco más o menos, después de un coito sospechoso, casi no le supuró, fue indoloro, de base dura y se acompañó de adenopatía inguinal bilateral, que NO llegó a la supuración. Curó espontáneamente. No se practicó reacciones serológicas por sífilis. No da ningún dato acerca de intoxicaciones endógenas o exógenas.

**EXAMEN FÍSICO:** Enfermo desnutrido, de hábito estético. Talla: 1.68 Peso: 119 Libras, Temperatura: 37" C. Presenta gran dificultad para la marcha y la estación de pie, debido a las rigideces articulares de los miembros inferiores.—Cráneo: No hay exostosis, hay zonas discretas de alopecia. Cara: Simétrica; facies normal. Ojos: Se encuentra únicamente, al examen del fondo, propagación difusa de la palidez papilar, que hace borroso su círculo a nivel de la región supero-externa y supero-interna, dando la impresión de una neuritis óptica incipiente. Oídos, Nariz, Boca, Faringe, Laringe: Nada de particular. Cuello: Adenopatias retrocervicales. Tórax: Lesiones de hiperostosis a nivel de las articulaciones condro-esternales 6o. y 7o. de ambos lados, como de 2 cms. y medio de diámetro cada una de ellas. Corazón, Pulmones, Abdomen, Hígado Bazo y Ríñones no presentan nada de particular. **GENITALES:** Hay una cicatriz pequeña, redondeada, de color violáceo, dura y que corresponde a la localización del chancro que le apareció hace 5 meses. Aparato Ganglionar: Hay marcadas adenopatias retrocervicales, epitrocleares, inguinales y crurales; dichos grupos ganglionares no presentan ninguna adherencia entre sí, ni con la piel correspondiente. Columna Vertebral: Nada de importancia. Brazos: Ligera hipotrofia de algunos grupos musculares. Piernas: Se comprueba la presencia, a nivel de ambas crestas tibiales, a la altura de su tercio medio una tumoración de consistencia 'dura, de forma redondeada, de 4 cms. de diámetro cada una, que presentaron al principio dolor espontáneo y provocado; a la fecha del examen se provocaba dolor únicamente a la presión profunda y enérgica. Sistema Nervioso: No se comprueba ninguna manifestación patológica, por la exploración del sistema nervioso central ni periférico.

**EX AMENES COMPLEMENTARIOS:** De todos los exámenes complementarios que fué posible practicar al paciente,

el única que dio resultado digno de mencionarse, sobre todo para el objeto de este trabajo, fue la Reacción de Kalin que dio un Positivo Más Cuatro por dos veces en la sangre.

### C O M E N T A R I O

Si se estudian y valorizan todas las conclusiones que pueden establecerse alrededor del caso historiado, tiene que llegarse indudablemente —en primer término— a aceptar que el paciente adolece de una infección sifilítica, adquirida recientemente, y en el período secundario de su evolución. Los antecedentes hereditarios y la ausencia de estigmas de sífilis congénita lo demuestran.

Los resultados del examen somático permiten también establecer, que el síndrome reumatoideo no fué producido por un Reumatismo Tuberculoso, por el Reumatismo Articular Agudo (Fiebre Reumática) o por un Seudorreumatismo debido a infección banal, y aún por enfermedades del metabolismo o por alguna de las contenidas en el capítulo de las diseudocrinias.

En cambio, si revisamos los capítulos correspondientes a la sífilis articular y a la sífilis de los huesos, comprobamos que el cuadro que presenta nuestra paciente encaja muy bien en los datos que ofrece la nosografía mencionada.

Las manifestaciones de sífilis en el sistema óseo son conocidas desde largo tiempo. En el curso del período secundario bien pueden presentarse, incluso con el carácter de notable precocidad, al grado que en muchos casos no sólo coinciden con las lesiones cutáneas y mucosas, sino que las pueden preceder mediando un lapso relativamente considerable.

Desde en tiempos de Fournier, se reconocen tres tipos clínicos fundamentales de la sífilis ósea, y son: LA OSTEALGIA, LA PERIOSTITIS y LA PERIOSTOSIS. — LA OSTEALGIA, como su nombre lo indica, es una manifestación esencialmente dolorosa y que no se acompaña de lesión anatómica perceptible; se localiza a nivel del cráneo, del esternón o de una costilla, y en cualquier lugar que radique se le hace más manifiesta por medio de la palpación.

