

## RAQUIPERCAINIZACION MINIMA CON PENTOTAL INTRAVENOSO EN CIRUGIA ABDOMINAL

Dr. José D. Mautone  
(San Carlos)

Preconizamos esta anestesia combinada después de haberla usado en más de 250 intervenciones.

*La raquípercaïnización mínima*, es la que insume menos de 4 mgs. de percaína.

Sus efectos dominantes son: buena relajación de la pared abdominal; notable retracción del intestino; atenuación de la sensibilidad parietal y visceral; hipotensión nula, o controlable y moderada, y ausencia de accidentes mortales.

Las cefaleas en el postoperatorio no son frecuentes ni importantes.

*El pentotal*, suprime la sensibilidad residual, limita la excursión diafragmática y permite operar con un silencio abdominal completo.

La técnica es simple:

1 hora antes de la intervención 1 ampolla de Sedargil. Punción lumbar alta, aguja fina, inyección de 3 y  $\frac{1}{2}$  mgs. de percaína, espera de tres minutos sin retirar la aguja y luego 5 cgs. de efedrina 1/M.

Se acuesta al paciente, cabeza alta, se esteriliza la pared del vientre y se fijan los campos.

En seguida se empieza el pentotal, solución al 5 %, 1 cm. cada 30 s. hasta caída de la mandíbula, y luego a ritmo más lento. Con esta combinación y esta técnica hacemos toda la cirugía abdominal de adultos y exceptuamos solamente a los niños.

---

SEÑOR PRESIDENTE. — En consideración el trabajo del doctor Mautone.

DOCTOR LARGHERO. — ¿Me permite?...

Me resultó grato oír al doctor Mautone hablar de la anestesia. Nosotros, que nos hicimos en una escuela de raquianestesia, tenemos que defenderla ante el avance en nuestro medio de la anestesia general, que naturalmente, con la eficiencia de los anestésistas, hace que por muchas razones de comodidad la abandonemos. Sin embargo, para nosotros tiene indicaciones formales, y no estamos dispuestos a ceder. Y en esos casos hacemos casi constantemente asociación de pentothal, que tiene la ventaja, como dice Mautone, de poder hacer una operación más prolongada y de suprimir el estado de nerviosidad del enfermo, aumentándose la resolución muscular.

Creemos que administrada con buena vigilancia, el pentothal asociado a la raquí, permite hacer operaciones que en otros casos debíamos recurrir a la anestesia general o local. No usamos percaína, sino novocaína.

DOCTOR STAJANO. — ¿Me permite?...

En realidad, soy un gran partidario de la raquianestesia, y de la raquí con percaína. No sé la cantidad de centenares de casos operados, con las indicaciones y contraindicaciones formales, que no es del caso mencionar aquí. Pero, en realidad, el adelanto de la anestesia moderna, ha hecho retraer un poco el uso de la raquí. Sin embargo, repito, soy gran partidario de la raquí.

En cuanto a la prolongación del acto operatorio, es diferente la acción duradera de la percaína a la de la novocaína. La percaína permite una anestesia de dos horas o dos horas y media, inyectando 4, 5, 6 ó 7 centigramos.

Si hay algún elemento que me ha hecho retraer en el uso de la raquí, es algo que no he podido solucionar y que no se ha solucionado en ninguna parte de la tierra. Es la cefalalgia brutal, que aparece a veces. Ha-

ciendo raquianestesia, no podemos realizar el levantamiento precoz de los enfermos, como lo preconizamos ahora. Esa cefalalgia es irreductible a todos los medios y a todas las formas que se han empleado para evitarla. Aparece y demora tres, cuatro o diez días, en algunos casos.

De la misma manera que los otros inconvenientes de la raqui han sido dominados, como la hipotensión, por ejemplo, la cefalalgia todavía hoy es algo que complica el postoperatorio e impide el levantamiento precoz, razón por la cual me he visto obligado a irla abandonando, reconociendo que la percaína es un anestésico formidable.

DOCTOR MERNIES. — ¿Me permite?...

