

## Orientación actual de la anestesia general

Por el Prof. E. Forgue

*¿Hay algo de nuevo de narcosis?*

He aquí, si no *novedades*, al menos las grandes *actualidades* que parecen indicar la orientación futura de la anestesia en general:

1<sup>a</sup> Una práctica que se generaliza en la cirugía internacional (puesto que marca un progreso universalmente conocido), consiste en la *-anestesia de base "Basisnarcose"*. Es decir, en la asociación a los anestésicos (de preferencia éter, protóxido de nitrógeno), de sustancias narcóticas (hipno-narcosis), teniendo por efecto simplificar y reducir a dosis mínimas la anestesia por inhalación, crear un estado de prenarcosis capaz de suprimir la angustia psíquica de los futuros operados, de evitar toda fase de agitación, asegurar en el curso de la intervención una calma completa, procurar un mejor estado de *post-narcosis*, con sueño apacible y un despertar lento.

Todo enfermo, en el momento de la operación presenta, en ma-

yor o menor grado, un estado de inquietud psíquica, que agravan las horas que proceden al acto operatorio. En general, y sobre todo si el cirujano, que no debe jamás descuidar esta acción psico-tónica, sabe las palabras necesarias para animar y Hendar de confianza al enfermo, esto se limita a una manifestación emotiva, pronto dominada por el control de la voluntad. Pero en ciertos sujetos emotivos, demasiado obsesionados o demasiado instruidos (los médicos son, en estos casos, malos enfermos), esta angustia toma la gravedad de un verdadero traumatismo psíquico.

Hemos desarrollado, por lo tanto, la importancia de este factor moral; volveremos más adelante a propósito de las indicaciones de la anestesia, a insistir sobre este punto importante de la aprensión preparatoria sobre la cual Vaquez, en 1930, ante la Academia de Medicina, insistió con la autoridad de su experiencia, a propósito de la narcosis de las cardíacas.

No es dudoso (y está demostrado por varias historias trágicas) que el ansioso, el angustiado, con opresión precordial, puede sufrir una excitación del vago capaz, como dice Vaquez, de ser particularmente peligrosa y al mismo tiempo mortal, y esto sin que hubiera lesión orgánica, ni desarreglos 'habituales del ritmo cardíaco. El miedo es capaz de bloquear el corazón. Es sabido que el uso del cloroformo fue casi abandonado en los primeros tiempos; a consecuencia de uno de estos dramas: la primera vez que Simpson propuso administrar cloroformo, ocurrió que llevando éste el frasco del anestésico a la sala de operaciones, tropezó y el contenido fue derramado; no había otro frasco y la operación fue practicada sin narcosis; el enfermo, al practicarse la incisión de la piel, murió repentinamente. Fue, para el cloroformo, un *narrow escape*; este día escapó, en efecto, a una responsabilidad inmerecida. En el curso de una larga carrera, iodo cirujano ha notado estas peligrosas coincidencias: hace 2 años, yo tenía que hacer una histerectomía; media hora antes -de la hora fijada para la intervención, sufrió la enferma un síncope: algunos instantes más tarde, el desmayo se producía en la mesa operatoria. He aquí un hecho clásico, el más conmovedor en un caso de litotomía. el operador a manera de demostración, traza con la uña una línea sobre el periné; el enfermo da un grito y muere. El miedo puede matar por inhibición refleja; y "la angustia es el sudor patético del miedo", según la defini-

ción de Steckel. Con Vaquez repetiré: "Cirujanos, camaradas míos, desconfiad de los miedosos"; y añadiré: "apaciguad los angustiados; calmad los inquietos (¿y quién no lo está en el día de la operación? y simplificalos, por los sueños preanarcóticos, la entrada en el bienestar in consciente de la anestesia general."

Mikülics ha formulado un pensamiento, de gran justeza, q' todo anestesiador debe tener presente en el espíritu: "Una buena narcosis es una obra artística : *eine gute Narkose ist in Kunstwerk*". Todo debe ser empleado para evitar al paciente *el choque psíquico* evitable, *para reducir al minimum el desgaste nervioso*. Ya no se trata simplemente como antes de llevar a cabo la anestesia durante la sesión operatoria: es *necesario preparar una buena puesta, en marcha*, pues un buen principio es decisivo desde el punto de vista del valor de la anestesia.

La idea de estas anestésias combinadas, no es nueva. Desde 1869, Cl. Bernard, al cual es necesario siempre recurrir, en sus estudios sobre la anestesia, había preconizado la asociación morfina cloroformo y Nussbaum había dado reglas para su aplicación quirúrgica. La materia médica contemporánea dispone, gracias a la síntesis química, de agentes hipnógenos nuevos. Es a ellos que nosotros pedimos esta *preparación preanestésica (la preanarccsis, y esta acción complementaria acumulativa), la hipno-narcosis asociada*. Tres caminos se ofrecen para la introducción de estos hipnóticos en el or-

ganismo: la *vía bucal*, la *intra-venosa* y la *intrarrectal*.

