

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

Cordotomías en Honduras

Tesis

PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA
POR EL BACHILLER

Hena Cardona de Herrera
(EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE)

EN EL ACTO PREVIO A SU
INVESTIDURA DE

Doctor en Medicina y Cirugía

TEGUCIGALPA, D. C., HONDURAS, C. A.

1959

617.482
C26

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

RECTOR Dr. LISANDRO GALVEZ.

SECRETARIO Lic. EDMOND L. BOGRAN.

A.

FACULTAD DE MEDICINA Y
CIRUGÍA

JUNTA DIRECTIVA

DECANO Dr. RAMIRO FIGUEROA RODEZNO

VICE-DSCANO... ..Dr. J. ADÁN CUEVA.

SECRETARIO..... Dr CESAR A. ZUNIGA.

PRO-SECRETARIO..... Dr. CORNELIO CORRALES P.

VOCAL Dra. ZULEMA CANALES.

VOCAL Dr. GILBERTO OSORIO C.

T R I B U N A L E X A M I N A D O R :

DOCTOR MANUEL CACERES VIJIL.

DOCTOR ÓSCAR AGÜILUZ B.

DOCTOR LUIS SAMRA.

SUSTENTANTE:

Br. HENA CARDONA DE HERRERA.

PADRINOS DE TESIS:

DOCTOR VIRGILIO BANEGAS MONTES.

INGENIERO ABRAHAM WILLIAMS CALDERÓN.

MÉDICOS QUE PRACTICARON EL EXAMEN GENERAL PRIVADO

DOCTOR RAMIRO FIGUEROA RODEZNO.

DOCTOR MANUEL ACERES VIGIL •

DOCTOR ÓSCAR AGUILUZ B.

DEDICATORIAS

DEDICO ESTA TESIS y ESTE ACTO:

A mi padre.

Profesor Pío Antonio Cardona, Como un
homenaje póstumo a su sagrada memoria.

A mi madre.

Profesora Teodora v. de Cardona.

A mis hijos:

Casar Antonio, Hena María, Julio Rosendo,
Irma Tolanda, Hugo Daniel y Saúl.

A mi esposo,

Julio César Herrera Breve,

A TODOS CON AMOR.

A MIS HERMANOS:

DRA. ANA MARÍA DE GÁNDARA.

P.M RAMÓN EUCEDA G.

A MIS SUEGROS

DON ROSENDO HERRERA PADILLA

DOÑA TOMASA BREVE DE HERRERA.

A DON SEBASTIAN BONILLA.

A MI TÍA SARITA DE BONILLA.

A MIS CUÑADOS, TÍOS, PRIMOS Y SOBRINOS.

CON MUCHO CARIÑO.

A MIS MAESTROS

Profesores en las Aulas Universitarias y en las Salas del Hospital San Felipe, que con sus valiosas enseñanzas me guiaron en las arduas disciplinas de la Medicina y Cirugía.

A MIS MAESTRAS

Del Instituto Normal de María Auxiliadora, en donde tuve la dicha de graduarme de Maestra de Enseñanza Primaria Urbana y Bachiller en Ciencias y Letras, así como también a mis Maestras de Escuela Primaria "Dionisio de Herrera", que abrieron mi mente a las luces del saber.

A TODOS ELLOS CON ESPECIAL CARIÑO Y PROFUNDO RECONOCIMIENTO.

A MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIOS Y A MIS COMPAÑEROS PRACTICANTES INTERNOS DE TURBO EN LOS CINCO AÑOS EN QUE ESTUYE INTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE.

CON'FRATERNAL CARIÑO

AL DR. MARCO A. FORTÍN Y DR. JUAN E.
ZELAYA. Por su feliz iniciativa y
práctica de las Cordotomías, así como
por su amplia y sincera cooperación
para que yo pudiera llevar a feliz
término mi trabajo de Tesis, CON SINCERAS
FRASES DE CARIÑO Y RECONOCIMIENTO DEDICO MUY
ESPECIALMENTE MI TRABAJO DE TESIS.

A LOS MÉDICOS QUE PRACTICARON ME EXAMEN GENERAL PRIVADO Y A
LOS QUE PRACTICA MI EXAMEN PÚBLICO, COMO UNA MUESTRA DE ES-
TILACIÓN Y APRECIO.

A MIS PADRINOS DE TESIS, DR. VIRGILIO EANEGAS MONTES E INGE-
NIERO ABRAHAM WILUAMS CALDERÓN,

CON: PROFUNDA ESTIMACION.

A LOS MEDICÓS QUE INTEGRA LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD
DE MEDICINA Y CIRUGÍA.

CON APRECIO.

A TODAS LAS PERSONAS QUE CON SU ESTIMULO ME AYUDARON EN LA
CONSECUSSION DE MIS ESFUERZOS,

MIS SINCEROS AGRADECIMIENTOS.

A MIS AMISTADES CON AFECTO.

HONORABLE SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE HONDURAS.

HONORABLES AUTORIDADES UNIVERSITARIAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR.

DISTINGUIDOS MÉDICOS Y CIRUJANOS.

SEÑORAS Y SEÑORES:

Como requisito previo a la investidura legal de Dr. en Medicina y Cirugía, vengo con todo respeto a someter a la consideración **del** Honorable Tribunal Examinador y Autoridades Universitarias, mi trabajo de Tesis intitulado.

"CORDOTOMIAS EN HONDURAS "

He escogido este tema por considerarlo interesante y creer que en nuestro país su práctica es relativamente reciente.

Después de investigaciones por mí efectuadas, solamente he encontrado el registro de las 10 que constituyen el material que me ha servido para su elaboración, habiéndose efectuado la primera hace apenas año y medio.

Es a los Dres. Marco A. Fortín y Juan E, Zelaya a quienes corresponde el mérito de haberlas introducido, ya que antes ni en el Hospital General San Felipe ni en ningún centro asistencial del país se habían realizado. A ellos, lo mismo que al Dr, César A, Zuniga, que con mucha gentileza me cedió el caso que tenía en su haber, debo la casuística de este trabajo y la orientación que para su práctica he recibido.

Espero que con los comentarios sobre su técnica, indicaciones, contraindicaciones, complicaciones, resultados y conclusiones a que he llegado en este mi trabajo de Tesis, se dé un paso más en la difusión de una práctica quirúrgica, sencilla y útil, con indicaciones precisas y que todo cirujano está en condiciones de realidad.

En su práctica profesional para aliviar del dolor a seres infelices incapacitados por el mismo.

HISTORIA;

La Neurocirugía ha aportado en los últimos años;, elementos valiosos y eficaces en la lucha secular por aliviar del dolor a la humanidad y si bien es cierto que el factor estiológico del dolor continúa en pie, también es cierto que los progresos que se hacen cada día, con los métodos empleados por esta joven rama de la Medicina, la sitúan ya como una entidad clínica al luchar con éxito contra el síntoma dolor; sobre todo cuando ya se hace difícil o imposible controlarlo con la terapéutica Médica. En razón a este hecho logrado en la actualidad, nacieron los primeros intentos del tratamiento quirúrgico del dolor, y fue así como, persiguiendo al dolor en sus raíces mismas, es decir en el sitio donde éste se hace sentir,, se realizaron primero las anestias locales, cuya utilidad y difusión en la práctica médica sería muy largo comentar.

Vinieron después las Neurotomías Pronto se palparon sus serios inconvenientes, todos ellos relacionados con el componente motor de los nervios periféricos. Se producían más trastornos que ventajas al abolir el dolor por este procedimiento," Siguiéron a estas, y procediendo siempre de la periferia al centro; los Bloqueos. Infiltración con soluciones de Novocaína, de raíces nerviosas o ganglios perfectamente individualizados. Bloqueos que continúan haciéndose con gran éxito por sus resultados inmediatos y halagadores y que son de gran utilidad en Medicina porque al dar esta sedación del dolor por algunas horas, días o semanas, permiten preparar al enfermo para practicarle intervenciones en mejores condiciones.

Vinieron después las Rizotomías o radiculotomías posteriores. Sección de las raíces espinales posteriores. Esta operación fue propuesta por Dana en 1882 y Albee la practicó por primera vez en 1896 siendo por entonces abandonados por no conseguir en muchos casos la cura del dolor bien porque se hacían radiculotomías incompletas.

O por falta de conocimientos exactos de la distribución de los filetes nerviosos en las áreas sensitivas de la piel o dermatomas o bien por la sobreposición de las fibras dolorosas en las zonas adyacentes.

Los estudios posteriores de Serrington mostrando la sensibilidad remanente, los experimentos de Dusser y de Barenne basados en la estricnización de la raíz sensitiva y que determinan zonas de hiperestesia; los dermatomas de Head basados en las observaciones herpóticas y los estudios fisiológicos de Foerster, llegando a determinar con exactitud la distribución radicular en cuanto se relaciona con la transmisión del dolor somático, hacen que las Rizotomías o Radiculotomías posteriores se continúen practicando, sobre todo cuando se trata de dolores localizados a la distribución de una o dos raíces perfectamente individualizadas; tal por ejemplo, en las neuralgias post herpéticas de una o dos raíces; ya que en caso de territorios dolorosos más extensos, sería necesario practicar extensas lamnectomías que comprometerían la dinámica y la estática de la columna vertebral y al mismo tiempo producirían alteración medular, por isquemia parcial de la médula causada por la sección de los vasos que acompañan las raíces nerviosas seccionadas; Lo mismo puede decirse de las Rizotomías que tendrían que practicarse por dolores localizados en las extremidades así como en los casos de dolor nacido en regiones pelvianas o cuando se trata de aliviar el dolor visceral. En todos estos casos las lamnectomías serían muy extensas y comprometerían la estática y dinámica vertebral. En caso de dolores pelvianos además, y a causa de la isquemia medular parcial, producirían alteraciones en la micción y la defecación y en el caso de dolores producidos en las extremidades, estas al perder toda clase de sensibilidad, entre ellas el sentido cenestésico o muscular, aunque aun conserven su función motora, quedarían en estado de mal funcionamiento.

Viene así y siguiendo siempre la perifea al centro: La Cordotomía, tema de nuestro trabajo.

Tiene su origen en un caso clínico que en 1878 relata Gower, en que por una lesión del cordón antero-lateral de la médula se produce anestesia en el lado opuesto de la lesión.

Luego Spiller, ve en 1912 un paciente que presenta anestesia en las extremidades inferiores. Interesado sobremanera, al morir el individuo practica la autopsia y encuentra un tuberculoma solitario en el fascículo antero-lateral espinotalámico derecho y lanza al mundo la idea de la sección quirúrgica de este fascículo para aliviar el dolor. Su colaborador E. Martin practica en este tiempo la primera Cordotomía, (*The Treatment of Persistent Pain of Organic Origin in the Lower Part of the body by the division of the antero. lateral Columns of the Spinal Cord*.) 1912. Desde esta época, numerosos cirujanos practican entonces la Cordotomía, observándose que en secciones que sobrepasan el haz espinotalámico se producen trastornos o deficiencias motoras de los miembros inferiores y alteraciones esfinterianas; por esto la intervención continúa sin ser aceptada totalmente::hasta 1926 en que Peet presenta en su tratado "*The Control of Intractable Pain in the Lumbar Region Pelvis and Lower Extremities*" *Annals of Surgery* August 1926; 19 Cordotomías. Continúan cirujanos practicando Cordotomías en todo el mundo y hasta 1931 todas ellas se realizan en los segmentos dorsales. En este tiempo, Byron Stookey practica una Cordotomía en región Cervical alta para aliviar el dolor en un cáncer de mama. Posteriormente, numerosos autores comunican practicar Cordotomías en regiones cervicales o dorsales; según el sitio en donde están indicadas.

El Dr. Juan Fierro en su trabajo de incorporación a la sociedad de Cirujanos de Chile, relata 17 Cordotomías. Una de ellas realizada a nivel de la tercera cervical por C.A... Pulmonar, con metástasis en la clavícula izquierda y en la columna vertebral que le producían al paciente intensos dolores localizados en el miembro superior derecho. En esta Cordotomía Cervical secciona solamente la parte más anterior del haz espinotalámico antero-lateral y obtiene una anestesia al dolor del miembro superior.