Deseo realmente comentar este problema, porque los que estamos en el interior no tenemos el lujo de un buen anestésico, como el doctor Larghero tiene. Pero nosotros, que carecemos de anestésicos competentes, hemos estado tentadísimo de usar la raqui, ya sea con novocaína o con percaína. Fíjense que digo las dos cosas, porque cuando me veo obligado a hacer una raqui, por ejemplo, por rotura de miembro inferior, la hago con novocaína a pesar de todo y de haber estado al lado de Stajano, al que le ha ido excelentemente. En su servicio no he visto ningún accidente serio, pero no ha pasado lo mismo con nosotros.

No sé lo qué ha pasado, pero yo he perdido dos enfermos en el término de veinte años. Uno me sucedió a mí, con la raqui, y otro a un urólogo que fué a tratar un enfermo. Le he tomado tanto terror a la raqui, que no me puedo convencer que sea una anestesia útil para campaña. Puede ser que este procedimiento que se aconseja, sea la solución, o que exista algún factor en cuanto a cantidad que nosotros no hemos podido descubrir. Puede ser que usando la pequeña cantidad que usa Mautone, agregado el pentothal, sea eficaz la anestesia para los cirujanos del interior, que se haga sin peligro; pero confieso, a pesar de todo, que le tengo horror a la raqui, porque he visto morir enfermos por raqui.

Pienso lo mal que hacíamos las anestésicas, con el éter nacional, en épocas en que cualquier muchacho tomaba la careta y la aplicaba a los enfermos que llegaban a la puerta del hospital. Yo recuerdo haberlo hecho sin tener la mínima noción de esos problemas. Y no se moría nadie. Pero después se supo de algunas muertes. El hecho es que cuando se ve morir de anestesia uno o dos enfermos, es evidente que para volver a utilizar ese mismo anestésico, se pone una enorme cantidad de reparos.

El doctor Mautone dice que con esa cantidad mínima, agregada al pentothal, puede hacer intervenciones largas, con relajamiento de la musculatura; y, desde luego, que para los que no tenemos anestésicos competentes, eso nos vendría perfectamente bien, siempre que el problema radicara en la cantidad del anestésico empleado.

Desde luego que los que hacen cirugía general tienen el curare, que es formidable para la relajación completa con el mínimo de gasto de anestesia; pero en campaña hay que buscar elementos prácticos.

De manera que no echaré en saco roto la enseñanza del doctor Mau-

tone, y voy a tratar de hacer un poco de experiencia, a ver si esa pequeña dosis me pone a salvo de los peligros que existen; porque yo sé de la tragedia de que se muriera un enfermo sin poder hacer absolutamente nada.

DOCTOR ETCHEGORRY. — ¿Me permite? . . .

Yo no pensaba hacer uso de la palabra, porque creo que en este asunto de raquianestesia y de anestesia general, nadie convence a nadie. Hace rato que digo todo esto. Por otra parte, mismo los que intervenimos creemos que obramos de buena fe y no contamos los hechos como son. Yo me acuerdo que en la Sociedad de Cirugía un señor contó que nunca había tenido un accidente con raqui; pero a un enfermo que se le murió, le echó la culpa a otra cosa.

Con respecto a lo que acaba de exponer el doctor Matuone, yo lo he visto hacer en Buenos Aires, desde hace muchos años, a Bengolea, disminuyendo la cantidad de anestesia inyectada dentro del espacio subaracnoideo. Pero Bengolea se rodeaba de toda clase de precauciones, tenía sus buenos anestésistas. El sujeto que daba el embutal al enfermo, era un anestésista preparado.

En realidad, creo que en el momento actual, como en otras cosas de la cirugía, no debemos prescindir de la opinión del anestésista, siempre que lo podamos tener a mano. Esto no significa que debemos dejar nuestra opinión en el canasto. Conservamos nuestra personalidad, pero de la misma manera que en otras cosas consultamos a otros, en este caso tenemos que consultar.