La serie de los *barbitúricos*, de ureídos derivados de la malonilurea, han tenido desde hace 10 años tales éxitos en Medicina como hipnóticos, que su utilización quirúrgica se ha impuesto, para la preparación y complemento de la narcosis. Bardet ha empleado, en inyecciones *intra-venosas*, el *Somnifene*; Fredet, que en esto ha sido un iniciador muy juicioso, acaba de recomendar en el Congreso Internacional de 1932, *Numal*, que elimina del *somnifene* el *veronal* inútil y molesto y que, con inyección subcutánea de morfina, produce una *anestesia profunda*, de más de dos horas, que basta reforzar en ciertos momentos por inhalación de algunas gotas de un anestésico volátil. Tenemos ahora en la *Avvertina* (tribromoetano) una sustancia poco tóxica fácilmente eliminada, y que administrada por *vía rectal*, es quizá el mejor *narcótico de base*, supri-

miendo las fases molestas que proceden y siguen al acto operatorio.

Con estos métodos nuevos de hipno-narcosis, el comienzo de la anestesia no causa ninguna aprensión, la fase pre-narcótica se da en la cama del operado, a distancia del teatral aparato de la sala de operaciones. Es durante el sueño, bien graduado y apacible, que el sujeto pasa, de su cama a la mesa de operaciones. Es el sueño crepuscular (*Dammerschlaf*), pequeñas cantidades de anestésico volátil serán suficientes para crear la completa inconsciencia de la narcosis y el anestesador, graduándolos con precisión, los adaptará a las fases operatorias por medio de dosis de *mantenimiento*. De este modo será prevenido el shock anestésico de la narcosis enteramente practicadas con éter o cloroformo. El despertar es suave, sin recuerdos penosos. Una prolongación suficiente de la analgesia post-operatoria simplifica las prime-

ras horas que siguen a la intervención.

29 Un segundo punto que caracteriza la narcosis moderna. es la *vuelta a la anestesia general mediante gases*. Numerosos anestésicos gaseosos han sido ensayados: el *propileno*, el más poderoso de entre ellos, pero no inofensivo; el *acetileno*, que ha tenido cierta predicación en Alemania, pero que su peligro explosivo y su olor han hecho abandonar; el *etileno* fue muy apreciado en los Estados Unidos, debido a la supresión de las náuseas. Hemos aquí, llevados mediante el *protóxido de nitrógeno*, al primer anestésico gaseoso del que, ya en 1799. Humphry Davy había indicado las propiedades hilarantes y soporíficas y que medio siglo más tarde, en 1844, Riggs había utilizado para la primera extracción dental. Es de América, iniciadora de la anestesia y menos rutinaria que Europa, que ha salido este movimiento, que está en camino de generalizarse.

En América y en Inglaterra, después de haber estudiado de más cerca su fabricación, se fabrican aparatos para facilitar su empleo. Actualmente, todos los países de lengua inglesa utilizan como anestésico el protóxido de nitrógeno. El Doctor Flexer dice que se consumen más de 200 toneladas por año en Inglaterra, y que 17 fábricas fabrican este gas en los Estados Unidos. La narcosis con protóxido de nitrógeno está lejos aún de gozar del mismo fervor entre cirujanos franceses. Sin embargo, desde la guerra el ejemplo de Desmarest, de Du-

mont, de Chifoliau lo han introducido en los servicios parisienses; sobre todo Desmarest es el que hoy día es el más ferviente partidario, bajo la forma de anestesia combinada protóxido de nitrógeno-oxígeno-avertina. En Italia, por la contribución del profesor Rossi y de la escuela milanese, la preeminencia de la anestesia por los gases tiene tendencia a afirmarse en la mayoría de los centros quirúrgicos; he observado, sin embargo, que es más una adhesión de principio *que* una puerta en práctica. Parece bien claro, pues, que la narcosis por los gases no daña ninguna de las vísceras importantes, no irrita las vías bronquiales y reduce a menos de 1/3 el riesgo de complicaciones pulmonares, que acusa el éter; no es hipotensiva, trae un despertar rápido, y se clasifica como un anestésico *electivo*, sobre todo en los *enfermes locos, intoxicados o gravemente anémicos*.

3<sup>1</sup>? Finalmente, con motivo de las nociones nuevas que debemos a Henderson y a la escuela americana sobre el efecto del CO<sub>2</sub> en la respiración durante el curso de la narcosis, se afirma, de manera indiscutible, y contrariamente a nuestras afirmaciones anteriores, *la primacía, en anestesia general, de los métodos cerrados sobre los métodos abiertos*. Ocurre a veces, en efecto, cuando se administra el cloroformo y sobre todo el éter gota a gota "con compresión", en el aire libre, que estas pequeñas dosis excitan al principio los centros respiratorios y provocan una superventilación