Derecho, sin alteraciones de sensibilidad en el miembro inferior. Es decir, obtiene una anestesia suspendida selectiva. Recientemente y continuando en la sección cada vez más alta de la vía conductora del dolor se han propuesto las secciones de los haces bulbares a la altura de la Oliva y del cuerpo rectiforme. Se llega así a concebir la TRACTOTOMIA intrabulbar de Sjoquist que es una hermosa operación en su concepción y en sus resultados, ya que suprime el dolor y conserva la sensibilidad táctil y térmica de la zona en donde se consigue la anestesia. Sin embargo, en algunos casos aparece "Anestesia Dolorosa", En enfermo queda con Anestesia completa comprobada por exploración clínica cuidadosa y sin embargo, subjetivamente, continúa sufriendo los mismos brutales dolores que una vez le decidieron aceptar el tratamiento quirúrgico del dolor, Wolker y Olivecrona van más arriba y abordan el haz espinotalámico en el espesor mismo del pedúnculo cerebral. Pero todas, operaciones en extremo peligrosas y difíciles,, no solucionan en todos los casos el problema de la anestesia dolorosa. Surge aquí otro problema y se concibe entonces que el dolor en estos casos, es de origen talámico y que su interpretación, su intelectualización y su consiguiente repercusión emocional, se verifica en la corteza cerebral, en donde deja de ser una sensación, dolor propiamente dicho, para convertirse en "Sufrimiento", condición aflictiva mental y que es lo que en las personas constituye su temperamento emocional. Con este nuevo concepto surge otra nueva intervención para abordar el núcleo dorsal del tálamo (Centro oval de Vienssens) y que es el sitio a donde llegan en gran parte de las células de la cinta de Reil. Este método se está usando en el mundo neuro-quirúrgico con éxito, por numerosos cirujanos y está destinado, no ya a suprimir el dolor mismo, sino el "Sufrimiento" que el dolor desencadena al difundirse por la corteza cerebral y ser por consiguiente interpretado para producir "respuesta- emocional".

Esta singular operación no es más que la lobotomía prefrontal o leucotomía, que el genio de Egas Moniz ideara para corregir trastornos mentales, en estados angustiosos de ciertas psicosis y que modernamente, y con ciertas limitaciones y más perfeccionada, se aplica en el tratamiento del dolor incoercible. Con esta intervención el enfermo queda en un estado de indiferencia afectiva, en el cual no valora debidamente la sensación dolorosa. Tiene la percepción del dolor, pero esto no le interesa ni le afecta en lo más mínimo. Su condición con respecto al dolor es indiferente, acepta que le duele pero esto no le produce ninguna sensación penosa o desagradable como tampoco le produce placer. Trastorno psicótico de los místicos, masoquistas, etc., Es decir el paciente en que se practica Leucotomía o Lobotomía radical sufre de una hipopatía, hiperstesia cutánea y baja o nula respuesta emocional. Hay además trastornos en las funciones ideatorias tales como la memoria, el juicio, etc., sobre todo cuando se realiza la lobotomía radical, que acarrea severas modificaciones de la personalidad.

LA LEUCOTOMÍA TRANSORBITARIA de Freeman con corte profundo, modifica también la carga afectiva y además elementos concientes que acompañan al dolor, pero en manos inexpertas es de cierta peligrosidad y además altera las funciones ideatorias por ser una lobotomía radical. Yo la he visto hacer en los Servicios de Neurocirugía, pero en todos los casos se trataba de corregir estados angustiosos de sujetos con serios trastornos psicóticos, en los que no importa mucho producir trastornos de la personalidad, pues ya los padecen y en grado superlativo y lo que se busca y se consigue con la operación es precisamente producirlos, para conseguir más calma y menos sufrimientos en dichos sujetos. Actualmente las lobotomías prefrontales no se hacen radicales para el tratamiento del dolor, sino que se realizan parciales. Tenemos así: LAS LEUCOTOMIAS SELECTIVAS DEL CUADRANTE INFERIOR uni o bilateral, para controlar el dolor, sin las serias consecuencias que la lobotomía radical produce sobre la personalidad.

Está también la LEUCOTOMIA ROSTRAL en un plano medio anterior para los dos cuadrantes y que da buenos resultados inmediatos.

Está también la Cingulotomía de Lima o Livingsgton lograda por la incisión de la sustancia blanca del giro cingulado anterior y por última: LA TOPECTOMIA SELECTIVA o decorticación del área 9 y 10, 46 y 45 de Broadman y en la que según la Dra. Ma. Cristina García Sancho de Penichet, del Instituto Nacional de Cancerología de México, obtiene éxitos decisivos al suprimir el "Sufrimiento" que acarrea el dolor, sin provocar más que trastornos muy discretos en la personalidad y que a pesar de esta gran ventaja, ella sólo recomienda:

- 1- En enfermos que desarrollen actividades que en el futuro no requieran extraordinaria capacidad intelectual.
- 2- En casos de cánceres en la cara y del cuello en los cuales ninguna de las antiguas técnicas nos puedan ayudar.
- 3- En casos en que el síndrome de anestesia dolorosa nos impide otra técnica quirúrgica, o una lesión vascular encefálica que produce dolores de origen claramente talámico.

A N A T O M Í A .

Con los datos recabados en cuanto a historia y origen de las Cordotomías, así como con la relación de las operaciones que ulteriormente se han ideado y de su evolución, llegamos a esbozar los componentes Anatómicos de las vías del dolor, sensación penosa y desagradable y nos damos cuenta de la presencia de estructuras receptivas que son los filetes nerviosos denudados por la dermis y de las capas más profundas de la epidermis,

Vienen luego las estructuras Conductivas y por último las cerebrales Perceptivas.

Siendo "La Cordotomía" tema central que nos ocupa, la sección del haz espinotalámico en el cordón antero-lateral de la médula, nos conviene recordar que es precisamente por él por donde caminan la sensibilidad superficial, térmica y dolorosa que

Procedente de todos los nervios periféricos, llevan sus incitaciones a los ganglios raquídeos y desde donde, y a través de las raíces posteriores, alcanzan la médula para establecer sinapsis en este punto con las células de las astas posteriores en la región medular denominada zona gelatinosa de Rolando. Es precisamente en este sitio en donde tiene su origen el haz espinotalámico antero-lateral de la médula, es decir, q¹ la primera neurona o neuroma sensitiva periférica, con cuerpo celular en el ganglio de la raíz posterior se extiende hasta la columna gris medular y al entrar en íntimo contacto con cada neuroma periférica, que ha entrado con una célula de los cuernos anteriores o segunda Neurona, el cilindro eje de ésta, al cruzar la línea media y colocarse en el cordón antero-lateral de la médula, constituye, precisamente, el haz espinotalámico, ya que desde aquí descenderá por la médula hasta concluir en el tálamo óptico en donde establece contacto con la tercera neurona sensitiva, que tiene su cuerpo celular en el tálamo y que va a finalizar en la zona parietal de la corteza cerebral.

Si haz espinotalámico antero-lateral, a medida que asciende, va recibiendo fibras que se van colocando hacia adelante y hacia la línea media.

Esta disposición ha sido confirmada con todas las Cordotomías selectivas que se han. Practicado y nos indica por qué en las Cordotomías dorsales, el nivel de la analgesia se eleva a medida que el corte se hace más profundo y nos da también la posibilidad de practicar Cordotomías selectivas en la región cervical. Nivel más alto de anestesia cuanto más anterior sea el corte.

Hora bien, esta vía sensitiva térmica y dolorosa, está limitada por su parte posterior por los haces rubro-espinal y el importantísimo fascículo piramidal cruzado que trae las incitaciones motoras del cerebro, lo cual es algo que hay que tener muy en cuenta siempre que se practica una cordotomía.

Hacia adelante limita con los haces retículo-espinal y cerebeloso cruzado. Hacia dentro, con el haz vestíbulo espinal y hacia fuera, con los haces cerebeloso directo.

Gower y el cerebeloso cruzado.

TECNICO DE LA CORDOTOMIA

Partiendo de la ley de Von GEHUCHTAN que dice: sólo las neuronas periféricas son capaces de regenerarse y no así las centrales, la cirugía nerviosa, después de las comprobaciones enumeradas en la historia de su elución, concibe las CORDOTOMIAS, abordando esta segunda neurona, neurona central, en el cordón antero-lateral de la médula y que recibe el nombre de fascículo espinotalámico por su origen y terminación. La técnica operatoria es la siguiente:

Con el paciente en decúbito ventral y almohada bajo el abdomen para la mejor posición de la zona en donde se va a intervenir.

1°. Previa antisepsia. Insición de la piel de 8, 10 ó 12 centímetros, siguiendo la línea de las apófisis espinosas.

2°. Sección con bisturí de las inserciones faciomusculares, que en las apófisis espinosas hacen los músculos de los canales vertebrales, con cortes profundos rozando las caras laterales de las mencionadas apófisis.

3°. Separación de los músculos de los canales vertebrales'. Esto se hace con un " fuerte periostótomo que mediante su sección roma hace que la hemorragia sea escasa. Esta separación muscular se lleva hasta que aparezca la articulación costovertebral, quedando entonces las láminas completamente a la vista. Hecho ésto en un lado, se taponan fuertemente con gasa humedecida en suero caliente, para cohibir la hemorragia en sábanas, procedente de los vasos seccionados. Se procede a verificar lo mismo en el lado opuesto.

4°. Con retractores automáticos se separan las masas musculares dejando al descubierto las apófisis espinosas y las láminas vertebrales.

5°. Con bisturí fuerte se secciona el ligamento interespinoso de la apófisis más inferior que se va a quitar y prendiéndola entonces con pinza de hueso se levanta, para poder introducir en su base una cizalla plana que secciona y que sucesivamente.

corta la apófisis espinosas subsiguientes, estirpándolas conjuntamente, al seccionar los ligamentos supra e infraespinoso del límite superior.

6° Con un laminéctomo y pinzas gubias de doble acción, se resecan metódicamente las láminas vertebrales, comenzando por el arco más en declive y buscando morder siempre de abajo hacia arriba. En esta forma se obtiene una brecha de unos dos centímetros de anchura, que proporciona suficiente campo para poder abordar la cara posterior de la modula. La resección de las láminas vertebrales debe extenderse hasta las articulaciones intervertebrales, lugar que se reconoce por la aparición de superficie cartilaginosa articular.

Realizada la laminectomía y antes de proceder a ninguna manipulación intrarraquídea, debe hemostasiarse totalmente el campo operatorio con taponamientos con gasa humedecida en suero caliente. Si las superficies de sección ósea continúan sangrando, se cubren éstas con trozos musculares o con cera de Horsley, y si a pesar de eso la hemorragia no se cohibe, se puede usar Gelfoam que generalmente da buenos resultados. Se procede entonces a levantar la masa celular adiposa que ocupa el espacio epidural" 7 que oculta el sacodural. Para ello se introduce, por debajo, una sonda acanalada y se secciona sobre ella longitudinalmente. Si en esta zona se encontraran troncos venosos del plexo epidural se seccionan y se ligan con catgut muy fino. En todos estos tiempos previos a la abertura del saco dural, es muy importante el realizar un hemostasis completa, ya que la penetración de sangre en el espacio sub-aracnóideo, además de perturbar la visibilidad, obliga a ejecutar repetidas maniobras de enjugamiento, que traumatizan innecesariamente, las delicadas estructuras nerviosas que están al descubierto; al mismo tiempo producen irritación de las meninges blandas que originan posteriormente aracnoiditis, .

7°. Descubierto el sacodural sobre su punto medio y con un bisturí fino, se hace una pequeña abertura y en sus labios se colocan dos asas de hilo, para que al traccionarlas se separen las cubiertas durales de la superficie medular y permitir en

esta forma su sección sin lesionar la substancia nerviosa. Dicha sección del sacodural se verifica con tijeras y si es posible, de extremo romo. Una vez practicada dicha sección, el líquido céfalo-raquídeo mana abundantemente; se procede entonces a su aspiración continuada para lo cual es muy útil el "Cottonoid" algodón con propiedades muy capilares, a través del cual se aspira sin peligro de lesionar la médula. Ya con ella a la vista, se la inspecciona cuidadosamente,

8°. Se ve entonces claramente la emergencia de las raíces posteriores y un poco — por delante el ligamento dentado, punto de referencia importantísimo y que hay que localizar muy bien.

Perfectamente seguros de su localización, se coge con una pinza Halsted y se corta en su inserción dural.

