

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, América Central.

ANESTESIA RAQUIDEA EN SILLA DE MONTAR

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

ENRIQUE PORRAS GARCIA

Ex-interno de los Servicios: Cuarta Cirugía de Mujeres, Segunda Medicina
de Hombres, Primera Cirugía de Hombres, Maternidad, Oftalmología de Mujeres
y Urología, del Hospital General,

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO



OCTUBRE DE 1946

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE

8ª Avenida Sur N° 30.

INTRODUCCION

En el curso de esta exposición trataré de ser breve, evitando con ello perjudicar la claridad de los conceptos o suprimir lo fundamental. La literatura médica ha crecido en tales proporciones que se pone fuera del alcance aún del médico más estudioso; de modo que opino que las novedades deben suministrarse eliminando todo circunloquio y sin incurrir en la repetición de asuntos de sobra conocidos o que se encuentran donde corresponde al alcance del investigador o del erudito.

PRIMERA PARTE

DEFINICION

La anestesia raquídea es una forma de anestesia regional, que abarca una buena extensión del cuerpo. Se produce por la inyección en el espacio subaracnoideo del canal raquídeo de un anestésico local en cantidad suficiente y convenientemente diluido.

HISTORIA

Dominicus Cotunnus en 1764 descubrió "La Colección de agua alrededor del cerebro y en el raquis." Magendie en 1825 describió la circulación cerebro-espinal.

Corresponde a Quinke haber fijado los detalles de la técnica para la punción raquídea en el hombre.

Augusto Bier (Alemania) en 1898 se atrevió a inyectarse 2 c. c. de una solución de cocaína al 1% en el raquis, obteniendo una anestesia satisfactoria. En el año siguiente presentó seis casos de anestesia espinal baja.

En esos casos mencionados se usó esta anestesia para operaciones en las extremidades inferiores. Tuffier la usó en intervenciones en los órganos genitales y abdomen inferior.

Los buenos resultados envalentonaron a muchos cirujanos entre ellos a Morton de San Francisco que practicó una resección del maxilar superior bajo anestesia raquídea. Le Filliatre en 1902 aconsejó una técnica para anestesia espinal total.

La toxicidad de la cocaína puso a los investigadores en la búsqueda de una droga menos tóxica, y Fourneau en 1904 sintetizó un compuesto al que llamó estovaína y que resultó más estable y menos tóxico que la primera. Un año más tarde Einhorn en Alemania completó su síntesis de la novocaína, que ha venido con el tiempo a tomar la supremacía en el campo de la anestesia local. Ultimamente ha visto su importancia disminuída por la aparición de la pontocaína y de la nupercaína.

El primero en utilizar la anestesia raquídea en Guatemala fué el Dr. Juan J. Ortega, tres años después de que Bier publicó los primeros trabajos al respecto.

El uso imprudente y excesivo de la anestesia raquídea tuvo por consecuencia un alto porcentaje de mortalidad debido a la anestesia, y hubo un período en que su uso fué casi abandonado; los trabajos de Pitkin en 1928 le devolvieron definitivamente todo

su crédito. La generalización del uso de la anestesia raquídea en silla de montar en los casos en que se encuentra indicada, contribuirá a aumentar el crédito de que ya goza esta magnífica anestesia.

ANESTESIA RAQUIDEA EN SILLA DE MONTAR

Somos acreedores de los detalles de técnica e indicaciones de esta anestesia a los Doctores Adriani, John y Román Vega de Filadelfia.

DEFINICION

Es una variedad de anestesia raquídea baja; anestesia raquídea baja significa que solamente las regiones inervadas por las raíces lumbares y sacras están anestesiadas. Anestesia raquídea en silla de montar es aquella en la que solamente los últimos pares sacros están envueltos, y la anestesia limitada exclusivamente a la región perineal.

