

ANESTÈSIA A GIRONA DURANT LA POSTGUERRA

Joan BARO I SEGUI

El meu intent de voler parlar de la història de l'anestèsia és de donar una impressió del gran salt que s'ha produït en aquest camp de la Medicina durant els últims anys i que ha permès a la cirurgia entrar en molts altres dominis en els que abans estava prohibida.

Com a referència he donat el títol de "Anestèsia a Girona durant la postguerra", tota vegada que la guerra ens marca molt sovint un punt de mira important. I a Girona, perquè es on jo ho he viscut.

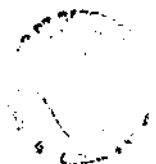
Per centrar-nos, però, hem de parlar un xic de l'època immediatament anterior a la guerra, de la guerra i de la postguerra fins a l'actualitat.

Es realitzen operacions d'hèrnies, apendicitis, gastro-enterostomies, gastrectomies, drenatges pleurals per empiemes, etc. I durant la guerra s'hi afegeixen extraccions de metralla i demés ferides del moment: cures oclusives, col·locació de "pouliquen", extensions amb claus de Kichsner per fractures de fèmur, i altres traumatismes.

En l'època de pre-guerra la cirurgia s'exerceix a l'Hospital Provincial de Sta. Caterina, a la Clínica Girona, a l'Hospital Militar i al propi domicili dels malalts. S'obren després les Clíniques Bofill, i en la postguerra, la Clínica Aliança, l'Esperança, la Clínica Muñoz, i la Clínica Llobet.

Per realitzar les operacions quirúrgiques algú havia d'ocupar-se de les tècniques anestèsiques.

Si eren raquianestèsies era el propi cirurgià qui en tenia cura confiant en la innocuïtat, no sempre certa, de la novocaïna.



Si era anestèsia general, bé amb mascareta o amb "Ombredanne", era realitzat per practicants, infermeres, comadrones o monges.

Per a les anestèsies loco-regionals i espinals, entre elles la del plexe braquial per l'extremitat superior, s'usen la novocaïna, tetracaïna, i la percaïna.

Les raquienestèsies massa altes produeixen en alguna ocasió paràlisis respiratòries que obliguen a parar l'operació i a realitzar maniobres de respiració artificial per mètodes externs -Sylvester, Schaffer, etc.-, amb greus transtorns per a l'estat del malalt.

L'anestèsia general es practica amb èter, cloroform i clorur d'etil. Fins als anys 1960 no s'introdueix el Fluotane.

A la postguerra s'estenen les anestèsies intravenoses amb els barbitúrics d'acció ràpida, com l'EVIPAN, registrat ja l'any 1933 i utilitzat durant la guerra amb poca perícia. Posteriorment fem servir el NARCOVENOL, el PENTOTAL i el KEMITAL.

Aquesta injecció que fa dormir els malalts sorprèn tot el personal auxiliar dels quiròfans. Les induccions amb èter eren molt tumultuoses. El segon període anestèsic de Guedel ja era anomenat "d'excitació" o de "deliri". Per evitar que el malalt es fes mal a si mateix i als qui l'envoltaven es recorria a diverses persones fornides que vigilessin els moviments del malalt. Calia tapar-se les orelles per no sentir els seus crits i frases dissonants.

Les respiracions eren irregulars i portaven assíduament a una cianosi molt alarmant i a apnees seguides de fortes inspiracions amb perill de sobredosi de l'anestèsia inhalatòria. L'excitació era, segons el llibre de Miguel, "motora, tusígena i verborreica".

Tot això és suprimit amb una simple injecció intravenosa d'un barbitúric que fa entrar en un son plàcid.

La pre-anestèsia o anestèsia basal, amb morfina i altres derivats o barreges, com l'atropina-morfina, no eren massa utilitzades per la por de la depressió del centre respiratori.

Nosaltres apliquem relaxants musculars a Barcelona, l'any 1953, fent servir la curarina que facilita el Laboratori Miró de Palma de Mallorca. El farmacèutic d'aquella localitat, Alfonso Miró Forteza, permet la introducció d'aquests agents relaxants que suposen un gran avanç per a la nostra professió.

Posteriorment, als seixanta, també introduïrem la SUC-CINILCOLINA (Mioflex), servida pel mateix laboratori.