9°. Tirando de la pinza que tiene cogido el ligamento dentado, se hace girar el tallo medular con dulzura, pero con firmeza, hasta exponer perfectamente la emergencia de las raíces anteriores.

10°. Este es el tiempo más importante de la operación y consiste en la sección del cordón antero lateral, Con un bisturí muy fino, en el que se ha delimitado la profundidad del corte con hilo enrollado en la base de la hoja o con cera de Horsley, para evitar las estructuras contiguas, se practica una sección transversal de más o menos 3 milímetros de amplitud entre la emergencia de la raíz anterior y el ligamento dentado y cuya profundidad, que está limitada en el bisturí, es también aproximadamente de 3 milímetros. La profundidad puede ser según se trate de dolor somático o de dolor visceral, pues se ha visto que este último camina más profundo y posterior en la llamada zona compacta o de Edinger. Otros autores como Stookey recomiendan preferentemente secciones medulares más anteriores; seccionando principalmente la columna anterior y parte de la cabeza del cuerno anterior. Algunos cirujanos cortan por rutina e inmediatamente antes de cortar el ligamento dentado, la raíz posterior correspondiente. Esto lo hacen con el fin de prevenir los

dolores que a veces se producen por el corte. Algunos los han practicado algunas veces porque ello facilita la movilización del tallo medular.

Como casi nunca se puede estar seguro que el dolor que aqueja al paciente es de origen unilateral, la Cordotomía raras veces es unilateral. Con pacientes que aquejan dolor en un lado y molestias dolorosas, aunque ligeras, en el opuesto, debe hacerse cordotomía bilateral, pues cuando se seccionan únicamente las fibras que corresponden a la parte que sufre dolor intenso, en la opuesta se acrecientan las molestias, haciéndose tan intensas como lo eran en un principio en la parte más afectada. Por tanto, no estando seguros de que el dolor sea únicamente unilateral, sé aconseja siempre la doble cordotomía o Cordotomía bilateral. '

En este caso la sección de un lado debe estar lo más separado que se pueda de la del lado opuesto, para alternar lo menos posible la nutrición del segmento sobre el cual se está interviniendo.

En cuanto al sitio de elección de las Cordotomías, lo constituyen los primeros segmentos dorsales en las Torácicas y por arriba del 4 segmento cervical en las cervicales.

Esto es así porque en las Torácicas, en los primeros segmentos dorsales, no existen células ni centros importantes que puedan producir trastornos de mucha magnitud y se consigue además un nivel suficientemente alto de anestesia.

En cuanto a las cervicales, debe ser por encima del 4 segmento, porque si la sección interesa segmentos medulares a dicho nivel o bajo de él, se pueden producir parálisis del diafragma, con grave compromiso para el mecanismo respiratorio. La situación del corte además en estos primeros segmentos cervicales, debe guardar relación con la zona que se desee anestesiar: tanto más anteriores, cuánto más alta se desee la anestesia.

En cuanto a la posición del paciente para verificar la cordotomía Cervical, es eriguida: (tipo de posición cerebelosa), que da un campo operatorio más seco y más iluminado.

Si se trata de hacer una sección unilateral, se penetra en el conducto raquídeo por hemilaminectomía y si la sección es bilateral, se practica laminectomía. La anestesia que debe darse al paciente, según la mayoría de los autores, es la local, lo cual permite comprobar durante la intervención, hasta dónde llega la altura de la pérdida de la sensación dolorosa así como también la motilidad de los miembros.

La anestesia local se realiza con solución de Novocaína al 2% y al 1 1/2, complementada con pequeñas dosis de morfina y escopolamina que dejan al paciente en un estado crepuscular, pero en el cual es aun capaz de responder a las preguntas que se le hagan.

En las Cordotomías altas hay necesidad de recurrir a la anestesia general, porque hay que evitar a toda costa que por algún movimiento brusco del paciente, se altere la sección que se está haciendo, dada la importancia de las estructuras nerviosas sobre las cuales o a inmediaciones de las cuales se está trabajando y que pudieran acarrear consecuencias fatales.

También se aconseja la anestesia general en pacientes que presentan contracturas de los miembros inferiores, por la dificultad de ponerlos en decúbito ventral, lo mismo que los de temperamento sumamente excitable.

Terminada la Cordotomía, se procede al cierre de la herida operatoria. La incisión dural se oblitera totalmente por sutura continua con catgut 00 ó 000, La coaptación debe ser perfecta, para evitar que se produzca filtrado de L.C.R.. Los músculos de los canales vertebrales se adosan entre sí en la línea media, con puntos separados de catgut crómico. Por encima de la sutura muscular se verifica la de la fascia y finalmente se sutura completamente la piel con puntos separados de hilo, .sin dejar drenaje ya que esto no haría más que retardar el cierre definitivo de la herida operatoria.

Tampoco se hacen reposiciones óseas de las porciones reseca con las lamiectomías, ya que al separar los músculos de los canales vertebrales de los arcos, se desnuda totalmente el hueso y se le priva por consiguiente de sus principales vasos nutricios, Y si entonces volvemos a poner los fragmentos de hueso que quitamos con las lamiectomías, éstos no serían más que cuerpos extraños, que en el mejor de los casos, se recrosarían asépticamente por falta de nutrición.

La práctica ha comprobado que la masa cicatrizal que se forma con las masas musculares, adosadas entre sí por detrás del conducto raquídeo es tan sólido, que desempeña función protectora de la médula y sus cubiertas, llegando en ocasiones a osificarse parcialmente a expensas de los restos periósticos que en el despegamiento de las masas musculares se han quedado adheridas a ellas.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS DE LOS CORDOTOMISADOS.

. Los cordotomizados, como todos los pacientes sometidos a intervenciones delicadas, deben permanecer bajo continua vigilancia. Se estará atento a la presentación de procesos infecciosos que pueden producir graves complicaciones y en todos los casos es aconsejable instituir tratamiento pre y post operatorios anti-infeccioso a base de antibióticos. Deben guardar reposo en posición ventral de 3 a 5 días o más. vigilar su pulso, su presión, respiración y temperatura, así como cualquiera manifestación patológica que se presentare. Para evitar la retención de la orina se les mantiene con sonda permanente por lo menos 5 días con todos los cuidados de asepsia rigurosa.

En general, puede decirse que las Cordotomías son operaciones delicadas, pero sencillas en su técnica y prácticamente sin mortalidad,, que alivian el dolor sin producir secuelas psíquicas ;ni cambios en la personalidad.

Las alteraciones esfinterianas, impotencia sexual, alteraciones tróficas y déficit motor son muy escasas y generalmente desaparecen con el último tiempo y su presencia es proporcional a imperfecciones de técnica.

INDICACIONES Y CONTRADICCIONES

En general, la Cordotomía está sólo y Únicamente indicada en los casos de dolor incoercible, intratable, que no responde ya a ningún otro tratamiento y cuya intensidad y constancia sea causa de que el paciente lleve una vida desgraciada. En la mayoría de estos pacientes, la causa de su dolor desesperante son neoformaciones malignas inoperables y que tampoco se benefician ya con ningún tratamiento. No hay posibilidad de prolongar su existencia y lo único que queda por ofrecerles es algo que mitigue sus dolores por el tiempo que les resta de vida. No es una contraindicación la edad avanzada del enfermo, como no lo es tampoco el mal estado en que se encuentre, salvo que éste sea terminal, en cuyo caso, la Cordotomía sería un riesgo innecesario coincidente con la muerte. Por ésto, los casos muy terminales son contraindicaciones de las Cordotomías. No tendría objeto el practicarlas, ya que por el poco tiempo de vida que le falta, se puede continuar administrando morfina o sus derivados.

Otra de las indicaciones de las Cordotomías son las crisis gástricas dolorosas de la Talbes Dorsal, de gran intensidad y resistentes a la terapia médica. El primero en realizarla fue Beers en 1915 *J* desde entonces se vienen practicando, Algunos autores afirman que con esta intervención cesan también los vómitos. El dolor del miembro fantasma es también otra indicación, siempre que se pueda eliminar el factor psicógeno, lo mismo que en las paraplejías. Algunas artritis infecciosas, sobre todo de la cadera, neuralgias ciáticas intratables, neuralgias intercostales pos-herpéticas extensas. En este último caso se aconseja practicar la Cordotomía por encima del segmento medular afectado,

CASUISTICA.

Con la relación de 10 Cordotomías ilustro este mi trabajo de Tesis. Nueve de ellas fueron realizados en el Hospital General San Felipe y una en la Casa de Salud "EL Carmen". bas presentaré en el orden en que se realizaron.

- 1a. el 19 de junio de 1957.
- 2a. el 12 de julio de 1957
- 3a. el 12 de julio de 1957.
- 4a. el 17 de julio de 1957.
- 5a. el 29 de Agosto de 1957.
- 6ª. él 12 de septiembre de 1957.
- 7a. el 27 de enero de 1958.
- 8ª. el 23 de junio de 1958.
- 9a. el 2 de agosto de 1958.
- 10a. el 4 de agosto de 1958.

CORDOROMIA # 1.

Practicada en el Hospital San Felipe el día 19 de junio de 1957. E.B.V.-Soltera, de ^5 años,. Hondureña y de Oficios Domésticos. Ingresa en 2a. Medicina de Mujeres procedente de Goascorán, Depto. de Valle,. en día 25 de mayo de 1957.

MOTIVO DE INGRESO; Dolor en la rabadilla y flujo rojo.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Hace 3 meses empezó a sentir dolor en la región lumbar que se le irradiaba al abdomen, más intenso en fosa ilíaca izquierda. Hemorragias abundantes de 3 a k días 2 ó 3 veces cada mes. ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 1 mes, la hemorragia y el dolor son continuos, siente ardor y dolor a la micción, está estreñida y cuando defeca es también con dolor. Hace ocho días defecó sangre fina y desde entonces tiene fiebres diarias nocturnas precedidas por escalofríos y seguidas de sudoración. Desde hace 5 días, tos con expectoración mucopurulenta.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Paludismo, gripes frecuentes. Herpes zoster intercostal iz. HISTORIA TRAUMÁTICA Y HOSPITALARIA: No da historia traumática. Estuvo hace año y medio en la sala de Dermatología por padecer de ampollas y prurito, ardor y dolor en región inferior de la mama izquierda. Curó pronto, pero persiste el prurito en hemitórax izquierdo.

HISTORIA SEXUAL: Menarquia a los quince años. Inicia su vida sexual a los 22 años. Desde hace 15 años no tiene relaciones sexuales. Tuvo 3 hijos sanos. Uno murió accidentalmente. No ha tenido abortos.

HÁBITOS: Toma 2 6 3 tazas de café diarias. Hasta hace 3 meses se fumaba un paquete de cigarrillos diario y así de vez en cuando, aguardiente o cerveza moderadamente.

MEDIO AMBIENTE: Rural, Casa de adobe. Cría gallinas, cabras, gatos. Toma agua de lina quebrada,

HISTORIA FAMILIAR: Padre murió. Ignora la causa. Madre es aparentemente sana. Tuvo 10 hermanos, 6 murieron de fiebres,

REVISIÓN DE SÍNTOMAS; Lo apuntado en la historia,

EXAMEN FÍSICO.

Paciente de facies dolorosa. Complejión débil. Coopera al interrogatorio.

Cabeza: Ojos, nariz, boca, cuello, nada en particular. Tórax: 0 Corazón:

O.K.

P A M: 110,- PAMN: 60 temperatura: 37°8.

PULMONES: 0

ABDOMEN: Plano, depreciable.

Hígado: Límites normales.

Bazo: Percutible y palpable a tres traveses de dedo por debajo del reborde costal.

Doloroso a la palpación. Puntos renales posteriores no dolorosos. Fosas ilíacas muy sensibles. En mitad izquierda de abdomen se palpan multitud de nódulos duros móviles de más o menos 2 cm. de diámetro y que se extienden por unos 5 cm, a la derecha de la línea media. Piel: Pálida, tinte pajizo,

GANGLIONAR: Ganglios inginales, crurales e ilíacos aumentados de tamaño, no dolorosos,

GIEHECOLOGICO: La vagina permite la introducción del dedo hasta su parte media, estando ocupada su mitad superior por una masa dura sangrante, Parametrios infiltrados

totalmente,

Diag.: C-A de cuello uterino Grado IV y Paludismo crónico.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: Recuento de Glóbulos rojos: 3,050.000. Glóbulos Blancos:

5,600 N: 707 L: 30% Hematozoario: + .