Este tipo de anestesia no es absolutamente nuevo; pero sí lo son los detalles de técnica para localizarla exclusivamente en la región que queremos anestesiar, controlando así la tendencia difusiva del anestésico. Se obtiene una anestesia completa de la región perineal (órganos genitales y ano), sin invadir los muslos o las piernas. Variando las dosis y otros detalles de técnica se puede obtener una anestesia sensorial en los muslos y piernas sin pérdida de la actividad motriz.

ANESTESICOS USADOS

Pueden usarse distintos anestésicos según la duración que se le quiera dar a la anestesia: procaína, pontocaína, percaína, etc. Yo he usado solamente procaína porque en los casos que tuve la oportunidad de aplicar esta anestesia, y que eran precisamente sus mejores indicaciones la intervención se calculó de menos de una hora de duración o a lo más una hora. La procaína, a pesar de la poca cantidad usada (cinco centigramos), mantuvo su acción un lapso de una hora a hora y cuarto.

No tuve oportunidad de usar la pontocaína; pero a los autores de esta técnica les dió anestésias que duraron por término medio dos horas y cuarto. La percaína mantiene su acción de tres y media a cuatro horas, y a veces hasta cinco.

MATERIAL NECESARIO

- a) Una aguja para anestesia raquídea de bisel corto N° 20;
- b) Una jeringa de 5 c. c.;
- c) Una aguja N° 26 para el botón dérmico;
- d) Una jeringa de 2 c. c.;
- e) Una ampolla de procaína en cristales de 100 miligramos;
- f) Dos centímetros cúbicos de solución de glucosa al 10%;
- g) Solución de procaína al uno por 100 para el botón dérmico.

MEDICACION PRE-OPERATORIA

Una hora antes de la aplicación de la anestesia se inyecta al enfermo una ampolla de morfina-escopolamina, al mismo tiempo se le hace tomar una cápsula de nembutal de 0.10 cgr. Si el paciente es nervioso, puede dársele la noche anterior otro nembutal. La falta de sedantes puede hacer fallar la anestesia, y el exceso puede redundar en falta de cooperación por parte del paciente.

TECNICA

Primero.—Se aspira en la jeringa de 5 c. c. dos centímetros cúbicos de solución de glucosa al 10%; una vez partida la ampolla de procaína se vierte en ella los dos centímetros cúbicos de glucosa, aspirando e inyectando sucesivamente unas tres o cuatro veces hasta que la solución aparezca límpida. Tenemos en ese momento 100 miligramos de procaína, o sea diez centigramos para expresarnos en la forma que se acostumbra entre nosotros corrientemente, diluidos en dos centímetros cúbicos de suero glucosado hipertónico. Es una solución hiperbárica en relación al líquido céfallo-raquídeo. De estos dos centímetros dejamos en la jeringa para la punción raquídea solamente uno, que contendrá cinco centigramos de anestésico; es decir, la mitad de lo que se acostumbra en las raquídeas corrientes, cuando se trata de reducir al minimum la cantidad de anestésico.

Segundo.—En la jeringa de 2 c. c. aspiramos 1 c. c. de procaína al 1% para el botón dérmico.

Tercero.—Colocación del paciente: se coloca el paciente en posición sentada en el centro de la mesa de operaciones con las piernas colgando de un lado de la mesa, y los brazos cruzados a través del pecho. Los hombros del paciente son sostenidos por un ayudante, al mismo tiempo que lo dobla un poco hacia adelante.

Cuarto.—Antisepsia de la región dorsolumbar.

Quinto.—Colocación de un campo hendido cuyas puntas superiores son sostenidas por el mismo ayudante que sostiene los hombros.

Sexto.—Determinación del espacio en el cual hemos de hacer la punción, el de elección es entre 3ª y 4ª lumbares, pero si hay dificultad para localizarlo, puede hacerse entre 2ª y 3ª lumbares.

Séptimo.—Se practica la anestesia local, el botón dérmico con procaína al 1% en el espacio escogido. Los 5 cg. de clorhidrato de efedrina que habitualmente contienen estas ampollas para la anestesia local están demás porque esta forma de anestesia no provoca caídas de la tensión arterial.

