

La cefalalgia debida a la hipertensión del líquido c.r., se agrava con la posición erecta y se alivia con la decúbita; sin embargo, la deambulacion precoz, preconizada en los últimos años, no parece haber aumentado el número de esta molestia.

Complicaciones neurológicas: No hemos lamentado ningún caso de complicación neurológica de carácter grave. En dos pacientes evolucionó una neuropatía cubital unilateral, posiblemente por contacto de los codos contra el borde desnudo de la mesa de operaciones. Cuatro operados presentaron rigidez y sensibilidad de los músculos cervicales durante los 5 días que siguieron a la intervención. Ninguno, sin embargo, acusó temperaturas superiores a 38 grados C, por lo que se apreció el fenómeno como de meningitis leve aséptica o hemorrágica.

Seis pacientes presentaron evidencia de lesión de la cola de caballo. Uno manifestó caída unilateral del pie, la cual tardó 3 semanas en mejorar. Otro sufrió paresia de una pierna, la que se había normalizado en el momento del alta. Los cuatro restantes revelaron dolores o parestesias de una extremidad inferior, la duración máxima de los cuales alcanzó a los 12 días.

La frecuencia de secuelas neurológicas importantes después de la anestesia raquídea, es francamente baja. NICHOLSON y EVERSOLE registraron sólo 5 casos en 21.000 anestésias de este tipo. A este respecto, debe señalarse que la raqui-anestesia está contraindicada en todo paciente con afecciones del sistema nervioso central.

CIRUGIA GENERAL

ALIVIO DEL DOLOR CON MEDIOS QUIRÚRGICOS

Dr JEFFERSON BROWDER

EN el transcurso de los últimos sesenta años, se han obtenido progresos incesantes en el tratamiento de los pacientes con síndromes dolorosos, por medio de procedimientos quirúrgicos. Estos buenos resultados de la terapéutica quirúrgica se deben, ante todo, a dos factores: al mejor conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad determinante del dolor, y a la mejor técnica quirúrgica, que ha permitido a veces difíciles maniobras.

Debe definirse desde el primer momento, que el alivio decisivo del dolor por los procedimientos quirúrgicos se consigue pocas veces, a no ser que la afección causal quede eliminada por el mismo procedimiento. Pero, bajo el epígrafe de «alivio del dolor por medios quirúrgicos», nos referimos a aquella clase de manifestaciones dolorosas de causa incógnita, o al dolor asociado a un estado anómalo de patogenia desconocida, por el cual no hay terapéutica quirúrgica fija en el estado actual de nuestros conocimientos. Por esto se omiten, en estas líneas, los estados dolorosos de causa conocida que pueden ser aliviados o curados con un método quirúrgico, para resumir sólo los sistemas de tra-

tamiento de los dolores de origen desconocido y los debidos a las enfermedades malignas inoperables o metastásicas.

Modificación de la respuesta emocional al dolor

En este capítulo se comprenden la lobotomía prefrontal, la topectomía, y las excisiones de las áreas subcorticales de los lóbulos frontales, estas últimas ahora en curso de experimentación. En cuanto a la lobotomía, los pacientes afectos de lesión maligna, especialmente en los períodos postreros, con fenómenos dolorosos e incapacidad total, pueden pasar el resto de sus días en forma soportables con esta intervención, desde luego, practicada en ambos lóbulos frontales para que el alivio sea persistente. Según nuestra experiencia, la sección unilateral da motivo a un descanso de sólo algunas semanas, con necesidad de interrupción de las vías del lóbulo opuesto en una segunda operación. Si los efectos de la operación unilateral persistieran, sería éste el método de elección, puesto que se evitaría el embotamiento intelectual que sigue a la intervención en ambos lados. Por otra parte, parece conveniente alterar el estado mental de un enfermo de enfermedad incurable hasta el punto de que enfoque su futuro con entera indiferencia, pero, como se comprende, deberá prepararse a los familiares antes de la intervención, sobre esta «alteración de la personalidad». En toda circunstancia deberá procederse con suma cautela al emprender operaciones de tipo irreversible, sobre todo al querer aplicarlas a estados dolorosos y prolongados de etiología desconocida; además, no debemos perder la vista de que lo que se considera incurable hoy puede ser curable el día de mañana.