Plasmodium Vivax,

Heces: Quistes de Histolíticos *H*

Orina: Albúmina trazas.

Microscópico: Células de pus y Bacterias# Reacción de Khan: 0

V D R L : 0

RADIOGRAFÍA DE PULMONES: No hay evidencia de alteración anatómica en el parénquima pulmonar .

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

Camoquín, Antianémicos. Gluconato de Calcio Vit. K y Reposo.

29 de Mayo de 1957: es trasladada a C, A. de mujeres. En ésta:

taponamientos vaginales y analgésicos. (Morfina, Demerol)

La paciente se queja de mucho dolor en el vientre y en la rabadilla. Dolor en cinturón continuo y desesperante. Desde el 30 de mayo la fiebre no ha vuelto a presentarse. El 2 de junio se decide a prepararla para practicar cordotomía. Transfusiones sanguíneas, suero y opiáceos.

El 19 de junio de 1957: Cordotomía Bilateral a nivel de la 3a. y 4a. Dorsales. Anestesia general con Ether intubación endotraqueal, Transfusión de 500 cc, durante la operación. Despierta con poco dolor en áreas afectadas.

21 de junio de 1957: Se sondea por presentar retención urinaria. Ha mejorado grandemente. Ya no experimenta dolor en el vientre. Estado general muy satisfactorio.

24 de junio de 1957: Es dada de alta a solicitud de sus familiares. Sin dolores.

13 de septiembre reingresa: Según informe estuvo sin dolores por espacio de 8 días solamente, luego le empezó nuevamente dolor en el vientre y región sacroilíaca, con

sensación de calor y con irradiación a la vulva. Al principio era intermitente y a - hora, continua. , A veces tiene incontinencia rectal., fía tenido pequeñas hemorragias vaginales. Desde hace 2 días la hemorragia es continua.

AL EXAMEN FÍSICO: Paciente emaciada. Globo vesical que se vacía por cateterismo, evacuando 300 ce. de orina. Los nódulos abdominales son más grandes y numerosos.

GINECOLÓGICO: Vagina invadida totalmente por masa tumoral sangrante. Se le da el alta a petición de sus familiares el 22 de septiembre de 1957.

CORDOTOMIA # 2.

Practicada el 12 de julio de 1957 en el Hospital Gral., San Felipe. T. M. M, soltera, de 38 años, Oficios domésticos. Ingres a las 8 a., m., directamente a C. A. de mujeres procedente de Manto, Departamento de Olancho.

MOTIVO DE INGRESO: Dolor en el recto, genitales externos y región lumbo-sacra. Diarrea.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: En octubre de 1956 fue operada en la sala de Ginecología por un tumor sangrante en el vientre. Luego estuvo en el servicio de Rayos X recibiendo 40 aplicaciones de Radioterapia.

Esto, y tratamiento antianémico lo tuvo por espacio de 3 meses, desde entonces ya sentía dolor en el recto, pero ahora este dolor se le irradia a la vulva y región lumbo-sacra; por momentos se vuelve más intenso. Desde hace 1 mes tiene diarrea; heces espumosas fétidas y dificultad para orinar.

EXAMEN FÍSICO

Paciente pálida (tinte pajizo). Panículo adiposo abundante, bien distribuido, Psiquismo despejado.

CABEZA: Ojos, oídos, nariz y garganta nada en particular. Lengua pálida y lisa

CUELLO: Ligera hipertrofia del Tiroides.

TÓRAX: Simétrico, normal, mamas flácidas y péndulas.

CORAZÓN Y PULMONES: Nada en particular.

ABDOMEN: Plano y despresible, paleándose nódulos inguinales y pélvicos. Cuadro cólico ligeramente doloroso. HÍGADO Y RÍÑONES; Nada en particular.

GINECOLÓGICO; Vulva entreabierto. Vagina con fondos ulcerados." sangrantes y oquedades con sustancia purulenta de aspecto caseoso. La vagina es dura infiltrada, fija, pálida y dolorosa. No hay cuello, ni se palpa matriz. Anexos no se palpan. Toda la pelvis es una masa infiltrada, dura, fija.

Se solicitaron los papeles de la paciente cuando estuvo en Ginecología, se nos informa que se extraviaron.

Diag.; C, A₀ uterino Grado IV con metástasis ganglionares pélvicas e inguinales*

EXÁMENES DE LABORATORIO;

Heces: Quistes de Histolíticos #

Colibacilos Orina: Amarilla turbia, Reacción acida.

D: 1,010 Albúmina: . Ligeras trazas. Microscópico: Células de pus y bacterias

Kan: 0, V. D. R. L.: 0. RECuento GLOBULAR: G. R. : 3,050:,000 Hg: 60%

G. B.: -5,850, N: 55 B: 23 B: 0.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN: Antidiarréicos. Sulfás, E. Paregórico, Surparil, Morfina-Sueros y Transfusiones, El dolor se ha hecho muy intenso, en recto y genitales externos con irradiaciones a muslos.

12 de julio de 1957; Cordotomía bilateral a nivel de la 3a. y 4a. dorsal. Anestesia General con Ether (Intubación endotraqueal). Transfusión: 500 cc.

1° Reposo en decúbito ventral, sin almohada Posición de Trendelenbur,

2° Sonda vesical permanente.

3° Penicilina 300,000 U.I. diarias.

4° Vigilar presión arterial, pulso y respiración.

5° Analgésicos,

6° Suero Glucosado: 500 cc.

7° Dieta líquida.

13 de .julio de 1957: Paciente está bien; no causa ningún dolor.

14 de .julio de 1957; Paciente acusa dolor torácico que lo atribuye a la posición decúbito ventral. Se le pone de lado y nota mejoría.

HASTA EL 23 DE JULIO: En que se le da de alta, su estado general es satisfactorio. El dolor no ha vuelto a presentarse.

CORDOTOMÍA # 3.

Practicada el 12 de julio de 1957 en el Hospital General San Felipe, E. L. de O., casada, de 45 años, Of, Domésticos, originaria de San Antonio de Cortés y procedente de San Pedro Sula. Ingresa el 18 de junio de 1957 a las 11 p.m. a - C,, A. de Mujeres.

MOTIVO DE INGRESO: Dolor abdominal continuo y flujo rojo.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Hace 3 meses le apareció dolor en la región abdominal, al mismo tiempo flujo rogo vaginal Desde entonces también tiene vómitos que le aparecen a cualquier hora del día.,

Así estuvo por espacio de un mes hasta que decidió internarse en el Hospital "Leonardo Martínez" de San Pedro Sula, en donde permaneció **por** espacio de 21 días con tratamiento antianémico y muchos exámenes. Luego fue remitida a este Centro.

Enfermedades Anteriores: Sarampión, Viruela, Varicela, Paludismo,

HISTORIA SEXUAL: Menarquia a los 15 años. Tipo 3/30. Ha tenido dos embarazos a término. Hijos viven; son sanos. -No ha tenido abortos.

HISTORIA FAMILIAR: Padre vive; es sano. Madre murió. Ignora la causa. Tiene dos hermanos.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Lo apuntado en la historia.

EXAMEN FISICO:

Paciente de desarrollo normal. Se encuentra emaciada. Psiquismo despejado. Coopera al interrogatorio.

CABEZA CUELLO Y TÓRAX: Palidez y emaciación.

CORAZÓN Y PULMONES: 0

Abdomen: Plano despresible.

Adenopatía iliaca izq. : se palpan 3 elementos nodulares,

GINECOLÓGICO: Lesión nodular que infiltra el cuello en su totalidad y el fondo del saco derecho Parametrio izquierdo infiltrado totalmente y el derecho en sus dos tercios internos.

Adenopatía iliaca izquierda. Diag.: C.A. Uterino Grado IV,

EXAMINES COMPLEMENTARIOS: Recuento de Glóbulos Rojos: 3, 300,000 Hg: 60%

C.B.: 7,100 N: 68% L: 31% Kan: HHH V D R L: +

Heces: Huevos Ascaries. Lumbricoides: Orina: Reacción acida, D: 1.017.

Albúmina: Ligeras trazas. Microscópico: Regular cantidad de células de pus.

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO DE BIOPSIA DE CUELLO: Carcinoma pavimentoso Grado III.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Poción Riviere, Bellaverina, Fenoborbital, Demerol y tratamiento Antisifilítico con Penicilina. Los dolores son ahora muy agudos. Se indica Cordotomía. 12 de .julio de 1957: Cordotomía a nivel de 5a., 6a., y 7a. Dorsales, Anestesia local con Novocaína al 2% en planos superficiales y al 1% en planos profundos. SI dolor abdominal desaparece en el momento en que se hace la sección medular. Posterior; mente hay cefalalgia que desaparece pronto, no hay retención urinaria ni trastornos tróficos ni motores.

La paciente falleció el 23 de octubre.

Durante estos meses no volvió a presentarse el dolor, desarrollando diseminación metastásica peritoneal con ascitis que se vació varias veces por punciones.

CORDOTOMÍA # 4.

Practicada el 17 de julio de 1957 en el Hospital General San Felipe.

L.H.D., Soltera. Oficios Domésticos, mujer de 25 años de edad, originaria de la aldea " El Cañaverál", de Santa Cruz de Yojoa. Depto de Cortés y procedente de la misma.

Ingresa en Ginecología a las 10 y 15 a.m , el día 6 de junio de 1957.

MOTIVO DE INGRESO: Dolor intenso en el vientre.

HISTORIA DS LA ENFERMEDAD:

El dolor le comenzó hace 5 meses primero en región lumbar y luego se le fue corriendo hacia el vientre. Este dolor ha sido también progresivo en intensidad y ha tenido remisiones espontáneas por periodos cortos.

ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 1 mes no duerme por el dolor que es intenso y continuo. Padece de anorexia y sensación de quemadura en el epigastro.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Sarampión, Gripes.

HISTORIA SEXUAL: Menarquia a los 14 años, indolora, escasa, tipo 3/30. Ultima regla el 12 de junio de 1957. Vida sexual a los 18 años, tuvo un embarazo a término hace 5 años. Vive acompañada. No ha estado nunca más embarazada. No ha tenido ningún aborto.

HISTORIA FAMILIAR: Padre vive; sano. Madre murió de fiebre,

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Lo apuntado en la historia, cabeza: Cefalea frontal y en hemicráneo izquierdo.

EXAMEN FÍSICO:

Paciente joven, de constitución débil,, Cooperera poco con el interrogatorio. Cráneo: Cabello bien distribuido,. Dolor a la presión en el lado izq. Ojos, oídos, nariz, boca y cuello; Tórax: Nada en particular,.

CORAZÓN: 0 K PULMONES: 0

GINECOLÓGICO: Lesión nodular de cerviz uterino, que infiltra los dos tercios superiores de la vagina y ambos Parametrios totalmente. Hay metástasis en los linfoganglios de la cadena iliaca externa del lado izquierdo, DIAGNOSTICO: C A Uterino Grado IV

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Informe Anatomopatológico de Biopsia del labio anterior y posterior del cuello uterino: Carcinoma Anaplástico de cuello uterino•

RECuento GLOBULAR: Eritrocitos: 3,040,000 Leucocitos: 5,700 N: 767 • El 2% .

L: 2%

Tiempo de coagulación: 3 minutos. Hemoglobina 60%,

Kan: 0 VDRL: 0.

Heces: Quistes de Histolíticos

Huevos de Tricuiris Tricuiris

Orina: Amarillo turbio. Reacción anfótera. D-1.023. Albúmina: Trazas microscópicos:

Hematíes escasos y regular cantidad de células de pus.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Desde el 7 de junio de 1957: Limpieza vaginal. Penicilina, Demerol.

El 14-VT-57 se traslada a C.A. de mujeres.

Desde el 15 de junio de 1957 al 11 de julio de 1957 continúan con Analgésicos (morfina y Eucodal) antianémicos y Suero Mixto y glucosado.

El 17 de julio de 1957: Se practica Cordotomía con Anestesia Local, infiltración con novocaína al 2% y al 1¹/₂%. Se hace laminectomía en la 5a, 6a., y 7a., dorsales.