Octavo.—Con la aguja para antestesia raquídea números 20 ó 22 se practica la punción raquídea hasta llegar al espacio subaracnoideo de acuerdo con la técnica conocida por todos. Si se tiene bastante práctica en punciones lumbares como sucede con la mayoría de nosotros es preferible no esperar a que se derrame el líquido céfalorraquídeo, sino que al percibir la sensación de perforar una membrana de tambor se retira el mandril y se conecta la jeringa que contiene el anestésico.

Noveno.—Una vez conectado se aspira un décimo de centímetro cúbico de líquido céfalorraquídeo lo que nos sirve solamente para verificar si estamos o no en el espacio subaracnoideo. No aspirar más de un décimo de c. c. porque la solución se diluye. Si no fluye el líquido céfalorraquídeo se desconecta la jeringa, se coloca de nuevo el mandril hasta realizar una punción satisfactoria. Según los autores la mayoría de los fracasos se deben a malas punciones; en mis observaciones no hubo ningún fracaso.

Décimo.—Se inyecta el líquido con la rapidez que da una ligera presión sobre el émbolo. La aguja se sostiene firmemente durante la inyección con la mano izquierda. Este último detalle es de gran importancia, porque después de una buena punción puede fallarse en la obtención de la anestesia por desplazamiento de la aguja durante la inyección de la solución.

Undécimo.—Después de la inyección y el retiro de la aguja el paciente permanece sentado durante tiempo variable entre treinta y cuarenta segundos. La posición sentada permite que la solución

hiperbara gravite hacia abajo, se concentre en el cono medular y que la droga sufra poca o ninguna dilución en el líquido céfalo-raquídeo. La anestesia se limita así a lo que los autores norteamericanos llaman "Saddle area" o sea la parte que un jinete pone en contacto con la silla de montar.

Duodécimo.—Inmediatamente después el paciente es colocado en decúbito dorsal, con una almohada bajo la cabeza, y se le da a la mesa Trendelenburg "*invertido*" (cinco grados). El paciente debe permanecer en esta posición durante cinco minutos antes de darle la posición en la cual se practicará la operación. La glucosa se diluye durante este tiempo en el líquido espinal y elimina la posibilidad de propagación. Este último procedimiento asegura pues la migración caudal del anestésico.

Trigésimo.—Un examen sensorial debe practicarse para determinar la distribución de la anestesia antes de proceder a operar. En el caso que no fuera satisfactorio, lo que nunca nos sucedió a nosotros; puede repetirse la inyección.

SEGUNDA PARTE

INDICACIONES

La extensión de esta anestesia es satisfactoria para las siguientes operaciones:

A.—UROLOGIA

- 1°—Prostatectomías transuretrales y perineales. Para estas intervenciones está especialmente indicada, dado el estado en que generalmente llegan a manos del cirujano los prostáticos; hipertensos, urémicos, infectados, etc. Un terreno completamente lábil en que la anestesia en silla de montar con sus dosis ínfimas de anestésicos y su localización estrictamente localizada al cono medular aleja toda posibilidad de complicaciones.
- 2°—Uretrotomías internas o externas.
- 3°—Dilataciones uretrales.
- 4°—Postectomías.
- 5°—Resecciones o inversiones de la vaginal.
- 6°—Orquidectomías.
- 7°—Cauterización de ulceraciones del glande.
- 8°—Epididimectomías.

B.—GINECOLOGIA

- 1°—Perineorrafias, cura de prolapsos vesicales y rectales.
- 2°—Dilataciones del cuello uterino.
- 3°—Cauterizaciones del cuello.
- 4°—Raspados uterinos.