LAS PERIOSTITIS, lo mismo que las ostalgias, son, formas dolorosas pero ofrecen al examen, una lesión anatómica determinada, y cuyos caracteres me parece innecesario repetir aquí.

LAS PERIOSTOSIS, menos frecuentes que las periostitis, están fundamentalmente caracterizadas, como ha dicho Fournier, por una prominencia en la superficie del hueso, por un dolor vivo a su nivel y por una dureza ósea del tumor que constituyen. Las periostosis se localizan/ principalmente en el cráneo, en la cara interna de las tibias y en las costillas; además, la piel que las cubre no presenta ninguna alteración, no siendo tampoco adherente a los planos subyacentes. Cuando no son tratadas, duelen por un

decir, no hay que suponer que ocurre tan sólo en la gobernación de Santa Cruz o en el estrecho de Magallanes. Ocurre en ciudades populosas, en capitales de provincia y también en esta gran ciudad de Buenos Aires. Y lo que es más grave aún, ocurre en los principales hospitales de la Capital Federal.

Felizmente, parece ser que ahora las autoridades que velan por el buen funcionamiento de tales instituciones, comenzaron a ver y a comprender en parte el problema, al punto que ya fueron nombrados algunos jefes anestésistas de reconocida capacidad profesional. Inclusive, ya se ha llamado a concurso para proveer a estos jefes de sus correspondientes ayudantes. Si bien el número de estos últimos es, exiguo, tenemos que admitir que por algo debe empezarse, aunque según nuestra opinión, tratándose de una cuestión de fondo, la solución tiene que ser también de fondo y no de superficie, con un jefe anestésista y uno o dos ayudantes en un hospital donde existen mil setecientos internados y se utilizan treinta y cuatro salas de operaciones con doscientos cirujanos, no podemos suponer que el problema quede resuelto. Hasta podemos afirmar que muchas veces, en vez de solucionarse, se agrava más todavía. Por una razón muy sencilla: porque no hay ninguna posibilidad, con tan menguada oferta, de dar cumplimiento a la voluminosa demanda de un instituto de tal densidad. Por ello, a menudo el anestésista llega tarde, en unos casos unos minutos después de la hora señalada para iniciar el acto operatorio; en otros casos, se presenta con una o dos horas de retardo, siempre que no haga su aparición, en circunstancias excepcionales, dos días después, cosa que nos ocurrió a nosotros en dos ocasiones consecutivas. El municipio, entonces, tiene que contemplar objetivamente esta situación, nombrando el personal suficiente y adecuado. No es, empero, el número y la capacidad de los anestésistas solamente lo que debe tenerse en cuenta, sino también el horario y la extensión de sus ocupaciones. No puede un anestésista desempeñar al mismo tiempo funciones en dos hospitales diferentes, como sucede 05 veces, debido a que no es posible estar a la misma hora en dos lugares distintos.

El jefe, desde luego, debe dirigir, controlar, orientar y enseñar a sus auxiliares, que son simultáneamente sus discípulos, empresa ésta que no le será dado ejecutar convenientemente, por más jefe y anestésista que sea, por radiotelefonía o por correspondencia. Todo esto que señalamos, sólo puede hacerse personalmente y en el terreno de la práctica.

Una vez solucionado el asunto del nombramiento de los jefes y sus respectivos ayudantes, se plantea otra cuestión, y es la de aprovisionar su servicio del material apropiado, pues un jefe y 1 dos o tres auxiliares, si no disponen más que de un solo aparato, no pueden suministrar más que una sola anestesia. Nombrar tres anestésistas, por consiguiente, y proporcionarles solamente un aparato, es como nombrar tres chóferes y entregarles a los tres, para que lo manejen, un solo automóvil.