Interrogada la paciente inmediatamente después de la sección medular contesta que su Dolor ha desaparecido.

18 de julio de 1957: El dolor en región lumbosacra y vientre continúa sin presentarse. Manifiesta tener dolor en pared anterior del Tórax. Se le cambia de posición, se le pone de lado. No ha orinado espontáneamente; se le ha estado sondeando. Julio 20-57: Hay paraplejía, dolor en la operación y temperatura. Se diagnostica Paquimenengitis postoperatoria.

Julio 26-57' Continúa la Paraplejía, se le moviliza en la cama para evitar escaras. En los meses de agosto, septiembre y octubre continúa inyectándosele con Penicilina 300,000 U.I, diarias. Antianémicos. La paraplejía ha mejorado notablemente. La paciente ha logrado caminar con ayuda.

Muere el 4 de noviembre de 1957 sin que acusara de nuevo los dolores de que se quejaba antes de la operación. Causa de la muerte: Caquexia Cancerosa,

CORDOTOHIA # 5

Practicada el 29 de agosto de 1957 en el Hospital General San Felipe. J.I.P.C., casado, labrador, de 32 años, originario de Salamá, Departamento de O-lancho y procedente del mismo. Ingres a la Cirugía de Hombres (Ortopedia), el día 10 de noviembre de 1956 a las 3 p.m.

Motivo de ingreso; Balazo en el muslo derecho.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD; El día 12 de agosto fue baleado en su pueblo, habiéndole hecho 5 disparos, 4 se le incrustaron en el miembro inferior derecho y otro en el izquierdo: Cayó sin poder más caminar. En el Hospital de Juticalpa estuvo 2 meses 14 días en tracción continua, .

HISTORIA TRAUMÁTICA Y OPERATORIA ANTERIOR; Negativa.

Padres muertos. El padre de los nervios, y la madre de fiebre. Tiene un hermano, aparentemente sano.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Viruela, Paludismo.

REVISIÓN DE SITOMAS: Cefaleas frontales ocasionales; dolor agudo en extremidad inferior derecha con imposibilidad para efectuar los movimientos, en la extremidad inferior izquierda hay muy poco dolor.

EXAMEN FÍSICO:

Paciente coopera al interrogatorio y al examen. Posición: decúbito dorsal,

CABEZA; Ojos, oídos, nariz y garganta, nada en particular, Cuello: 0

Tórax: Simétrico, Corazón: OK, ,

Pulmones: 0

Abdomen: 0, Genitales: Nada en particular.

EXTREMIDADES: Miembro inferior derecho en abducción y rotación externa; inmóvil con deformidad en el muslo con convexidad externa, lo que nos indica que han cori solidación defectuosa. Acortamiento de cuatro pulgadas. Fístulas. Atrofia de la

Musculatura de la pantorrilla. Pie equivo moderado con ligera tendencia a la aducción. Piel delgada brillante, tensa.

Panículo adiposo casi totalmente desaparecido. Rigidez de la rodilla y articulación tibio-tardiana. Hiperstesia de la planta del pie y borde externo del mismo que asciende aproximadamente a *b* traveses de dedo del maléolo peroneo.

No hay alteraciones de la sensibilidad térmica ni tampoco de los reflejotendinosos.

Signo de Lassegue negativo,

Fractura de fémur derecho en el tercio superior, mal consolidada; dolorosa a la Palpación, (Pseudoartosis?)

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

KHAN: 0 VDRL: 0

RECUESTO GLOBULAR

N: 68% É: 2% L: 30% Tiempo de sangría! 1 minuto.

Tiempo de coagulación: 2 minutos.

Orina Color amarillo. Aspecto: Turbio. Reacción Acida.

D: 1,009. Albúmina: 0 Glucosa: 0 Bilis: 0

Microscópico: Regular cantidad de células de pus.

INFORMES RADIALOGICOS: 5 de noviembre de 1956.

Rad. Pelvis: Fractura conminuta del tercio superior del fémur con angulación marcada hacia dentro. Hay múltiples fragmentos en las vecindades.

No se observan signos de formación de callo en la fractura conminuta mencionada,

RADIOGRAFÍA DEL TERCIO MEDIO Y SUPERIOR DEL FÉMUR DERECHO:

12 de enero de 1957. Los fragmentos están en igual posición. Ya se inició la expresión radiográfica de la consolidación.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:

Paciente en reposo con Penicilina y Analgésicos (Demerol, Coronel, Aspirina, Zimopyril).

Paciente con dolor en el pie derecho. En el sitio de la fractura no hay dolor. No hay fiebre.

El 9 de noviembre de 1956 se coloca yeso pelviédico porque la fractura es inoperable.

13 de noviembre de 1956: Paciente bastante bien, se traslada al servicio de Crónicos para su recuperación total.

Continúa con Penicilina, "Vitamina C., Tiamina, Complejo, Aspirina.

El 9 de enero de 1957: Se retira yeso y se ordena radiografía de control sin yeso* _
Continúa con analgésicos y vitaminas.

El 31 de enero de 1957: Espica corta de yeso. Continúa con analgésicos por el dolor en el pie derecho.

16 de febrero de 1957: Se hace infiltración del nervio ciático con 5cc. de alcohol. Reaccionó con un calambre en la longitud del pie cuando se introdujo la aguja. El paciente continúa con grandes dolores localizados en la planta del pie, administrándoseles analgésicos.

4 de marzo de 1957: Paciente continúa mal, sus dolores persisten a pesar de los analgésicos inyectados. (Demerol 1 amp. c/12 horas.)

6 de marzo de 1957: Se practica Novocainización del ciático. El dolor disminuye.

8 de marzo de 1957: Acusa nuevamente dolor en el pie derecho.

10 de marzo de 1957: El paciente se queja mucho de dolor en el pie derecho; dice sentir sólo ligera mejoría con analgésicos por vía parenteral.

Se prepara para hacerle neurolisis del nervio ciático, por recomendarlo el Neurocirujano.

11 de marzo de 1957: Se practica la neurolisis del nervio ciático.

Anestesia general con Intubación endotraqueal (Ether, Surital sódico) El nervio se encontró en el acto operatorio aprisionado en una malla cicatrizal de 3 pulgadas de longitud. Esta cicatriz producía adherencia y constricciones irregulares en el trayecto.

Del ciático en el muslo. Después de haber verificado amplia rescción del tejido cicatrizal fibroso y habiendo dejado totalmente libre el nervio, se comprobó en éste, cambios de aspecto, tinte amarillento y cierto grado de dureza en comparación con el resto. Se procedió al cierre por planos colocando un vendaje compresivo.

Conmel, Aspirinas, Penicilina, Tiamina y trombostil.

13 de marzo de 1957: Según expresión del paciente, el dolor en el pie ha disminuido en un 50% • No hay ya la intensidad de los calambres que tenía antes de la operación.

14 de marzo de 1957 : Paso con mucho dolor en la noche,

16 de marzo de 1957: El dolor se manifiesta a veces también en horas del día,

18 de marzo de 1957: Se ha manifestado dolor agudo y perenne en el dorso del pie derecho.

19 de marzo de 1957: Refiere que el dolor se le ha agudizado. Hoy está completamente agitado. Desde esta fecha, el paciente, a pesar del dolor, puede verificar ciertos movimientos en la cama y es influenciado moderadamente por la medicación sedante. Por existencia de problemas en el Banco de Sangre, se ha detenido la marcha de la terapéutica del paciente.

El 20 de agosto de 1957: En interconsulta con el Dr. R. Alcerro CY, se planea terapia sucesiva en la forma siguiente: Bloqueos lumbares, simpatectomía toracolumbar y en último término, Cordotomía torácica,

22 de agosto de 1957: Se hace bloqueo lumbar inyectando 10 cc. de Metycaína al 1¹/₂%. La observación inmediata de la inyección demostró reacciones típicas, al haberse infiltrado correctamente la cadena lumbar. Este bloqueo dio un alivio al dolor que duró 6 horas, haciéndose un 22 bloqueo que dio igual resultado.

NOTA: Se tomará opinión al Dr» R. Alcerro Castro y Dr. Hernán Corrales sobre la continuación de los bloqueos. Recomendando éstos, que no se hicieran por mucho tiempo

22 de agosto de 1957: En consulta con el Dr. Marco A. Fortín, se decide hacer Cordotomía.

Izquierda Dorsal,

29 de agosto de 1957: Se hace Cordotomía unilateral izquierda 7-8 dorsal,

ANESTESIA GENERAL (Surital-Eter).

Intubación endotraqueal,

Paciente en decúbito ventral por 3 días, Demerol, Aspirina, Penicilina,

30 de agosto de 1957: (8 a, m.) Paciente aqueja molestias abdominales y mucho dolor

en la espalda. El pie dice no le dolió anoche, pero hoy en la mañana sintió molestía. Se ordena sonda Foley en vejiga,

30 de agosto de 1957: (8 p, m.) Paciente descansa en decúbito ventral. Abdomen sin molestias. Ha tenido micciones espontáneas. Dice siente "Dormido" el pié,

31 de agosto de 1957: "Dolor en planta del pie derecho desaparecido. Sensación de hormigueo suave en la región antes dolorosa, Pinchamientos en la planta del pie. no produce dolores agudos como sucedía antes de la operación. Dolor en la herida operatoria del raquis.

Continúa Afebril. Continúa orinando espontáneamente, No hay necesidad de sondearlo,

2 de septiembre de 1957: Dolor en la herida operatoria. Sensación de mordiscos en El pie derecho paciente continúa afebril,

3 de septiembre de 1957: El paciente manifiesta sentirse bien, molestándole solamente el ardor de la herida operatoria. Manifiesta tener "como dormido" el pie, lo cual es indicio probable de éxito operatorio.

4 de septiembre de 1957: Paciente no manifiesta dolor en la pierna, ni en el pie ni en la herida operatoria. Tiene dolor abdominal, no ha defecado hace 5 días. Se le indica enema bajo,

6 de septiembre de 1957: Síntoma tología dolorosa eliminada totalmente,

9 de septiembre de 1957: Paciente camina sin ningún trastorno, ayudado de las muletas.

10 de septiembre 57: Paciente bastante mejor, ha continuado la deambulaci3n con muletas.

2 de noviembre de 1957: El paciente se encuentra perfectamente bien, Se le da su - alta por haberse puesto en estado de ebriedad el d3a anterior y por insubordinaci3n»

CORDOTOMIA # 6

Realizada en el Hospital General San Felipe el 12 de septiembre de 1957.

D.C.D. Soltera de 38 a3os. Oficios dom3sticos. Originaria de Iguala, Departamento de Lempira y procedente de la Aldea de "El Venado", Departamento de Cort3s. Ingresa el 15 de agosto de 1957 a las 8 y 50 a.m. en la Sala de Ginecolog3a del Hospital San Felipe.

MOTIVO DE INGRESO: Flujo de agua.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Hace 15 a3os dio a luz su 3ltimo hijo; desde entonces, "La Regla" se presenta cada 2 meses y le dura 15 d3as. La sangre es f3tida y en cantidad abundante. Desde entonces viene padeciendo de dolor lumbar y abdominal. Desde hace 8 meses viene notando que en los per3odos no sangra, expulsa una agua amarillenta f3tida y el dolor lumbo-abdominal es m3s intenso. Padece de anorexia y Adelgazamiento, su piel ha tomado un tinte de palidez que nunca hab3a tenido, sus micciones son dolorosas y con ardor. Desde hace 1 a3o no tiene relaciones sexuales porque 3stas, desde 2 meses antes, le produc3an intenso dolor y muchas veces despu3 del coito presentaba hemorragias., En ocasiones ha tenido tambi3n fiebres.

TRATAMIENTOS ANTERIORES: Aguas de curanderos que no la han mejorado...

CATAMENIA: Menarqu3a a los 15 a3os, abundante, dolorosa; 5 d3as de duraci3n. Regla dolorosa, irregular.

VIDA SEXUAL: A los 18 a3os. Ha tenido dos hijos, el menor de 15 a3os; no ha tenido abortos.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Paludismo, Gripes, No recuerda enfermedades infectocoritagiosas de la ni3ez.

HISTORIA OCUPACIONAL: Oficios domésticos. Analfabeta .

HISTORIA FAMILIAR: Padre murió, ignora la causa de su muerte. Madre murió de **dolor** en el vientre.