La distribución de esta anestesia no es satisfactoria para operaciones sobre el fundus del útero como la histerectomía vaginal, o para operaciones sobre la vejiga. En una de las observaciones que citamos posteriormente se le dió por equivocación anestesia en silla de montar a un enfermo a quien se le iba a practicar una biopsia de tumor de la vejiga, el dolor fué tan intenso que hubo de continuarse la intervención con la ayuda de pentotal sódico. Estas zonas mencionadas reciben inervación de la médula lumbar que no está anestesiada.

C.—CIRUGIA RECTAL

- 1°—Hemorroidectomías.
- 2°—Dilataciones rectales.
- 3°—Abertura de abscesos perirrectales.
- 4°—Resección de fístulas anales, perianales.
- 5°—Rectoscopías y rectosigmoidoscopías.

D.—OBSTETRICIA

Parmley y Rey la usaron en obstetricia para producir partos indoloros, substituyendo a la anestesia epidural; para ello se valieron de la solución de percaína al 1 por 200 (medio centímetro) mezclada con medio centímetro cúbico de solución glucosada al 10%. Pero sólo esta indicación es motivo suficiente para otra tesis.

VENTAJAS

Primera.—Se usa una cantidad mínima de anestésico, sin que disminuya la efectividad de la anestesia, puesto que si es cierto que la cantidad de anestésico es menor, se compensa por la concentración en un pequeño sector medular.

Segunda.—La combinación de los dos factores anteriormente citados, pequeña cantidad de droga, y su estricta localización en el segmento inferior de la médula evitan las caídas de tensión arterial. Esta es pues, una segunda ventaja y de gran importancia.

Tercera.—El enfermo puede desplazarse por sí mismo, colocándose en la posición que se le ordena puesto que su motilidad no está afectada; y si llega a estar interesada es muy ligeramente.

Cuarta.—Una vez terminada la operación el enfermo puede pasarse a la camilla, sin que esto tenga consecuencias desagradables para él.

Quinta.—El enfermo no está obligado después de la operación a pasar de doce a veinticuatro horas sin almohada, en decúbito supino completamente horizontal. Con nuestra anestesia el enfermo puede sentarse inmediatamente después de la operación.

Sexta.—Es tan benigna como la anestesia epidural, y tiene la ventaja sobre ésta de que su técnica nos es más familiar.

COMPLICACIONES

1º—Durante el curso de la anestesia.

- a) Caída de la presión arterial: no se presentó en ningún caso.
- b) Depresión respiratoria: tampoco tuvimos ninguna.
- c) Vómitos: en nuestras observaciones ningún enfermo tuvo vómitos.

2º—Durante el período post-operatorio.

- a) Cefalea: dos de nuestros enfermos presentaron ligera cefalea al día siguiente de la intervención. Uno de ellos operado por el Dr. Pablo Fuchs curó rápidamente con un sello de aspirina; lo mismo sucedió con un paciente del Dr. Alejandro Palomo.
- b) Retención de Orina: ninguno de nuestros enfermos la presentó.
- c) Complicaciones nerviosas: no tuvimos.

INCONVENIENTES

Como único inconveniente podríamos mencionar la cefalea post-operatoria. Puede despreciarse al recordar las numerosas ventajas y facilidades del procedimiento. En los cuatrocientos casos que presentan en su estadística los Doctores Adriani, John y Román Vega, sólo dos pacientes presentaron cefalea post-operatoria. Durante la intervención el 2% de los pacientes tuvieron náuseas y vómitos.

OBSERVACIONES

NUMERO 1.—M. B., 50 ños.—Sexo Masculino.

Fecha: 21 de Septiembre de 1946.
Servicio: Casa de Salud de Hombres.
Operación: Hemorroidectomía.
Cirujano: Dr. Pablo Fuchs.
Estado del enfermo antes de la operación: Excelente.
Dosis de anestésico: cinco centigramos de procaína.
Anestesia se practicó a las ocho horas y cuarto.
La operación terminó a las nueve horas.
Curso de la Anestesia: Se trataba de un paciente con presión baja para su edad: 12/7. Esta no se alteró durante toda la operación.
Post-operatorio: Normal.