Interrupción de las vías urinarias

Los procedimientos quirúrgicos comprendidos en este grupo se refieren a los aplicados a los sistemas nerviosos somáticos centrales y periféricos, así como también, en un pequeño número de casos, al sistema vegetativo. Aunque algunas de estas intervenciones se emprenden por causa de dolores de origen desconocido, como el tic doloroso, se suelen proponer en circunstancias bien definidas como medio curativo, por lo que no es preciso comentarlas.

Durante los últimos treinta años se ha procedido con frecuencia creciente a la sección quirúrgica de las columnas anterolaterales de la médula espinal, con el objeto de eliminar dolores de la parte inferior del tronco y de las extremidades inferiores; con menos asiduidad, se ha emprendido también para los dolores intratables del tórax y de las extremidades superiores. Este método puede planearse, según las indicaciones, en un lado o en ambos. La operación unilateral es más eficaz en la región cervical superior, en los casos de dolor de la extremidad torácica, y en la región torácica superior para los dolores del abdomen. La sección de los dos cuadrantes anteriores de la médula en la región cervical en un solo tiempo, suele ir seguida con bastante frecuencia de graves alteraciones de la función respiratoria, lo que significa que el procedimiento es poco seguro. La operación bilateral en la región torácica superior es, en cambio, un método satisfactorio para el alivio del dolor intratable del abdomen, de la parte baja de la espalda y de las extremidades inferiores, aunque a costa de trastornos de las funciones de los esfínteros vesical y rectal, lo que limita también la utilidad de este tratamiento. Aun a este precio, se puede proponer en los casos de afección maligna, con progresión relativamente lenta, del abdomen o de la médula distal, en que los pacientes quedan sólo incapacitados a causa del dolor y los cuales, con la operación, pueden continuar con

una existencia relativamente pasable; en estos casos, la lobotomía sería menos indicada a causa del oscurecimiento intelectual.

La rizotomía dorsal cuenta con escasas aplicaciones. Algún caso, como por ejemplo, de dolor debido a la extensión del carcinoma mamario, se podrá tratar con la combinación de la rizotomía y de la cordotomía cervical unilateral. La rizotomía se aplica, en particular, a un pequeño grupo de enfermos que, por razones diversas, sufren de dolor continuo en el tórax después de una toracotomía. Debe recordarse la necesidad de seccionar aproximadamente el doble de raíces dorsales a las que parecerían indicadas, para obtener la zona de anestesia y analgesia en cada lado del área que transmite el dolor.

La sección de los nervios periféricos para el alivio de los dolores, de causa conocida o desconocida, en las extremidades, ha sido practicada desde ya hace bastante tiempo, sin que la temporalidad de sus efectos haya descorazonado a sus partidarios; el hecho de que todos los nervios periféricos se regeneran después de la sección anatómica no ha sido motivo suficiente para descartar tampoco su aplicación en el tratamiento de los neuromas dolorosos de un muñón o en los que a veces siguen a la laceración de un dedo. Los llamados neuromas del muñón presentan problemas especiales, como se demuestra por las dificultades que ponen obstáculo al tratamiento. Varios experimentadores han observado que el estiramiento de un nervio periférico, como ocurre en varios casos de dislocación traumática de la rodilla, tiene por consecuencia la regeneración ausente o mínima de los nervios peroneo y tibial. La razón de la falta de regeneración del nervio estirado parece deberse a que la interrupción axonal ocurre a niveles variados en un segmento relativamente extenso del tronco nervioso afecto. La aplicación de este hecho al tratamiento de los neuromas dolorosos del muñón ha dado lugar a resultados favorables, con fracasos explicados por haberse interrumpido los axones a niveles demasiado uniformes y cercanos. En el caso de aplicar este procedimiento se sugiere que se exponga el tronco nervioso en la mayor extensión posible, precisamente en la parte proximal de la extremidad bulbosa, la cual se sujeta a las estructuras próximas; en este momento, el estiramiento puede lograrse pasando un instrumento romo por debajo del nervio, en tanto que se aplica la tracción manual. El procedimiento de la sección anatómica debe reservarse únicamente a ciertas circunstancias excepcionales.