Contemplada la necesidad de la implantación de la centralización de los servicios de cirugía; entendida la conveniencia de designar técnicos capacitados y eficientes, mediante rigurosos y honestos concursos, para hacerse cargo de la jefatura; vigilada la observancia del cumplimiento de sus obligaciones en cuanto a la ubicuidad en lo que atañe a su horario de trabajo; solucionada la cooperación administrativa en el sentido de entregar el material indispensable, tanto en cantidad como en calidad; resueltas todas estas cuestiones, digamos, de primera instancia, deben, las autoridades, encarar seria y juiciosamente el estudio de las retribuciones o sueldos de los médicos que se dedican y Viven\* de tan importante e insustituible disciplina científica. Comprendamos que si un anestesista empieza su labor diaria en un hospital a las siete de la mañana y la termina a la una de la tarde, cuando no, a las dos, vale decir, si trabaja allí seis o siete horas y le entrega al hospital de la comuna de este modo el setenta por ciento de sus mejores energías, suponiendo que durante ese mismo día trabaja diez horas, su labor, entonces, no puede ser retribuida oficialmente con un sueldo miserable, y menos todavía, con un sueldo de hambre. No. Su labor debe ser retribuida equitativamente, mediante u la remuneración digna, a terno con la categoría de los servicios que presta.

-Sin duda, con sueldos irrisorios, solamente se podrán tener anestesistas forzados y descontentos, inseguros de su profesión, disminuidos en su verdadero papel y sofocados en sus más sanas aspiraciones. O se podrán tener anestesistas abnegados, propicios al sacrificio, cosa que rechazamos de plano, porque se opone a los mismos principios de la sociedad que está basada sobre la oferta y la demanda. En un mundo eminentemente materialista y utilitario como el nuestro, no podemos exigir y tolerar que únicamente el anestesista viva y se desenvuelva como un romántico o como un bohemio. Aparte de que la abnegación tiene que ser espontánea y no obligatoria. Si el municipio ha dejada de lado hace tiempo la idea del martirio de los hombres de ciencia, la idea de su santidad ¿le asiste algún derecho ahora para querer crear una nueva familia de mártires de la ciencia, compuesta exclusivamente por los anestesistas? Nosotros que tenemos un sentido claro y categórico de la realidad, creemos que no. Creemos que los santos y los mártires, hoy por hoy, no tienen nada que ver con la ciencia. Sostenemos, en consecuencia, que el municipio debe pagar a los anestesistas, pagarles bien, de acuerdo con la función que desempeñan, con la importancia de la disciplina que ejerce y por último, d 3 acuerdo con la época en que vivimos. De modo que ellos puedan dedicarse por entero y dignamente a su trabajo, y no a otro.

Los viejos anestesistas, no por su edad, sino por su larga actuación en la materia, los que ejercen las funciones de maestras, deben insistir ante los jóvenes que se inician, sobre la necesidad de abordar el problema con cariño y con la amplitud debida. Insistir todos los días y a cada rato, que el acto anestésico no empieza propiamente en el instante en que el paciente sube a la mesa de

operaciones. No. Debe saber que el acto, siempre que sea posible, comienza unas horas antes, un día o dos, o mejor, con una semana de anticipación. Otra cosa que debe saber, asimismo, es que el acto no termina al finalizar la intervención. Termina, sin excepción, un día o dos o tres después del trámite quirúrgico. Vale decir: cuando está seguro de que no existe ya ninguna complicación anestésica o ninguna complicación, postoperatoria.

No deben tampoco los anestesistas, a nuestro entender, subalternizar su actuación, poniéndose a discriminar cuáles son sus funciones y cuáles son las de sus ayudantes. Esto ¡no reza, naturalmente, para los que honran su ministerio, dentro o fuera de esta sociedad. Esto reza tan sólo, para los jóvenes que emprenden, esta carrera, que a veces creen que si hacen una inyección antes de que se inicie el acto operatorio o que si aspiran una secreción durante la ejecución del mismo, o que si vigilan al enfermo por la tarde o al día siguiente, se rebajan y pierden su categoría universitaria. Estos actos, sin embargo, como muchos otros, al estar íntimamente ligados con la administración de la anestesia, no deben ser nunca subalternizados, sino situados, como todos los demás, en un primer plano, en el plano elevado que le corresponde. Si el anestesista comienza por subalternizar él mismo su función, concluye lógicamente por subalternizar su propia especialidad. Si considera que el enfermero debe dar las inyecciones, aspirar las secreciones, seguir el postoperatorio, sucede que el enfermero a su vez, termina, por creer con razón que él puede desempeñar las funciones del anestesiólogo y reemplazar al titular con sólo aprender el manejo de los minúsculos tornillos de ¡un aparato no mucho más complicado, al fin de cuentas, que un aparato de radiotelefonía de los más modernos.