Personalmente, soy partidario de la raqui, pero con bastantes limitaciones. Es claro que obligado a veces por las circunstancias, uno la hace. Acabo de hacer una gastrectomía muy difícil, con 10 miligramos de novocaina, hecha entre XI y XII dorsal. Fué una anestesia perfecta que me permitió hacer la gastrectomía muy bien. Se trataba de un sujeto que tenía 17 de presión, y hubo un momento en que fué necesario acelerar la transfusión. En eso sí estoy de acuerdo con Larghero: hay que tener por lo menos un litro de sangre pronto. En ese enfermo la presión se vino a 9  $\frac{1}{2}$ . Vale decir que si no hubiera rodeado de todas las precauciones indispensables para contrarrestar una crisis de hipotensión, no sabría cómo me habría ido.

En una palabra, en este momento creo que se puede hacer cualquier método de anestesia, que todos son buenos, que todos tienen sus indicaciones, que algunos están en el límite en que prima la simpatía que se tiene a un método o a otro; pero que la raquianestesia, a pesar de todo lo que se diga, aún es una anestesia peligrosa, y creo que debe ser indicada con pleno conocimiento de causa.

Me afirmo más aún en esto: el doctor Pasman, en la Argentina, es un ardiente defensor de la raqui. La practica, pero tiene al lado de él, cuando hace la raqui, a un anestésista de la talla de Delhorne, que si será bueno que fué quién durmió a Perón.

La raquianestesia, como muy bien lo acaba de decir el doctor Stajano, contraindica la levantada precoz en absoluto. Puedo presentar ejemplos, en cantidad, y de estos últimos meses. Recuerdo uno, acaecido dos días antes de irme para Lima, de un asistente que hizo una raquí con novocaína. Sacó un apéndice en forma perfecta. Ese enfermo permaneció en el hospital doce días con cefalalgias brutales, porque al cirujano se le ocurrió levantarlo de tarde. El, anteriormente, me había dicho de levantarlo en forma precoz; le dije que no, él insistió. Bueno: si usted sabe más que yo, a pesar de que tengo más años que usted, le dije, haga lo que quiera. Le dije, además, que si quería que el enfermo se fuera a las 48 horas, no hiciera anestesia raquídea, sino general. El enfermo pasó las de Caín: vómitos durante 4 días, etc.

Es difícil poder prevenirse contra los accidentes de raquí, que como dice Stajano, se tratan con agua destilada. Además, como el mismo Stajano dice, significa una contraindicación a la levantada precoz.

En cuanto al procedimiento de Mautone, personalmente no tengo experiencia. Lo he visto usar a Bengolea. Quizá la dosis permita que el enfermo se levante a las 48 horas. Pero si por una punción lumbar le indicamos al enfermo que continúe acostado 48 horas, cuando hacemos la raquí el enfermo debe estar más tiempo porque todavía le inyectamos el líquido en el canal.

Creo que es un método a hacer, que se debe divulgar, que tiene sus indicaciones que dependen de la experiencia de cada uno.

Pero prevengo desde ya que el hecho de la pequeña cantidad de percaína, no significa que nos pongamos sin defensa. Se tiene mil casos brillantes, y cuando se va a presentar el trabajo de estadística, el caso 1001 la arruina.

DOCTOR ABDALA. — ¿Me permite?...

Debo confesar, desde que esta es una reunión científica, y debe hablarse con parsimonia, que he visto todos los accidentes, desde la cefalea hasta la muerte. Y los he visto mucho más de lo que se confiesa. Personalmente, yo he hecho muchas raquis, puedo haber llegado al millar.

Hay que llamar la atención sobre el problema que plantea el doctor Etchegorry, para sacarle un poco el entusiasmo al doctor Mernies, que rápidamente parece que quiere probar el procedimiento. Si Mernies va a hacer raquianestesia, lo mejor que puede hacer es llevarse un anestesista. Es lo único que puede hacer. Pero si Mernies, sin garantías, va a hacer raquianestesia, yo le aconsejaría que no la hiciera. Los mismos que hacían raquí, exigían la permanencia del practicante interno, no de un leucocito, que tuviera alguna experiencia. En ese momento, como muy bien lo sabe Stajano, no había anestesistas profesionales, y los internos nos encargábamos de esa labor. Yo me dejaría hacer una raquí, pero elegiría quién me la iba a hacer. He sido testigo de muchas cosas que pasan en las raquis, que no son tan anodinas.