EXAMEN FÍSICO

Paciente de pequeña estatura. Constitución débil. Facies triste, psiquismo despejado. Cooperadora al interrogatorio.

CABEZA: Cabello negro lacio bien distribuido. No hay exostosis ni puntos dolorosos.

OJOS: Conjuntivos subictéricos: visión normal.

Nariz: 0 Oídos: 0 Boca: Dentadura incompleta y en pésima higiene. Tórax: Simétrico, Corazón: OK, Pulmones: Respiración soplante, en base izq., y vértice derecho.

Abdomen: Plano, depresible, con estrías de embarazos anteriores,

Higado: Nada en particular. Bazo: Palpable, Ligeramente doloroso.

GINECOLÓGICO: Vulva entreabierto manando abundante secreción purulenta, color verdoso obscuro.

VAGINA: Corta, estrecha, poco elástica.

Cuello: grande, duro, erosionado, mamelonado y sangrante con tendencia hacia el fondo del saco vaginal posterior e izquierdo,

CUERPO: Pequeño, poco movilizable, consistencia y posición normal.

Anexos: no se palpan.

PARLAMENTARIOS: Infiltrados, duros, muy dolorosos especialmente el izquierdo. Se encuentra invadido el tabique vaginal. DIAGNOSTICO C.A, **DEL CUELLO UTERINO GRADO IV TIPO NODULAR.**

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

El 16 de agosto de 1957: Biopsia del Cuello de la Matriz,

INFORME ANATOMOPATOLOGICO: 23-VIII-57: Garcionoma Anaplástico de cuello uterino,

ORINA: Aspecto turbio. Reacción acida P h 4 . D.: 1.025. Albúmina: Trazas. C: O

Microscópico: Hematíes escasos, abundantes células de pus. Heces: H,, Tricócéfalos

+ H . Uncinaria.

Khan: ~~###~~ Cuantitativo 32 Unidades V D R L: (Cualit.) Positivo. (Cuantitativo)

1,160 Leucocito 8,300 N:63% B: 3% L: 34% Eritrocitos 3,100,000 Hg: 65%

Tiempo de sangría: 2 minutos. Tiempo de coagulación: 4 minutos 30 segundos,

AGOSTO 20 Rad. COLUMN-LUMBAR: No hay evidencia de patología de la columna dorso-

lumbar,

AGOSTO 23 Rad. de Pelvis: No hay signos de lesión ósea ni articular.

16 de agosto de 1957: Paciente con fuerte dolor en región lumbo-sacra y abdominal.

Se tomó biopsia del cuello uterino. Analgésicos: Aspirina, Conmel, Démerol.

Antianémicos: Hematógenas, Complejo B., hasta el 23-VIII-57, en que se instituye

tratamiento Antisifilítico con Penicilina. Desde ese día, Penicilina, Analgésicos y

antianémico hasta el 8 de septiembre de 1957. El 28 de agosto se realiza píelo-

grafía descendente. Es normal,

11 de septiembre 1957: Continúa con fuerte dolor dorso lumbar y abdominal...Se de-

cide operarla mañana, Se hará Cordotomía,

el 12 de septiembre se practica Cordotomía bilateral a nivel de la., 3a., y 4a.,

dorsal.

ANESTESIA LOCAL (Meticaina.)

INDICACIONES: 1° Vigilar pulso y presión arterial C/hora. Esta se mantiene entre

100 y 110-60.

2° Vitamina C, 500 mlgrs diarios por 3 días.

3° Vitamina K 1 amps, diaria,

4° Posición Ventral.

5° Terramicina intramuscular 100 mlgrs c/6 horas.

6° Dieta líquida por la tarde.

12 de septiembre de 1957: Se queja de bastante dolor en la herida y de adormecimiento, del miembro inferior derecho.

En el izquierdo no acusa ninguna novedad.

13 de septiembre de 1957: Bastante dolor en la herida operatoria y adormecimiento del miembro inferior derecho.

20 de septiembre de 1957: Siempre se queja de dolor intenso en la herida y en toda la espalda.

21 de septiembre de 1957: Continúa igual estado. Acusa abundante flujo acuoso.

24 de septiembre de 1957 : Leve mejoría en el estado general: Ayer tuvo reacción por el suero.

27 de septiembre de 1957: Tiene 15 días de operada. Aun acusa mucho dolor en región escapular. No hay ni ha tenido fiebre.

30 de septiembre 1957: Continúa en igual estado.

1° de Octubre de 1957: Acusa diarrea, anorexia, muy poco dolor.

2° de Octubre de 1957: Se traslada a C. A de mujeres: se le da poción antidiaréica y se manda hacer examen de heces Informe: Q, de Histolíticos, H, de Uncinarias H Huevos de Tricocéfalos H Se instituye tratamiento con Kaopectate Poción anti-diarreica Carbarzone, Terramicina intramuscular por 8 días. La diarrea desaparece. Comienza aplicaciones de Radioterapia, Desde esta fecha hasta el 25 de noviembre, en que la paciente exige su alta, solamente ha recibido 8 aplicaciones la última el 10-X-57, debido a irregularidades en el servicio de Radioterapia. Antes de darle el alta se practica Examen Ginecológico y se observa. Lesión se ha reducido notablemente. Se encuentra lesión ulceroterbrante del cuello.

del cuello que infiltra y destruye fondo de saco izquierdo. Parametrio izquierdo infiltrado, duro, pero ya no llega a las paredes pélvicas. Parametrio derecho libre. Hay secreción purulenta. Se indica Extracto de Hígado, Penicilina y duchas vaginales suaves. Se le ordena volver en 45 días.

NOTA: No se vuelve a saber nada de la enferma.

CORDOTOHIA # 7

Practicada el 27 de enero de 1958 en el Hospital General San Felipe. C.N.O., soltera de Oficios Domésticos, (-9 años de edad. Nacida en Pespire, Departamento de Choluteca, y procedente del mismo.

Ingresa a Ginecología, abril 26 de 1957. Alta: Mayo 2 de 1957.

Hace 2 meses hemorragia con dolor en hipogastrio irradiado a región lumbar y miembros inferiores.

La hemorragia le duró 1 mes, siendo después substituida por leucorrea amarillenta mal oliente. Pérdida de peso y anorexia. Estreñimiento.

GINECOLÓGICO: Cuello nodular, friable, sangrante, fondo de saco de Douglas rígido y retraído. Cuerpo ligeramente aumentado con formación nodular, como un nance grande en cara superior, movable. Parametrios infiltrados totalmente. Ligera infiltración del tabique recto-vaginal.

Khan: 0 V.D.R.L: 0 G.R: 3,470.00 GB: 7,450 Hg: 70% N: 60 E: 4 L: 36.

Diag., C.A ulcerado Grado III.

BIOPSIA DEL CUELLO : Carcinoma Grado II del CUELLO UTERINO.

2-V-5?: Paciente se traslada a C.A. de mujeres; se niega a quedarse.

Reingresa el 12 de agosto de 1958. Alta Oct/28/58.

Sintomatología igual al Ingreso anterior. Al darle el alta el 28 de Oct. de 1958.

EXAMEN GINECOLÓGICO: Lesión de cuello ha disminuido notablemente. Parametrio derecho tomado en su 1/3 interno. Izquierdo 2/3 internos. La infiltración del tabique.

Recto-vaginal ha desaparecido.

Ha recibido 3,300r por campo. Dosis Total 13,200r.

Se le da de alta y se le ordena volver en 1 mes.

Se indican antianémicos.

Reingresa el 11 de enero de 1958.

Dolor agudo región lumbar. No va acompañado de hemorragias sino de un flujo blanco fétido. No hay fiebre.

Khan: 0 VDRL: 0 GR: b, 010,000 Hg: 11; grs: 76%

Tiempo de coagulación: 3 minutos 52 segundos. CB: 6,3000 N: 2% L: 20%

Hematozario: 0

Heces: Colibacilos.

Orina: Amarillo turbio, reacción acida, D: 1,021. Albúmina: 0; Glucosa: 0; Bilis: 0

Microscópico: Pocos Hematíes; pocas células de pus.

Se administran analgésicos. Dolor no experimenta ninguna mejoría. Es desesperante.

Se practica cordotomía bilateral a nivel de 3a, .y 4a, . dorsales el día 27 de enero de 1958.

Se obtiene ligera mejoría, pero persiste siempre un dolor sordo en el vientre.

Continúa con analgésicos (Aspirina). Se prohíbe dar morfina, ni ningún derivado del opio.

Paciente continúa empeorando con respecto al dolor,

En marzo se ordenan varias Radiografías, investigando metástasis óseas en huesos de la Pelvis y del muslo. Resultan negativos.

El 28 de marzo se practica

PIELOGRAFIA DESCENDENTE:

Sombras renales normales.

El medio de contraste solamente se elimina por el lado derecho y muestra probable acodadura en la porción inicial del uréter.

Se aconseja pielograma retrogrado.

El 17 de abril se practica Pielografía ascendente y Citoscopia.

Ésta muestra enorme tumor que invade toda la mitad izquierda de la vejiga y el fondo, probablemente invasivo de neoplasia cervical.

La falta de función del riñan izquierdo sin duda es debido a la invasión del uréter izquierdo que ya ha sido completamente destruido. Impresión: Tumor vesical de origen cervical inoperable. Aspirina A.C.T»H. (Cortrofina-Z) Deproanex Antiespasmódicos. Se le da el alta el 5 de mayo de 1958.

CORDOTOHIA # 8

Se practica el 24 de junio de 1958. En el Hospital General San Felipe. M.L.F.S., de 45 años, soltera de Of. Domésticos. Nacida en Managua, Nicaragua, y procedente de San Pedro Sula.

Ingresa el 16 de octubre de 1957 a C*A de Mujeres del Hospital San Felipe.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Desde la edad de 38 años o sea hace 7 años, sufre de flujos-rojos que le duran 10 días y que se le presentan cada dos meses. Desde hace 6 meses es en forma intermitente, escaso y sin dolor, pero hace 2 meses la hemorragia es abundante con dolor en el hipogastrio con irradiación hacia la fosa ilíaca izquierda, pierna del mismo lado y también a la región lumbar. Está anoréxica y estreñida.

Oct. 18 del 57: GINECOLÓGICO: Lesión nodular ulcerada que ocupa el cuello uterino e invade los fondos de saco anterior, izquierdo y posterior, muy sangrante.

Parametrios infiltrados en su 1/4 interno. Cuerpo movable.

Diag. Clínico: C.A. cié Cuello: Carcinoma epidermoideo Grado II de cuello uterino.

3 de diciembre de 1957: La lesión después de recibir 3,000r x campo en 4 campos en 45 días. Se ha reducido exclusivamente el cuello. Esta paciente queda preparada para recibir.

Radium en 2 sesiones en enero 1958.

El 6 de diciembre se le da su alta.

TRATAMIENTO RECIBIDO.; Radioterapia, transfusiones, sedantes, coagulantes, antianémicos.

Reingresa el 12 de marzo de 1956: Alta el 26 de mayo de 1958.

Aplicación de Radium uterino por método de Manchester.

Carga: 65 MLgh.

Tiempo; 7 días.

Dosis recibida: 7i°00r_t en Punto A.

Antianémicos y Analgésicos.

Reingresa el 23 de junio de 1956:

Síntoma Principal: Dolor en fosa Iliaca Izquierda que se irradia hacia región lumbar y pierna izquierda.

HISTORIA DEL DOLOR: Cuatro días después de haber salido del Hospital, le apareció dolor en Fosa Iliaca Izquierda, de carácter fuerte y que se irradia hacia pierna izquierda y región lumbar. Este dolor se acompaña de cefalalgia, mareos y vómitos. Acompañando al dolor se ha presentado también flujo blanco amarillento, acuoso y maloliente.

AL SXAÍI5N GINECOLÓGICO: Se encuentra tumoración que invade ambos Parametrios y hace protuberancia estrechando la luz rectal considerablemente.

Se aconseja extirpación de regiones infiltradas y colostomía posterior pero no acepta y finalmente conviene en que se haga "Cordotomía" como paliativo para el dolor.

El 24 de junio de 1956: Se practica Cordotomía a nivel de la 3a. y 4a. dorsal.

Anestesia General con intubación endotraqueal (Sther Surital). Paciente permanece 19 días en el Hospital, durante los cuales hay ligera mejoría del dolor ciertos días. La herida operatoria se abrió a los once días. Se le pusieron puntos de colchonero

para oculuirla.