Pasaremos, ahora, directamente a encarar el tema que motiva la presente reunión.

En cirugía plástica se utilizan técnicas regladas escrupulosamente y hay tiempos operatorios que ofrecen cierta lentitud y que originan en el paciente cansancio, inquietud e incomodidad, fenómenos que no tienen lugar si se emplea la anestesia general.

No es posible prolongar intervenciones, con el enfermo despierto más allá de su límite de tolerancia. Por eso, en estos casos, se impone la narcosis general. En nuestro servicio hemos bregado defendiendo siempre este punto fundamental y condenando al mismo tiempo la aplicación de la anestesia local en la plástica mamaria, en razón de que es inconveniente y peligroso prolongar en treinta o cincuenta minutos una operación de semejante naturaleza, como tampoco resulta correcto y sensato administrar una cantidad de líquido tal que importa un tóxico fuera de todo control. Sin contar las profundas perturbaciones que produce ello en los reparos anatómicos, pese a que se hayan tomado con anterioridad las medidas y se haya hecho la fijación de los jalones necesarios.

Igualmente se ahorra tiempo con la anestesia general durante las intervenciones donde es menester tomar tres o cuatro o más

dermátomos de piel para cubrir en los quemados o traumatizados extensas zonas del organismo, lo que involucraría, si se hiciese con anestesia local, una pérdida de tiempo incalculable.

También es de gran importancia considerar que con la anestesia general se obtiene la inmovilidad necesaria, difícil de conseguir en los pacientes quemados o traumatizados, quienes han sufrido siempre accidentes y en quienes perdura sin solución de continuidad un estado de excitación aguda. En estos casos la intervención sería muy complicada, sin olvidarse que hay enfermos que deben soportar innumerables operaciones, habiendo algunos que son intervenidos sucesivamente hasta el resto de sus días. Conocemos casos de quemados que debieron ser anestesiados en cien oportunidades, con el fin de que se les pudiesen practicar las intervenciones o las curaciones a que fueron sometidos.

Indudablemente, de no existir la anestesia general, estos pacientes no hubieran podido ser tratados como lo fueron, habiendo sucumbido irremisiblemente.

También cuando se quiere infiltrar una zona de cicatrices fibroqueloideas, se tropieza con serias dificultades. Se trata de zonas impenetrables a la solución de novocaína o de cualquier otro líquido que se procure introducir por lo duro y lo compacto de la fibrosis.

La anestesia general no solamente impide que sean alterados los reparos anatómicos o los planos de clivaje, sino que impide también la alteración del trofismo de los tejidos, especialmente en los injertos de piel, alteraciones que podrían poner en peligro el resultado de la intervención.

La anestesia general, por otro lado, nos ofrece una valiosa colaboración en el tratamiento de los traumatizados, en los que se aplican extensos injertos de piel sobre úlceras crónicas, en avulsiones del cuerpo humano, como ser: un miembro, el cráneo, etc.

En los grandes quemados, que son pacientes traumatizados también psíquicamente, a los cuales no se puede tocar a veces ni con los vendajes, practicamos las curaciones bajo anestesia general, tanto cuando se regularizan las granulaciones como cuando se corrigen las posiciones viciosas, y, por último, en la intervención propiamente dicha.

Con anestesia general operamos a los enfermos con heridas y cicatrices fibroqueloideas retráctiles que provocan contracturas de los miembros, de cuello o de otro órgano, determinando las más diversas posiciones anómalas, posiciones, que la cirugía plástica viene obligada a modificar con grandes deslizamientos de piel, con plastias en Z, con colgajos o con injertos:

La anestesia general es de un valor inapreciable e intransferible en las intervenciones sobre cabeza, particularmente en la cara y más todavía en la boca. Las fisuras velopalatinas son tributarias de las narcosis generales e inevitables en los niños, incluyendo en ellos también los labios leporinos, que en los adultos son intervenidos con anestesia local.

A nuestro criterio, la anestesia general constituye un inestimable complemento del éxito de nuestras intervenciones quirúrgicas,

El ciclopropano o el pentothal sódico como agente inductor, son los anestésicos que usamos nosotros ordinariamente. Eventualmente usamos el cloruro de etilo. Para el mantenimiento de la anestesia, el éter por lo regular.