Advierto que no tengo por qué dudar de la experiencia y de lo bien que le va al doctor Mautone en esa forma. Lo que dice Etchegorry es cierto. Villar y Bengolea la hacen, pero Finochietto la abandonó. Las razones no las sé, porque no hay estadísticas.

De manera que quería aportar mi grano de arena, en el sentido de establecer, siendo testigo de tantas raquis, que no son tan anodinas; que exigen un conocimiento muy profundo y superior al que exigen otras anestesias. La percaína, como cualquier otro producto, va al canal y no la saca nadie del canal. El accidente se instala, y la verdad es que se utilizan muchas cosas para evitar el accidente. Yo he preguntado a los anestesistas si lo que hacen para sacar al enfermo del accidente, lo hacen con un criterio racional o empírico, y me han contestado que en algunas cosas siguen una fisiopatología determinada, y que otras veces lo que hacen lo hacen porque sí. Cada vez que hay un accidente, se recurre a toda la gama de procedimientos que hay para sacar al enfermo del accidente, y muchas no sale.

Mis palabras no van dirigidas nada más que a establecer que como hice muchas raquis y como fui testigo de muchas raquis, creo que es un elemento que se coloca en el canal y que no se saca del canal, lo que obliga a tener mucha parsimonia. Y si alguna complicación tiene la raqui, es que se realice donde no tiene una buena indicación.

DOCTOR PERCOVICH. — ¿Me permite?...

Quiero borrar el pesimismo que puede quedar después de lo que ha dicho el doctor Abdala. Trabajé veinticinco años en el interior, con todos los inconvenientes que supone la anestesia, y debo agradecer a la raqui el haber obtenido las mejores y más perfectas anestесias. Y las he hecho yo, personalmente, sin ningún auxiliar.

Tuve un solo caso de muerte, y se debió a un olvido; se había dado metacaína y se puso al enfermo en posición Trendelenburg mucho antes del tiempo permitido, y no se vigiló la progresión de la anestesia.

Debo haber hecho muchos cientos o miles de raquianestesia con novocaína. La percaína la abandoné, era un poco más molesta para la vigilancia del enfermo, y no le he encontrado más que una contraindicación: el quiste hidático del hígado. Aunque parezca una complicación rara, en algunas oportunidades durante una operación de quiste hidático pueden producirse fenómenos anafilácticos, y cuando a la hipotensión de la raqui se agrega la otra hidática pueden ocurrir situaciones comprometedoras.

No he tenido ningún caso de muerte, aunque en verdad un enfermo estuvo a punto de morir.

En cuanto a las cefalalgias, todo lo que se dice es verdad; impide también el levantamiento precoz del enfermo. Pero en esto tal vez haya que tener en cuenta el material que se emplea para hacer la punción, que es una cosa a mi ver fundamental. Hay que usar aguja fina y bisel corto.

Tal vez las cefalalgias sean debidas a un derrame del líquido céfalorraquídeo, que se sigue produciendo después de la punción, por haber usado un material inadecuado.

De acuerdo con mi experiencia, sin ir más allá, aconsejaría a los médicos del interior que usen la raquí, pero que se pongan a cubierto de cualquier cosa. Hoy tiene más contraindicaciones que antes. Yo antes la usaba así, y no tengo inconveniente en declararlo: cuando un enfermo tenía una presión que fuera tolerable, le hacía raquí. Y aun usando este criterio tan contradictorio con los conocimientos actuales, me fué bien.

DOCTOR MAUTONE. — Una parte de la oposición que se nota con respecto a la raquianestesia, es que se compara la raquí tal como se hacía antes, a como se hace ahora, y se compara sin tener en cuenta las dosis que preconizamos, de 3 a 4 miligramos. Es una diferencia fundamental.

He visto en servicios quirúrgicos de Montevideo, morir enfermos por raquí, y he llevado muy mala impresión. Personalmente, aunque la hacía con la misma técnica y con novocaína, en aquel tiempo tuve algunas alarmas, las clásicas alarmas que se producen a los 15 minutos, de hipotensión, y que obligan a recurrir a todos los medios para evitarla; pero no tuve ninguna muerte.