El estado general de la paciente empeora por extensión de la lesión y se le da de alta a pedimento de sus familiares el 12 de julio de 1958.

CORDOTOMIA # 9:

J.C.V. de A., de 60 años, viuda, Originaria de Comayagua y procedente de la misma. Ingresa en C.A. de Mujeres el día 28 de julio de 1958 a las 3 p.m.

MOTIVO DE INGRESO: Hemorragia genital y dolor en región lumbar y miembros inferiores.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Hace ocho meses le comenzó su enfermedad en forma de "Mal de orín", luego le apareció la hemorragia genital que le duró 3 días y que fue seguida de secreción blanco amarillenta muy abundante que disminuyó en cantidad pero que aún persiste. Hace cuatro meses le apareció dolor en región lumbar que se le irradia al epigastrio, continuo, intenso y que se le calma con analgésicos. Además padece disuria y estreñimiento pertinaz. Esta paciente está en tratamiento Roentgenterápico, externo y hoy sufrió una lipotimia siendo ingresada por este motivo. Tratamientos anteriores: Analgésicos, transfusiones y Roentgerapia, 2400r por campo, 4campos. Dosis total: 9,600r.

HISTORIA SEXUAL: 8 hijos vivos, 2 muertos, 1 aborto hace 15 años.

Catamenia: Menarquia a los 15 años, Última regla a los 50 años.

Tipo 4/28 abundante y con poco dolor.

GINECOLÓGICO: Lesión nodular ulcerada de cuello uterino que infiltra todos los fondos de saco, pared vaginal posterior en su tercio superior y laterales y anterior en sus dos tercios superiores. Parametrios infiltrados totalmente y gran tumoración que infiltra tabique recto vaginal y abomba la pared rectal anterior. Diagnóstico C.A. Cuello uterino etapa IV

Informe Anatomopatológico: Junio 11 de 1958. Carcinoma pavimentoso Grado III del -

cuello uterino.

Estuvo interna hasta el 31 de julio de 1953 y durante ese tiempo, aumentaron dolores en región lumbar y miembros inferiores; se le propone Cordotomía pero sus familiares piden el alta.

AGOSTO 2 DE 1958: Se practica Cordotomía Bilateral Dorsal.

Anestesia General con Sther con intubación traqueal.

La paciente despierta sin dolor en región lumbar y miembros inferiores. Solamente acusa dolor en herida operatoria.

Posición ventral, Antibióticos, Sueros, Transfusiones.

La posición ventral solamente se pudo mantener durante 2 días por el mal estado general de la paciente y su estado de excitación nerviosa.

Permaneció hospitalizada diez días durante los cuales no acusó dolor pélvico ni en miembros inferiores, tampoco tuvo trastornos esfinterianos tróficos o motores.

Persistieron las molestias a nivel de herida operatoria.

Alta a petición de sus familiares. Es preciso hacer constar que esta paciente era de temperamento nervioso, que se fue exacerbando a medida que progresó su enfermedad por lo que no se pudo hacer **una** apreciación categórica en lo que respecta a resultados de operación.

CORDOTOMIA # 10.

Practicada en el Hospital General San Felipe el 4 de agosto de 1958.

M.E..G.B., de 18 años. Soltera. Of. Doms ticos. Nacida en Moropocoy, Departamento de Valle y procedente del mismo. Ingres a Cirugía de Mujeres el 30 de noviembre de 1957.

MOTIVO DE INGRESO : Dolor abdominal.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Desde hace 1 mes y después de un parto, viene padeciendo de dolores abdominales: nota desde entonces una pelota pequeña en la fosa ilíaca izquierda, que progresiva

f o mente va aumentando de tamaño, notando que después le aparece otra pelotita en el epigastrio. Desde que so verifico el parto tiene dificultades para defecar, sus asientos son líquidos y fétidos, en escasa cantidad pero muchas veces al día. Si dolor continuo sordo le aumentaba al defecar.

ENFERMEDAD ACTUAL: Desde hace 15 días no defeca a pesar de que ha tomado muchos purgantes; esto ha aumentado el dolor abdominal que al presente está localizado en el epigastrio. Desde hace 5 días vomita agua, amarga muy abundante. Desde hace 3 días , tiene fiebres moderadas con escaso escalofrío. Hoy no ha vomitado.

ENFERMEDADBS ANTERIORES; Varicela. Parasitismo Intestinal. Paludismo.

HISTORIA HOSPITALARIA TRAUMATICA Y QUIRURGICA: Negativo.

HÁBITOS: No fuma, ni ingiere bebidas alcohólicas. Desde hace 15 días no duermo ni come.

HISTORIA MENSTRUAL: Menarquia a los 14 años. Tipo 3/30. Regular, abundante, con dolor.

HISTORIA OBSTÉTRICA: Un embarazo a término. Parto normal hace un mes. No ha tenido abortos.

HISTORIA FAMILIAR: Padre vive; es sano. Madre murió de fuerte gripe. Nueve hermanos: cinco mujeres y cuatro varones. Todos son aparentemente sanos.

EXAMEN FÍSICO: Paciente de buena constitución física. Psiquismo despejado. Coopera al interrogatoria y al examen. Presión arterial 110 mx y 65 MN. Pulso; 160- pulsaciones por minuto. Temperatura: 37° 3.

ABDOMEN: Depresible, no doloroso. Hay peristaltismo aumentado. Hay timpanismo y borborigmos.

TACTO RECTAL: Esfínter anal normal. Se toca masa tumoral que se circunscribe más fácilmente en su parte posterior, dura, irregular. Tacto provoca un poco de dolor. Hay materias fecales un poco sanguinolentas.

DIAGNOSTICO:

Neoplasia del Sigmoide,- Invaginación Intestinal.

Es operada de Urgencia a las 8 y 10 p.m. Anestesia General con Truene Surital y Ether.

Se practica Enterostomía, Biopsia y Colostomía.

Al abrir el abdomen se comprueba que existe una tumoración en la parte más alta de la Ampolla rectal, dura, de superficie irregular, vegetante, infiltrativa que rechina al corte del cuchillo. Hay estenosis total de la luz rectal. biopsia: Informe Anatomopatológico. Granuloma edematoso crónico. El post-operatorio fue muy bueno, únicamente se presentaron, cefalalgia, insomnio y dolor en la herida operatoria. En diciembre 13 del 57 fue enviada en interconsulta a Gastroenterología, Tacto rectal: Esfínter de buena tonicidad. Se palpa en la parte profunda de la ampolla, una tumoración extra luminal que procede probablemente de la región uterina.

ENDOSCOPIA: Mucosa de la ampolla y del Sigmoide de aspecto absolutamente normal. — La ampolla se presenta deformada por presión de masa que viene sobre la pared anterior. Hay rigidez de las paredes apreciable a la introducción del reotoscopio. Para confirmar nuestra impresión procedemos al Examen Ginecológico: Encontramos un cuello endurecido y entreabierto. El fondo de saco posterior limitado por una rigidez que proviene del útero. Al tacto córvico-vaginal puede apreciarse que hay franca continuidad de la tumoración. Al espéculo, puede apreciarse aspecto francamente patológico del cuello uterino.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Tumoración que presiona sobre la ampolla rectal,

RADIOGRAFÍA RECTO-SIGMOIDEA CON ENEMA BARÍTAPO:

Diciembre 10 de 1957. La masa que Uds., reportan, infiltra al recto en su extremidad proximal, reduciendo casi totalmente la luz al mismo nivel; no les podemos precisar la extensión de este proceso porque el esfínter no es capaz de contrarrestar.

La presión necesaria para franquear la masa en su totalidad. TRATAMIENTO: Antibióticos, Antianémicos, analgésicos, sueros y transfusiones. El 27 de marzo se practica nueva Laparotomía, encontrándose sínfisis de asas intestinales en el Douglas. Se toman ganglios y una pequeña tumoración, INFORME ANATOMO-IOPATOLOGICO; Tejido ganglionar: Preparado deficientemente, impropio para diagnóstico. Se intentaran nuevos cortes. El informe de estos nuevos cortes fue; Metástasis de adenocarcinoma mucoso.

El 23 de abril es trasladada a C.A. de Mujeres con Diagnóstico:

C.A DE INTESTINOS

A partir del 10 de abril, empieza a acusar dolor en región lumbar, que se vuelve cada día más intenso con pequeñas y escasas remisiones.

El 26 de junio se hace examen minucioso que hace pensar en la posibilidad de practicar una exenteresis pélvica. Se le hace saber a la paciente las consecuencias de la misma y ella acepta.

Se practican entonces.

RADIOGRAFÍAS DEL TACTO GASTRO-DUODENAL: Resultado negativo.

RADIOGRAFÍA DE PULMONES: Negativo.

PIELOGRAFIA DESCENDENTE: Ambos riñones de forma, tamaño y posición normales concentran satisfactoriamente. No descubrimos alteración anatómica del sistema. Apreciamos zona de densidad moderada en forma ovalada que se proyecta dentro de la pelvis. El 12 de julio de 1958, la paciente es intervenida nuevamente.

Después de la incisión de la cavidad abdominal se procede a la exploración de los órganos de la misma, encontrándose con que el peritoneo visceral y el mesenterio están invadidos por múltiples siembras malignas metastásicas. Se hace colostomía definitiva y se cierra la cavidad.

La paciente continua con fuertes dolores abdominales y lumbares que resisten a todo tratamiento médico., los analgésicos parenterales los calman un poco, pero sólo -

por escasos momentos, por lo demás, el estado general y el aspecto de la paciente es bueno.

El 4 de agosto se practica Cordotomía Dorsal Bilateral a nivel de la 3a. y 4ª dorsales.

Anestesia General (Surital Ether) Intubación endotraqueal.

Los dolores desaparecen completamente. No hay incontinencia ni retenciones urinarias ni tampoco trastornos tróficos motores. La paciente permanece quince días en el servicio de C.A. de Mujeres con un estado general y aspecto bueno, es dada de alta el 19 de agosto de 1958.

El 22 de septiembre reingresa con un síndrome de obstrucción intestinal. Colostomía obstruida a unos 18 centímetros, obstrucción que es imposible franquear con la sonda.

Hay vómitos fecaloides e historia de haberse presentado éstos después de tener 7 días de no poder defecar. Dolor agudo en el estómago Abdomen Globuloso. Estado General muy malo.

TRATAMIENTO: Se intenta repetidas veces pasar sonda introduciéndola por la Colostomía. Esta nunca puede franquear la obstrucción. Se instala aparato de succión continua y se administran sueros Mixto y Glucosado

La paciente muere el 27 de septiembre de 1958.

RESUMEN:

Hemos presentado las diez primeras Cordotomías que para alivio del dolor intratable se practican en Honduras.

Ocho son por Carcinoma avanzado de Cuello uterino, una por Adenocarcina inoperable de Recto-Sigmoide y una por Causalgia consecutiva a herida por arma de fuego. Tres han sido practicadas con anestesia local (Meticaina al 2% y al 1¹/₂). Todas ellas con resultados muy buenos inmediatos a la intervención, Al practicar la sección medular se interrogó a las pacientes sobre su dolor, manifestando todas que en ese

momento había desaparecido. Una presenta posteriormente Paquimeningitis Postoperatoria que cede pronto con tratamiento antibiótico.

Las siete restantes se han practicado con anestesia General (Surital-Ether). En éstas: dos casos malos, dos buenos y tres muy buenos.

En ninguno de todos los casos hubo trastornos esfinterianos, motores ni tróficos Persistentes.

COMENTARIOS:

Los resultados de los diez casos en que se practicó Cordotomía, fueron los siguientes: dos casos malos.

El número siete: en que el dolor mejorado, no desapareció nunca completamente. Se comprobó invasión maligna a la vejiga urinaria, debido a lo cual, al dolor somático se sumaba el visceral, sobre el cual no tuvo acción la Cordotomía.

La número ocho: fue otro fracaso porque no se obtuvo desaparición completa del dolor. Creemos que ésto fue debido en este caso, a la invasión neoplásica abdominal y pélvica con englobamiento de nervios simpáticos y para simpáticos. Extremo éste, que no fue comprobado porque la paciente pidió su alta.