Damos suma importancia a la intubación endotraqueal, sobre todo en los traumatizados truculentos, o quemados, que presentan acentuadas contracturas de cuello o de maxilar, superior y alteraciones en ambas fosas nasales, en quienes resulta extremadamente difícil realizar la intubación. De allí que nos preocupemos de estudiar siempre el caso con antelación, tratando de buscar la solución más viable, con el fin de conseguir una intubación correcta que no ofrezca serios inconvenientes después, en el momento del acto operatorio.

Siempre en nuestro Servicio sedamos previamente a los enfermos. Si es posible, veinticuatro o cuarenta y ocho horas antes de la intervención. La anestesia de base la llevamos a cabo preferentemente con barbitúricos: nembutal, seconal o amital, variando las dosis según la edad del paciente, su estado psíquico o el tipo de operación a que será sometido.

No olvidamos nunca dosificar la anestesia de base, sin llegar jamás a caer en la réplica del sedante, cual sería, la hiperexcitabilidad del enfermo, cosa que nos obligó, en algunas ocasiones, a suspender la intervención.

Aclaremos, de paso, que en nuestro Servicio todo paciente al que se le administra anestesia general queda internado allí, por lo menos veinticuatro horas.

Completamos la preparación del paciente con morfina y atropina, todo de acuerdo con su tasa metabólica, empleando en los niños atropina solamente.

En los lactantes, dado lo pequeño de su capacidad vital, evitamos que luchan con el espacio muerto que existe en los distintos aparatos, prefiriendo que el anestésico le llegue con una corriente de oxígeno, utilizando al efecto el tan difundido tubo en T que evita *el* rebreathmy y da buena oxigenación.

No colocamos la sonda endotraqueal en los lactantes, colocando, en cambio, una sonda nasofaríngea.

No habiendo intubación endotraqueal, se requiere proteger el cavun faríngeo para impedir el deslizamiento de líquidos (sangre, etcétera) hacia el árbol respiratorio, empleando, desde luego, la aspiración permanente. En esta forma siempre conseguimos una excelente respiración sin inconveniente alguno.

En los niños de mayor edad la anestesia con la mezcla éter-oxígeno es más aprovechable, puesto que en ellos apelamos a la intubación endotraqueal.

En las intervenciones sobre el paladar y los labios preferimos que el pasaje» de la sonda sea por vía nasal, ya se haga o no la intubación endotraqueal, en virtud de que ello *nos* permite trabajar con una visión completa del campo operatorio, sin que sobrevenga obstáculo alguno en las maniobras ni en el empleo del abrebecas. Tampoco nos hace correr el riesgo de que la sonda sea tironeada con la pérdida posterior de la intubación.

En cirugía plástica *no* necesitamos planos anestésicos profundos. Necesitamos, eso sí, la inmovilidad del enfermo, ligeramente por debajo del reflejo del vómito y deglución, y cuando necesitamos un plano anestésico profundo es de breve duración, tal como, resulta al tomar los injertos de piel, ya, sea con la navaja o» con. el dermatomo.

En esta forma nuestros **enfermos** no experimentan grandes shocks anestésicos ni tampoco operatorios, por cuanto las maniobras en las intervenciones plásticas no involucran<sup>1</sup> el tironeamiento de tejidos en órganos que puedan sufrir, si no se tiene un plano anestésico profundo

### C O N C L U S I O N E S

**En primen** lugar, **insistimos** nuevamente en que se necesitan Servicios de anestesia bien implantados y mejor dotados, especialistas y elementos de trabajo suficientes y adecuados.

Con las anestесias generales la cirugía plástica tiene las siguientes ventajas:

- 1o.—Se evita que el enfermo sufra y se mortifique innecesariamente ;
- 2o.—Se obtiene una inmovilidad segura, muy importante en **la especialidad**, porque ahorra un tiempo precioso, cosa que no ocurriría si se emplease la anestesia local;
- 3o.—No se altera el trofismo de los tejidos, en especial en los injertos/ que se usan **comúnmente**;
- 4o.—Se favorece la mayor manualidad de los tejidos;
- 5o.—Se "acuita la ejecución de grandes intervenciones, sobre todo en los niños, cuya intervención con anestesia local sería complicada y engorrosa.

Por último, se puede controlar debidamente, dentro de lógico, el resultado posterior, sea operatorio o anestésico, al tener un buen plano quirúrgico mediante anestесias superficiales.