Nosotros empezamos a ensayar los 3 a 4 miligramos de percaína, y no cambiamos el anestésico porque si no, no podíamos hacer experiencia, no podíamos dar ningún resultado. Hacíamos al principio 3 miligramos, después alguna vez bajamos a 2  $\frac{1}{2}$ , hasta llegárenos a ocurrir si el silencio abdominal no era efecto de la punción. Pero no hice esa experiencia de no inyectar nada y luego dar el pentothal, para ver si se producía el mismo efecto.

Ahora, las alarmas que se producen por estas raquípercaínas mínimas, son también mínimas. Una ligera palidez, a la que nosotros nos oponemos con anticipación haciéndole administrar 5 centigramos de efedrina, casi conjuntamente con la inyección de percaína.

Utilizamos una aguja muy fina, de 6/10 de milímetros, y una jeringa que no tiene capacidad para más de 5 miligramos de percaína; de manera que el anestesista que quiera hacer una anestesia de mayor número de miligramos, no puede porque la graduación es en décimas de centímetro cúbico, y nosotros por lo general no pasamos de 4 milímetros. Lo habitual es 3 ó 3  $\frac{1}{2}$ . Nos movemos entre esas cifras, según el estado general, según la talla, y en verdad un poco al tanteo.

Hemos realizado estas raquípercaínizaciones, en casos sumamente delicados. Hicimos una gastroenterostomía, que es el caso en que tuvimos una mayor alarma, en un caquético, en un ocluido del píloro por neoplasma, que antes había sido operado también con raquípercaína por perforación gástrica. Después de dominar la alarma, la operación transcurrió tranquilamente y el postoperatorio fué bueno. La hemos utilizado en una

nefrectomía por rotura del riñón izquierdo, y en intervenciones de larga duración.

Hasta ahora no hemos tenido ninguna muerte. Considero más difícil la administración de pentothal que la técnica de la raquíanestesia.

Procedemos de esta manera: cargamos la jeringa con la aguja, hacemos la punción lumbar y empujamos el émbolo. Esperamos 2 minutos para que se impregnen las raíces raquídeas, luego acostamos al enfermo en ligero Trendelenburg, le hacemos levantar la cabeza con la enfermera, y luego empezamos a hacer el yodado de la pared, se colocan los campos, y al colocar los campos y pinzar la piel, se da cuenta si la raquídea basta o no para poder operar. Si no basta, se pide el pentothal. La enfermera entonces, y allí no tenemos ninguna persona especializada, tiene la orden de dar un centímetro cada 30 minutos, tal como viene al 5 %. Es bastante concentrado. Luego es necesario disminuir el ritmo. De esa manera se puede operar durante dos horas, dos horas y media y hasta 3.

Esos son los resultados de nuestra experiencia. El cargo más importante y que acepto, es la cefalea, que no se produce en todos los casos; además, el levantamiento precoz puede hacerse también en la mayor parte de los casos. La cefalea, repito, es el inconveniente principal que hemos encontrado.

Antes de terminar, agradezco a todos los que se han ocupado de éste asunto, que hemos presentado aquí porque nos parece de importancia para los médicos del interior, sobre todo.

Nada más.

SEÑOR PRESIDENTE. — Damos por terminada la sesión de hoy, y deseo expresar nuestra satisfacción por la magnífica calidad de los trabajos presentados y por las interesantes discusiones a que han dado lugar. Nuevamente, ha sido ésta otra jornada magnífica.

De acuerdo al programa trazado, vamos ahora a concurrir al Hospital Italiano, al salón donde se fundó la Sociedad de Cirugía del Uruguay hace treinta años, lugar en el que el doctor Stajano formulará una breve exposición. Debo agregar que el doctor Stajano fué el primer Secretario, es decir, Secretario fundador de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

La reunión, pues, tendrá lugar dentro de unos minutos en el Hospital Italiano, Sala Margarita.

Queda terminado el acto.

---

El acto consistió en una ceremonia sencilla, en la cual el Presidente invita a todos los ex-Presidentes de la Sociedad de Cirugía a ocupar un sitio en el estrado. Lo hicieron los Dres. Prat, Stajano, Etchegorry, Chifflet, Larghero, Ugón A.