Deixem a part els fàrmacs de què hem disposat i passem tot seguit a descriure els aparells emprats per administrar-los.

El més rudimentari era la mascareta de Schielebusch, a la qual s'havien d'aplicar "siete dobleces de gasa" i fer caure poc a poc les gotes de l'anestèsic líquid inhalatori triat (clorur d'etil, èter o cloroform).

Posteriorment l'aparell d'Ombredanne. Les persones que realitzaren aquest canvi ja es donaven per molt satisfetes en poder dosificar els vapors d'èter que el malalt inhalava.

Àmb tot, és un aparell molt rudimentari que provoca cianosi per intercanvi defectuós de la ventilació: l'èter motiva una abundant producció de secrecions que interfereixen també la respiració del malalt. Quan s'arriba a un pla profund d'anestèsia la caiguda de la llengua obliga a idear alguns aparells accessoris: el tub de Mayo, ara Tub de Guedel, la pinça obreboques i la pinça tirallengües intenten posar remei als possibles accidents. Per tal d'ei-xugar les abundants secrecions s'utilitza una bola de gases al capdavall d'una pinça llarga per arribar fins a l'orofaringe i netejar-la.

Perfeccionant l'aparell d'Ombredanne, el Dr. Miquel de Barcelona presenta l'any 1946 en un congrés de cirurgians un aparell que té molt bona acollida i que bateja amb el nom OMO, inicials d'Ombredanne, Miquel i Oxford, el qual permet allunyar de la cara del malalt el recipient que conté l'èter a vaporitzar, i a la vegada hi afegeix una concertina per poder ventilar el malalt: el perill de la parada respiratòria ja no és tan esfereïdor.

A la vegada aquest aparell permet connectar els tubs d'intubació naso-traqueal i orotraqueal, gran avenç per a la ventilació del malalt anestesià.

Són dos avanços importants en el camp de l'Anestèsia. En aquells anys cinquanta, amb por, aprenem la pràctica de la intubació, profunditzant molt l'anestèsia amb èter relaxant la musculatura, i intentant suprimir els reflexes faringis. La introducció dels relaxants musculars ens facilita aquesta maniobra, però davant de la poca experiència en el maneig dels curares, durant un temps no posàvem el curare fins que no teníem intubat el malalt que havíem intoxicat amb molta inhalació d'èter.

Quan obtenim la succinilcolina ja han passat més anys, tenim més experiència i la relaxació més ràpida que produeix aquest medicament ja ens permet efectuar aquests processos d'intubació amb més destresa.

Aquesta pràctica de la intubació fa que es puguin realitzar operacions sobre el tòrax ja als anys cinquanta, en què la tuberculosi era una malaltia molt freqüent i per col.lapsar el pulmó es realitzaven toracoplasties, ressecant 5,6 o 7 costelles d'un hemitòrax. Ho fèiem amb èter com a anestèsic inhalatori, amb la por, entre altres coses de l'explosió. A Girona no en tinguérem cap, però sí recordo haver-ne presenciat una a l'Hospital de Sant Pau, a Barcelona: en aplicar el bisturi elèctric en una cavitat plena de vapors d'èter per una fístula bronquial, s'inflamà i explotà la concertina de l'OMO, amb corredisses per sortir del quiròfan dignes d'una marató. No succeí res més que una petita sucarrimada dels cabells del malalt.

L'OMO fa la seva entrada a Girona l'any 1950. Després d'un període de prova l'adquireixo l'any 1953 per la quantitat de 4000 Ptes., que pago en terminis de 400 Ptes., al seu anterior propietari, el qual canvià d'especialitat tot just iniciada. Amb ell -l'aparell- correguérem quiròfans. Coneixia els carrers de Girona, en aquells temps orfe de cotxes, com jo mateix.

Els centres hospitalaris adquireixen aparells OMO, i també la Residència Sanitària de la Seguretat Social, que amb la seva inauguració, l'any 1956, aportà també uns

aparells de procedència alemanya, anglesa i americana que permeteren l'administració no solament d'èter, sinó d'òxid nítrós i de ciclopropà amb circuits oberts i tancats, i tenia incorporats respiradors automàtics.

