

ANESTESIOLOGÍA

ANESTESIA CON PENTOTAL, ÓXIDO NITROSO Y CURARE *

Dr. JOHN BRODY

New Haven, Conn

HEMOS estudiado completamente 250 casos de un total de 1.350 anestias quirúrgicas para practicar apendicectomías, histerectomías, colecistectomías, resecciones gástricas, incluso transtorácicas, nefrectomías, ceráreas, tiroidectomías, etc., etc.

Hemos empleado solución de pentotal sódico al 2,5 por 100, administrada con jeringa de vidrio de 20 c. c., con adaptador de dos vías o bien de tres, si hay que administrar además solución salina, plasma o sangre. El mismo dispositivo sirve para inyectar el curare, siendo la opinión general que estos dos productos deben penetrar en la sangre sin mezclarse antes a causa del peligro de inyectar partículas sólidas en el torrente circulatorio. Una vez anestesiado el paciente con pentotal sódico, se comienza la administración de óxido nitroso y oxígeno en cantidad de dos litros de cada uno, utilizando la técnica de circuito semicerrado y continuando la inyección intermitente de pentotal en cantidad adecuada para mantener la anestesia suficientemente profunda. Según nuestra opinión, el mejor momento para empezar a inyectar el curare depende, casi en absoluto, de la rapidez con que proceda el cirujano, y en el caso en que éste opere muy rápidamente, se administrará la dosis inicial al hacer la incisión de la piel, puesto que así se habrá logrado el efecto máximo del curare en el momento de abrir la cavidad peritoneal, con lo que puede explorarse y manipularse fácilmente. Pero si el cirujano es más lento, hay que calcular en qué momento debe comenzar a darse el curare. Para la mayor parte de los adultos, la dosis inicial es de 60 a 80 unidades; es decir de 3 a 4 c.c. Si la musculatura abdominal ofrece alguna resistencia al abrir la cavidad peritoneal, inyectamos inmediatamente otras 20 unidades y en un minuto aproximadamente obtendremos la deseada relajación muscular. Durante las maniobras intraperitoneales, se seguirán administrando dosis intermitentes de 20 unidades con intervalos de 10 a 20 minutos, según los casos. A veces se presenta una depresión respiratoria caracterizada por respiración superficial, parálisis intercostal o apnea, generalmente después de administrar la dosis inicial de curare, pero sólo tiene duración máxima de unos minutos, debiendo mantenerse una oxigenación adecuada mediante presiones rítmicas del saco respiratorio. Es muy importante la administración de un barbitúrico la noche antes de la operación y de sulfato de morfina y sulfato de atropina, en la relación de 25 a 1, por vía hipodérmica, hora y media antes de la operación; por vía intramuscular, tres cuartos de hora antes de la misma, o por vía intravenosa, 10 minutos antes de operar.

No hemos registrado ningún caso de muerte postoperatoria, atribuible a la anestesia, ni tampoco hemos observado intermitencias ni irregularidades en el pulso, bradicardias o taquicardias, como ocurre con frecuencia, en las anestias con ciclopropano. En muchos casos descendió la presión sanguínea precozmente, pero siempre se normalizó en un plazo de 5 a 15 minutos, sin emplear ningún remedio; algunas veces, después de la anestesia con pentotal, se produjo intenso laringoespasma que cesó en menos de un minuto, mediante la inyección intravenosa de 40 a 50 unidades de curare, siendo este efecto tan impresionante, que

* "Conn State. M. J." Febrero 1948

empleamos ahora este medicamento como tratamiento inicial en los casos de espasmo anestésico.

No empleamos este método de anestesia en los niños menores de cinco años, ni en las personas excesivamente obesas, pero hemos obtenido buenos resultados en enfermos muy débiles y de edad avanzada, aunque en la mayor parte de estos casos no es necesario emplear el curare.

También hemos obtenido resultados excelentes en los casos de choque y hemorragia, por lo menos en la práctica civil. Únicamente en casos de iliocoliectomías y de resecciones intestinales abdomino-perineales, no hemos logrado un resultado completamente satisfactorio. En todos los demás casos hemos obtenido una relajación muscular completa, que ha permitido practicar cómodamente toda clase de operaciones abdominales y transtorácicas.

Los pacientes aprecian mucho esta clase de anestesia. La convalecencia es buena y las complicaciones postoperatorias son tan poco frecuentes, por lo menos, como en los demás tipos de anestesia.

CIRUGÍA GENERAL

POLIPOS RECTALES: DIAGNÓSTICO, CURSO CLÍNICO Y RELACIÓN CON EL CÁNCER DEL RECTO *

Dres. JAMES R. COLVERT y CHARLES H. BROWN

De la Sección de Gastroenterología del "Henry Ford Hospital",
Detroit Michigan

LA malignidad potencial de los pólipos rectales ha dado lugar a extensas controversias, señaladas por Bockus en una revisión de las numerosas publicaciones que indican índices de malignidad entre el 5 y el 85 por 100. Una diferencia tan amplia, indica interpretaciones individuales muy distintas de los cambios patológicos, ya que es absolutamente imposible una estadística tan divergente. La similitud de situación del cáncer del recto y de los pólipos inclina hacia la posibilidad de que el tumor maligno proceda de la neoformación benigna, aunque esta inducción no puede considerarse como sólida. Todos los clínicos han visto pólipos seguidos durante años sin evolución hacia la malignidad.

En el presente estudio se analizan las historias de 235 enfermos con pólipos, unos operados y otros no. Todos los enfermos han sido seguidos durante cinco años como mínimo con el fin de determinar la relativa frecuencia del cáncer del recto después de la extirpación de los pólipos y sin ella.

Metodología estadística. Se incluyen en nuestro estudio todos los casos de pólipos rectales observados en el Henry Ford Hospital entre 1930 y 1941. Los carcinomas primitivos del recto no se toman en cuenta, puesto que no tienen significado alguno en este trabajo. No se conoce el número de proctoscopias necesarias para descubrir los 235 casos estudiados, por el hecho de que en los primeros años no se comprendía sistemáticamente la práctica de este método diagnóstico. En los últimos 4 años se han encontrado pólipos en el 2,3 por 100

* "The Amer. J. of Med. Sciences". Enero 1943.