NUMERO 2.—E. S., 38 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 21 de Septiembre de 1946.
Servicio: Casa de Salud de Hombres.
Operación: Hemorroidectomía.
Cirujano: Dr. Pablo Fuchs.
Estado del enfermo antes de la operación: Bueno.
Dosis de anestésico: 5 centigramos de procaína.
Anestesia se practicó a las nueve horas y veinte minutos.
La operación terminó a las nueve horas y cincuenta y cinco minutos.
Curso de la anestesia: La presión del enfermo que era de 130/80 sufrió oscilaciones no mayores de cinco milímetros.

NUMERO 3.—J. N., 32 años.—Sexo Femenino.

Fecha: 30 de Septiembre de 1946.
Servicio: Primera Cirugía de Mujeres.
Diagnóstico: Fístulas perineales de origen rectal.
Operación: Resección de fístulas.
Cirujano: Dr. Eduardo Lizarralde h.
Estado del enfermo antes de la operación: Bueno.

Dosis de anestésico: cinco centigramos de procaína.

Anestesia se practicó a las nueve horas y cuarenta y dos minutos.

La operación terminó a las diez horas y treinta y cinco minutos.

Curso de la anestesia: nada qué anotar.

Post-operatorio: normal.

NUMERO 4.—A. A., 38 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 5 de Octubre de 1946.

Servicio: Primera Cirugía de Hombres.

Diagnóstico: Estenosis Rectal por enfermedad de Nicolás Favre.

Operación: Infiltración con drometil y dilataciones rectales.

Cirujano: Dr. Guillermo Morán.

Estado del enfermo antes de la operación: bueno.

Dosis de Anestésico: cinco centigramos de procaína.

Anestesia se practicó a las diez horas.

Operación terminó a las diez horas y treinta minutos.

Curso de la anestesia: Presión sanguínea ligeramente elevada, no se alteró.

NUMERO 5.—T. F., 48 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 5 de Octubre de 1946.

Servicio: Primera de Cirugía de Hombres.

Diagnóstico: Hemorroides y prolapso rectal de primer grado.

Operación: Hemorroidectomía.

Cirujano: Dr. Guillermo Morán.

Estado del enfermo antes de la operación: Regular.

Hipertensión arterial: 220/140. Hipertrofia cardíaca, no hay signos de descompensación.

Dosis de anestésico: Cinco centigramos de procaína.

Anestesia se practicó a las diez horas y treinta y cinco minutos.

Curso de la anestesia: La presión no se alteró, el pulso tampoco.

Post-operatorio: Normal.

NUMERO 6.—C. L., 36 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 5 de Octubre de 1946.
Servicio: Primera Cirugía de Hombres.
Diagnóstico: Enfermedad de Nicolás Favre.
Operación: Infiltración con drometil.
Cirujano: Br. Carlos González.
Anestesia se practicó a las once horas.
Operación terminó a las once horas quince minutos.
Curso de la anestesia: Nada que anotar.

NUMERO 7.—R. F., 75 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 8 de Octubre de 1946.
Servicio: Casa de Salud de Hombres.
Diagnóstico: Adenoma de la próstata.
Operación: Prostatectomía transuretral y ligadura de los cordones.
Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.
Estado del enfermo antes de la operación: Bueno.
Dosis de anestésico: Ocho centigramos de procaína.
La operación duró una hora.
Curso de la anestesia: Nada que anotar.

NUMERO 8.—J. R., 78 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 7 de Octubre de 1946.
Servicio: Cuarta Cirugía de Hombres.
Diagnóstico: Adenoma de la próstata.
Operación: Prostatectomía suprapúbica.
Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.
Anestesia se practicó a las nueve horas y cuarto.
Se trató de hacer una transuretral, pero se descompuso el Bovie a las nueve horas y cincuenta minutos. Se decidió practicar entonces la suprapúbica. A las diez horas se incindió la pared abdominal pero el dolor referido por el paciente obligó a seguir la operación con pentotal sódico por vía intravenosa.