L'Hospital de Santa Caterina de la Diputació Provincial, essent president el Sr. Pere Bretcha d'Olot, adquireix en aquesta època un respirador Engstrom ideat als països nòrdics per combatre l'epidèmia de poliomièlitis que els envaïa. En sortir beneficiat un operat a la Clínica Aliança, el qual, afectat per una apnea prolongada per succinilcolina, fou traslladat en ambulància a l'Hospital de Sta. Caterina per ésser connectat al respirador durant les deu hores que triga a recuperar-se.

Avui dia els aparells ja són molt més perfeccionats amb molts mecanismes de control i seguretat i alarmes incorporades. Això ens porta a recordar el petit bagatge de signes que teníem a la postguerra per comprovar l'estat del malalt. El control del pacient venia donat únicament per la respiració i els pols i com a signes complementaris, pel color i la humitat de la pell i pels reflexos pupil·lars, palpebrals, conjuntivals i corneals. La pressió arterial, mirada rutinàriament, complementava aquests signes.

Es pren consciència que al quiròfan hi ha dos problemes essencials: un, el de l'operació pròpiament dita, i l'altre, el de mantenir el pacient en estat de suportar uns atacs a la seva economia tant des del punt de vista de la privació del dolor com pel que es refereix a conservar, amb un ampli marge de seguretat, les seves funcions vitals.

Això ho publica el Dr. Manuel Burgos, cirurgià i posteriorment anestesiòleg de Granada i Sevilla, a la Revista "Medicamenta" l'any 1948, amb un títol prou suggestiu: "El mal humor del cirujano". Cita a Kirchsner quan diu que aquest mal humor és un "rito consustancial con la vida de la sala de operaciones y es una cualidad sobresaliente de la que todo maestro de la cirugía debería estar poseído". Però l'autor comenta: "¿Qué es lo que hace parecer al cirujano hosco, agrio e impulsivo?". I contesta: "Lo motiva

el miedo por una vida que en sus manos se halla en peligro de muerte. En vez de tener los ojos clavados en el campo operatorio, ha de apartarlos en cada momento para ver la cara del enfermo, para apreciar cómo respira". I acaba dient: "La anestesia española ha de salir de este lamentable estado, tiene que ser elevada a la categoría de especialidad".

I l'Estat espanyol ja se'n preocupa i ho legisla l'any 1952, creant els equips d'anestèsia i reanimació dintre de les residències del SOE.

L'any 1955 es crea la primera càtedra d'anestesiologia i reanimació a la Universitat Complutense de Madrid. Actualment aquestes càtedres s'han estès a la majoria de les facultats de Medicina.

L'obtenció del títol d'especialista es fa a través del sistema MIR.

L'any 1978, s'imparteix docència per primera vegada pel sistema MIR a l'Hospital Alvarez de Castro de Girona.

L'any 1979 s'incorpora el primer resident d'anestèsia i reanimació a aquest hospital.

Aquesta formació tan acurada resta lluny de l'autodidàctica de què ens havíem de servir en la tan anomenada postguerra. És amb aquest afany de superació que ens reunim a l'entorn del Dr. Miquel de Barcelona, primer al Cafè Terminus, del carrer Aragó Passeig de Gràcia, els dimecres havent sopat, i més endavant a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de la que depèn l'Associació Catalana d'Anestesiologia i Reanimació, creada l'any 1953.

Si aquesta formació és tan frenada, estem lluny de somniar en ampliar coneixements a l'estranger, quan les dificultats per viatjar eren tan extremes que fins per arribar-se a Olot es necessitava un salconduit de fronteres.

Dels anys de la post-guerra, fins ara, s'ha fet un salt espectacular a tots els nivells, l'anestesia no ha quedat enrera. Dels 2 metges anestesistes de llavors, la

província compta amb més de 20 especialitzats avui.

I del simple aparell d'endormiscar, tenim l'aparatosa i necessaria màquina actual. Morton no podia pensar a l'any 1846, que iniciada la primera anestèsia, quedés relentit el seu procés fins passat cent anys, en que es desperta de nou, per prendre volada fins arribar com és ara.

El mateix ens fa pensar, però amb nostàlgia, d'aquells petits hospitals plens d'art i acolliment, on et trobes a casa, i la mole arquitectònica d'una Seguretat Social, on tots en avenços hi són, però et persegueix la fredor d'un número.

És el progrés que hem d'acceptar i agrair.