La ganglionectomía del simpático se ha propuesto para tratar diversos trastornos del sistema vascular. El procedimiento se ha empleado también, aunque de manera empírica, en los casos del síndrome clínico conocido como causalgia. A pesar de que la denervación del simpático en la región comprometida determine el alivio completo del dolor quemante de esta afección, lo cierto es que éste recidiva en un tiempo relativamente corto, debido a que la operación no ha sido correcta o a que el proceso patológico comprende también el sistema somático además del vegetativo.

Reducción de los espasmos dolorosos

Los espasmos o contracciones de tipo doloroso y de carácter involuntario suelen asociarse a la interrupción fisiológica completa de la médula espinal, observados con frecuencia en los pacientes de hemiplejía secundaria a la embolia cerebral, a la trombosis o a la hemorragia. La paraplejía debida al traumatismo directo es el empleo más característico de este grupo, como ha ocurrido en muchos jóvenes, en la reciente guerra, que sufrieron lesiones de la columna vertebral, con el resultado de paraplejía y de contracturas y espasmos musculares involuntarios. El dolor, si bien fué moderado en ciertos casos, re-

sultó en otros intolerable. También en la práctica civil se encuentran casos similares en concordancia con las fases finales de la esclerosis múltiple. En estas circunstancias, es aplicable la operación de Munro, a base de la rizotomía anterior de la región lumbosacra, la cual suprime los espasmos musculares de las extremidades inferiores.

En los pacientes con hemiplejía de origen cerebral, asociada a marcada espasticidad y espasmos musculares dolorosos y recurrentes, la extirpación de la corteza parietal puede convertir la hemiplejía motora en otra de tipo sensoriomotor, con lo cual se distiende la espasticidad hasta hacerse tolerable.

Supresión de los dolores de partes ausentes

Después de la amputación de una extremidad, persiste a veces, durante largos períodos, como un «fantasma» de la parte amputada. En algunos de estos casos, el miembro ausente asume para el paciente una forma y una postura anómalas, lo que provoca tensiones musculares que no pueden ser distentidas a voluntad. Parece, por la experiencia, que este síndrome de los amputados es independiente de los neuromas y de los dolores quemantes de tipo causálgico. Se han intentado varias medidas terapéuticas, como la cordotomía ánterolateral, la rizotomía, la ganglionectomía del simpático y la psicoterapia, todas ellas de resultado dudoso. Parece que la solución debe buscarse en la supresión del conocimiento de la posición de la parte afecta. Se han propuesto para esto dos medidas: *a)* la ablación parcial de la corteza parietal en el hemisferio opuesto; *b)* la sección de la columna dorsal de la médula del mismo lado a un nivel más central que el correspondiente a la extremidad amputada. De uno y otro sistema se han descrito buenos y malos resultados.

Como se puede apreciar, ninguno de los métodos propuestos carece de dificultades; la investigación que ahora se lleva a efecto en varias clínicas puede mejorar los métodos de suprimir quirúrgicamente el dolor de una parte, sin consecuencias funcionales importantes.



ESTUDIO CLÍNICO DE LA DETENCIÓN CARDÍACA DURANTE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Dres. FRANK H. LAHEY y EDWIN R. RUZICKA

Del Departamento de Cirugía y Anestesiología de la Clínica Lahey, Boston, Mass.

EL primer caso de la historia en que se consiguió revivir a un paciente por medio del masaje manual, fué el citado por MAAJ en 1900; este autor pudo lograr que el corazón volviera a latir y siguiera sus movimientos espontáneamente durante 11 horas. Este resultado, por lo tanto, debe considerarse sólo como parcial, de modo que la supervivencia completa y prolongada de un paciente con detención cardíaca se consiguió por primera vez en 1902, por STARLING y LANE, gracias a su intervención con masaje cardíaco a través del diafragma.