NUMERO 9.—F. Q., 30 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 16 de Octubre de 1946.
Servicio: Tercera Cirugía de Hombres.
Operación: Hemorroidectomía.
Cirujano: Dr. Víctor Giordani.
Anestesia se practicó a las diez horas y cuarto.
Posición del enfermo: Decúbito prono angulado.
Operación terminó a las once horas.
Curso de la anestesia: nada qué anotar.

NUMERO 10.—O. M. P., 38 años.—Sexo Femenino.

Fecha: 4 de Octubre de 1946.
Servicio: Segunda Cirugía de Mujeres.
Diagnóstico: Rasgadura perineal, cistocele y rectocele.
Operación: Colpoperineorrafia vaginal.
Cirujano: Dr. Roberto Valle Calvo.
Anestesia se practicó a las nueve horas cincuenta minutos.
Dosis de anestésico: Cinco centigramos de procaína.
La operación duró una hora y diez minutos.
Curso de la anestesia: La presión que estaba ligeramente alta (160/100) no se alteró.

NUMERO 11.—P. F., 64 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 16 de Octubre de 1946.
Servicio: Segundo de Urología.
Diagnóstico: Ulceración crónica del glande.
Operación: Fulguración.
Anestesia se practicó a las diez horas.
Cirujano: Dr. Salvador Ortega.

NUMERO 12.—M. B., 38 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 15 de Septiembre de 1946.
Servicio: Casa de Salud de Hombres.
Diagnóstico: Fístula de la fosa isquio-rectal derecha.
Operación: Resección de Fístula.
Cirujano: Dr. Pablo Fuchs.
Estado del enfermo antes de la operación: Normal.
Dosis de anestésico: Cinco centigramos de procaína.
Post-operatorio: Ligera cefalea.

NUMERO 13.—S. W., 44 años.—Sexo Femenino.

Fecha: 17 de Septiembre de 1946.
Servicio: Clientela privada.
Diagnóstico: Cistocele y rasgadura antigua del perineo.
Operación: Operación de Curtis y perineorrafia.
Cirujano: Dr. Pablo Fuchs.
Estado del enfermo antes de la operación: Bueno.
Dosis de anestésico: Cinco centigramos de procaína.
Operación duró: Tres cuartos de hora.
Post-operatorio: Normal.

NUMERO 14.—S. F., 65 años.—Sexo Femenino.

Fecha: 19 de Septiembre de 1946.
Servicio: Clientela privada.
Diagnóstico: Cistocele y rasgadura antigua del periné.
Tratamiento: Operación de Curtis y perineorrafia.
Cirujano: Dr. Pablo Fuchs.
Operación duró cuarenta minutos.

NUMERO 15.—E. M., 23 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 16 de Octubre de 1946.
Servicio: Primero de Urología.
Diagnóstico: Fimosis.
Tratamiento: Postectomía.
Cirujano: Br. Alberto Ramírez.
Anestesia comenzó a las nueve horas.
Operación duró media hora.
Dosis de anestésico: Cinco centigramos de procaína.

NUMERO 16.—C. M., 31 años.—Sexo Femenino.

Fecha: 6 de Septiembre de 1946.
Servicio: Primera Cirugía de Mujeres.
Diagnóstico: Metropatía hemorrágica.
Tratamiento: Raspado Uterino.
Cirujano: Dr. Eduardo Lizarralde h.
Anestesia comenzó a las nueve horas.
Dosis de anestésico: Cinco centigramos de procaína.
Operación duró: Treinta minutos.

NUMERO 17.—H. V., 70 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 6 de Octubre de 1946.

Servicio: Casa de Salud de Hombres.

Diagnóstico: Adenoma de la próstata.

Operación: Prostatectomía transuretral.

Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.

Dosis de anestésico: Ocho centigramos de procaína.

Operación comenzó a las siete y media horas y terminó a las ocho horas y cuarto.

Curso durante la anestesia: La presión no bajó.