Esta paciente, además, no respondió al tratamiento Roentgenterápico y Curieterápico que fueron mal instituidos a causa de que la paciente no concurrió en la fecha en que se le indicó y que la neoplasia fue sumamente invasiva desde un principio. En este paciente hubo además una complicación, cual fue la dehiscencia de la herida operatoria y que fue atribuida a hipoproteïnemia. Estado de desnutrición manifiesto.

Dos fueron buenos.

La número uno, dolor desapareció inmediatamente después de la operación. Reapareció trece días más tarde en que la paciente reingresa con invasión de cuello vesical con retención urinaria y carcinosis Peritoneal.

La número nueve, en la que, a pesar de haber desaparecido los dolores, hay trastorno.

Nerviosos de los que la paciente venía padeciendo con anterioridad y que no nos permiten apreciar debidamente la mejoría obtenida en la intervención.

De las seis que podemos considerar como éxitos: cuatro padecían Carcinoma de cuello uterino, una de adeno-carcinoma de Recto-Sigmoide y otro de Causalgia.

La número dos fue observada por ocho días en que pidió su alta. El dolor no volvió a presentarse.

La número tres permitió observarla durante tres meses y medio. Desarrolló diseminación peritoneal metastásica y ascitis y murió, pero durante todos esos tres meses y medio de vida posteriores a la Cordotomía no sufrió de dolores. Estos nunca más volvieron a presentarse.

La número cuatro es observada por cuatro meses después de la intervención.

También muere libre de dolores.

La número cinco es una cordotomía unilateral izquierda, por causalgia del miembro inferior derecho. Los dolores desesperantes y resistentes a tratamientos anteriores, desaparecieron, lo que permitió que el paciente volviera a deambular. Se tiene oportunidad de observarlo por tres meses y durante todo este tiempo los dolores no reaparecieron más.

La número seis se la puede observar durante dos meses y medio.

Los dolores no vuelven a presentarse.

La número diez tiene mes y medio después de la intervención libre de dolores. Desarrollo de Síndrome obstructivo intestinal y muere en pocos días.

CONCLUSIONES:

Después de las observaciones y experiencias anteriores podemos considerar que las - Cordotomías:

1° Son operaciones delicadas, pero de técnica quirúrgica sencilla.

2° El sitio anatómico medular en donde se practican es tan preciso y también delimitado, que creemos que difícilmente haya causa de error.

3° Practicadas con anestesia local, nos permite apreciar sus resultados en el momento mismo de la intervención.

4° Dolores incoercibles, intratables ya por la terapéutica médica o por tratamientos quirúrgicos conservadores, desaparecen o alivian considerablemente.

5° Algias difusas y extensas con zonas cutáneas de hiperestesia en regiones abdominales y perineales, así como en miembros inferiores, encuentran en la Cordotomía su más acertada indicación. Creemos debe investigarse su resultado en casos de Crisis Gástricas Tabéticas intensas rebeldes a todo tratamiento así como en los dolores desesperantes del miembro fantasma o de neuralgias intercostales extensas en los que las Cordotomías están también indicadas.

6° Cuando se trata de dólarares viscerales no siempre se obtienen buenos resultados.

7° Cuando se practica correctamente se consigue la abolición del dolor sin trastornos esfinterianos motores o tróficos.

8° Método sencillo de suprimir el dolor sin provocar trastornos de la personalidad, ni de las funciones ideatorias, memoria, juicio, etc.

9° Puede practicarse en personas de edad avanzada o en períodos avanzados de enfermedades oncológicas y con escasa o nula mortalidad.

10° Son contraindicaciones de las Cordotomías los estados muy terminales así como también los casos en que con tratamiento específico, la enfermedad se beneficia y los dolores se atenúan al mejorar aquella.

En resumen, podemos decir que las Cordotomías son un magnífico recurso para el tratamiento de algias rebeldes, intensas, persistentes, incoercibles, intratables ya bajo ningún otro medio.

Me gustaría mucho que este mi trabajo despierte interés entre los Médicos y Cirujanos, ya que considero que, siendo las Cordotomías una experiencia nueva en nuestro -

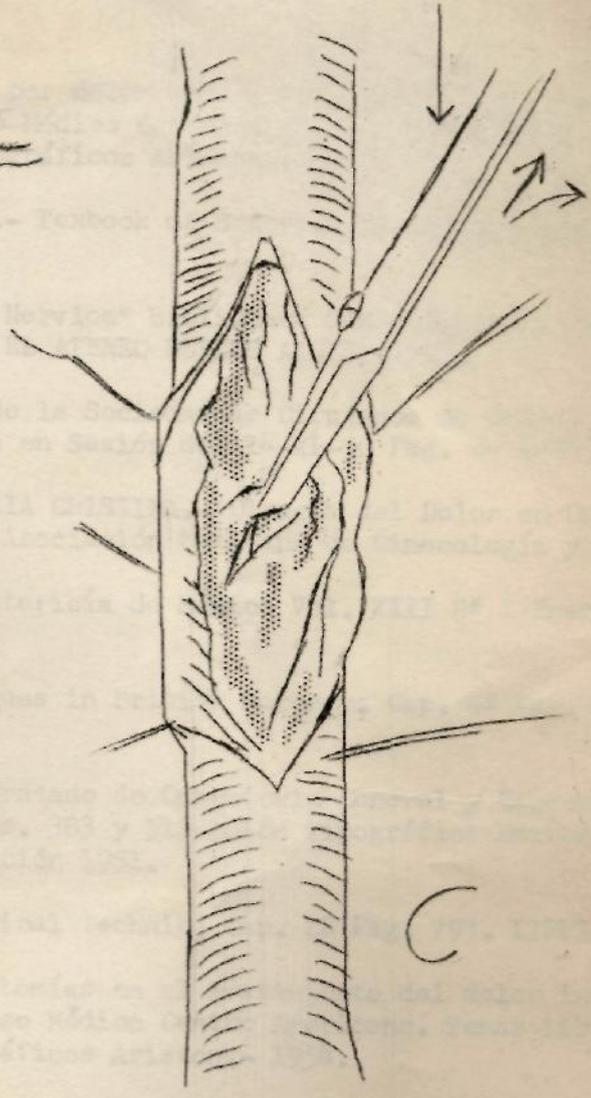
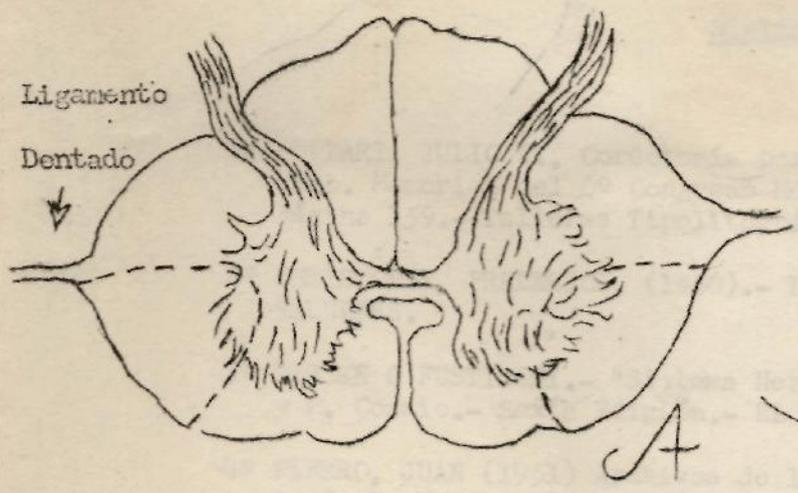
medio, es de esperar que a ellas seguirá una serie de nuevas intervenciones que para alivio del dolor se practicarán en manos de cirujanos expertos que con su habilidad, estudio y experiencia harán de estas intervenciones un medio cómodo y seguro y de amplia difusión.

Apelo a vuestra benevolencia para que al juzgar éste mi trabajo llenáis con creces las fallas o lagunas que halláis encontrado, interpretáis con la mejor buena voluntad las obscuridades de expresión o de conceptos en que haya incurrido, y disculpéis mi inexperiencia.

Agradeciendo vuestra atención,

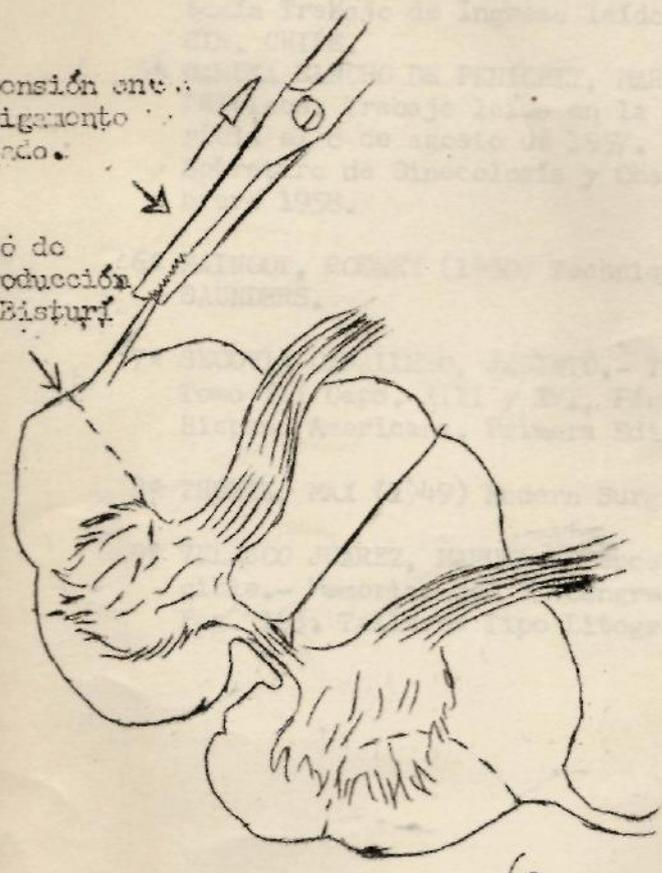
Muchas gracias.

Suspender el Ligamento
Dentado.



Suspensión ante
el Ligamento
Dentado.

Punto de
introducción
del Bisturí



Copia tomada del libro
MODERN SURGICAL TECHNIC.,
por Thorrek, Volumen II, Página 793.

Incisión Por Cordotomía.

BIBLIOGRAFÍA

- 1° BOTTARI, JULIO C., Cordotomía por dolor irreductible al tratamiento médico. Memorias del 62 Congreso Medico Centroamericano. Tomas libres. Página 1599- Talleres Tipo litográficos Aristón,- 1954.
- 2° CHRISTOPER, FREDERICK, (1950).- Textbook of Srgery.- Cp. XIII, Pág. 580. SAUNDERS.
- 3° DASSEN O FUSTINONI.- "Sistema Nervios" Biblioteca Semiológica T. Padilla y P. Cossio.- Sexta Edición.- EL ATENEO BUENOS AIRES (1953).
- 4° FIERRO, JUAN (1951) Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile. Cordotomía Trabajo de Ingreso leído en Sesión del 14-XL-50 Pág. 26 ARCK.SOC. CIR. CHILE.
- 5° GARCÍA SANCHO DE PENICHER, MARÍA CRISTINA.- Cirugía del Dolor en Cánceres Pélvicos, Trabajo leído en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia el 8 de agosto de 1957. Sobretiro de Ginecología y Obstetricia do México Vol, XIII N° I Enero Febrero 1958.
- 6° MAINGOT, RODNEY (1950) Techniques in British Surgery. Cap. 4° Pág. 87. SAUNDERS.
- 7° SEGOVIA CABALLERO. JACINTO.- Tratado de Operatoria General y Especial, Tomo III Caps. XIII y XVI, Págs. 383 y 519 Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana, Primera Edición 1951.
- 8° THOREK, MAX (1949) Modern Surgical Technic. Cap. 22 Pág. 793.. LIPPINCOTT.
- 9° VELASCO JUÁREZ, MANUEL.- Leucotomías en el tratamiento del dolor incoercible. - Memorias del VI Congreso Medico Centro Americano. Temas Libres, Pág. 163. Talleres Tipo Litográficos Aristón.- 1954

PROPOSICIONES

- 1°.- Vías de la sensibilidad.
- 2°.- Semiología de las Ictericias.
- 3°.- Carcinoma Uterino,
- 4°.- Paludismo.
- 5°.- Presentación Podálica.
- 6°.- Morfina.