NUMERO 18.—R. F., 73 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 4 de Octubre de 1946.

Datos idénticos a la observación anterior, excepto:

Post-operatorio: Al segundo día presentó cefalea intensa, que cedió pronto con aspirina.

NUMERO 19.—F. K., 59 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 2 de Octubre de 1946.

Servicio: Casa de salud de Hombres.

Operación: Prostatectomía transuretral.

Anestesia se practicó a las siete horas.

Operación duró una hora.

Post-operatorio: Normal.

Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.

NUMERO 20.—J. A. E., 40 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 2 de Octubre de 1946.

Diagnóstico: Estrecheces post-blenorrágicas y prostatitis aguda.

Operación: Uretrotomía interna y dilataciones.

Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.

Dosis de anestésico: Cinco centigramos de procaína.

Operación duró: Treinta minutos.

Post-operatorio: Normal.

NUMERO 21.—G. G., 47 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 16 de Octubre de 1946.
Servicio: Primero de Urología.
Diagnóstico: Hidrocele esencial izquierdo.
Tratamiento: Inversión de la vaginal.
Anestesia comenzó a las once horas.
Operación terminó: A las once horas y veinte minutos.
Curso de la anestesia: El paciente tenía 180/110 de presión que no se alteró.
Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.

NUMERO 22.—J. T., 49 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 16 de Octubre de 1946.
Servicio: Primero de Urología.
Diagnóstico: Absceso del testículo izquierdo.
Operación: Orquidectomía.
Anestesia se practicó a las once y media horas.
Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.
Curso de la anestesia: El enfermo se quejó solamente al seccionar el cordón, cuya inervación como es sabido no proviene de la zona anestesiada.
Operación terminó a las doce horas.

NUMERO 23.—J. T., 50 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 6 de Septiembre de 1946.
Servicio: Primero de Urología.
Operación: Prostatectomía transuretral.
Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.
La operación duró una hora.
Post-operatorio: Normal.

NUMERO 24.—R. F., 18 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 11 de Septiembre de 1946.
Servicio: Primero de Urología.
Operación: Postectomía.
Cirujano: Br. Bienvenido Michelén.
Operación duró veinte minutos.
Curso de la anestesia: Satisfactorio.

NUMERO 25.—L. M., 34 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 11 de Septiembre de 1946.
Servicio: Primero de Urología.
Diagnóstico: Epididimitis tuberculosa.
Operación: Epididimectomía bilateral.
Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.
Operación duró cuarenta minutos.
Cantidad de anestésico: Ocho centigramos de procaína.

NUMERO 26.—P. M., 37 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 11 de Septiembre de 1946.
Servicio: Primera de Urología.
Operación: Uretrotomía interna y externa.
Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.
Curso de la anestesia: Normal.

NUMERO 27.—A. A., 46 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 13 de Septiembre de 1946.
Servicio: Primero de Urología.
Operación: Uretrotomía interna.
Cirujano: Br. Bienvenido Michelén.
Dosis de anestésico: 5 centigramos de procaína.
La operación duró media hora.

NUMERO 28.—J. del P., 25 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 18 de Septiembre de 1946.
Servicio: Primero de Urología.
Operación: Postectomía.
Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.
Operación duró quince minutos.
Post-operatorio: Normal.

NUMERO 29.—E. M., 55 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 27 de Septiembre de 1946.
Servicio: Primero de Urología.
Operación: Prostatactomía transuretral.
Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.
Anestesia se practicó a las nueve horas.
Operación duró una hora.

NUMERO 30.—J. G., 26 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 27 de Septiembre de 1946.
Servicio: Primero de Urología.
Operación: Plastía del pene.
Cirujano: Dr. Alejandro Palomo.
Anestesia se practicó a las nueve y media horas.
Operación duró treinta minutos.

NUMERO 31.—V. A., 23 años.—Sexo Masculino.

Fecha: 8 de Octubre de 1946.
Diagnóstico: Fimosis.
Operación: Postectomía.
Servicio: Primero de Urología.
Cirujano: Br. Alberto Ramírez.
Operación duró treinta minutos.
Curso de la Anestesia: Bueno.

NUMERO 32.—J. M. L., 32 años.—Sexo Masculino.

Servicio: Primero de Urología.
Fecha: 8 de Octubre de 1946.
Operación: Biopsia de tumor de la vejiga.
Anestesia se practicó a las nueve horas.
Dosis de anestésico: Cinco centigramos de procaína.
Curso de la anestesia: Por equivocación se dió esta anestesia; y el dolor provocado en el enfermo por la intervención obligó a suplirla con pentotal sódico.

CONCLUSIONES

- 1°—La técnica de la punción raquídea perfectamente conocida por todos no implica ningún entrenamiento especial.
- 2°—El instrumental es el corriente de la raquianestesia.
- 3°—La solución de glucosa al 10% y los cristales de procaína pertenecen al stock ordinario de una sala de operaciones; no hay dificultad en obtenerlos y por consiguiente no significan ninguna exigencia.
- 4°—Se trata de una anestesia benigna que supera a la epidural por la menor cantidad de droga introducida en el organismo. Además, aunque la técnica de esta última es teóricamente sencilla da mayor porcentaje de fracasos.
- 5°—Su superioridad sobre la raqui baja corriente es indiscutible.
- 6°—Muchas de las intervenciones en las cuales está indicada la anestesia en silla de montar, se practican en nuestro medio con pentotal sódico; éste último exige por lo menos un ayudante más y no reporta ninguna ventaja en lo que a beneficio del enfermo se refiere.
- 7°—La posibilidad de accidentes es tan remota que el Cirujano puede prácticamente despreocuparse del estado general de su enfermo.
- 8°—Considero que esta técnica, dada su sencillez debe ser perfectamente conocida en los medios quirúrgicos.

ENRIQUE PORRAS G.

Vº Bº,

ALEJANDRO PALOMO.

Imprimase,

C. M. GUZMÁN,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

International Surgical Digest.—Marzo de 1946.

International Surgical Digest.—Mayo de 1946.

The Art of Anesthesia.—Flagg.

Consideraciones sobre la Raquianestesia fraccionada Continua o prolongada.—Tesis del Dr. Ricardo Soto M.

Spinal Anesthesia.—Maxson.

Petite Chirurgie et Technique Medicale Courante, 1938 Roux.

Petite Chirurgie.—1938, Maissonnet, J.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Rótula.
<i>Anatomía Topográfica</i>	Región inguino-crural.
<i>Anatomía Patológica</i>	Cirrosis Hepática.
<i>Bacteriología</i>	Gonococo.
<i>Botánica Médica</i>	Atropa Belladona.
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Exploración del Hígado.
<i>Clínica Médica</i>	Percusión del corazón.
<i>Física Médica</i>	Termómetro.
<i>Fisiología</i>	Revolución cardíaca.
<i>Higiene</i>	Profilaxia de la Fiebre Tifoidea
<i>Histología</i>	Piel.
<i>Medicina Legal y Toxicología</i> . .	Envenenamiento por los ácidos.
<i>Obstetricia</i>	Presentación de vértice.
<i>Parasitología</i>	Amiba histolítica.
<i>Patología General</i>	Arritmias.
<i>Patología Médica</i>	Insuficiencia cardíaca.
<i>Patología Quirúrgica</i>	Úlcera del Estómago.
<i>Patología Tropical</i>	Absceso del Hígado.
<i>Pediatría</i>	Sarampión.
<i>Psiquiatría</i>	Memoria.
<i>Técnica Operatoria</i>	Amputación del Brazo.
<i>Química Biológica</i>	Orina.
<i>Química Inorgánica</i>	Cloruro de Sodio.
<i>Química Orgánica</i>	Novocaína.
<i>Terapéutica Farmacológica</i> . . .	Morfina.
<i>Terapéutica Clínica</i>	Sulfas.