

istmo y el cricoides, que permite después separar, por disección roma, la tráquea de la cara posterior del istmo tiroideo; con ello, normalmente, el istmo puede desplazarse hacia abajo y queda al descubierto la tráquea. Si no es así se secciona entre dos pinzas, procediendo acto seguido a una cuidadosa hemostasia por ligadura. Si el istmo es alto y en los niños pequeños (CHEVALIER JACKSON), puede procederse a la inversa, rechazando el istmo hacia arriba y realizando así una traqueotomía baja.

Una vez la tráquea al descubierto y hecha la oportuna hemostasia, se inyectan entre dos cartílagos traqueales unas gotas de cocaína al 5 por 100 para atenuar el reflejo tusígeno en el momento de introducir la cánula.

Para incidir la tráquea y colocar la cánula pueden usarse dos procedimientos. El clásico consiste en la incisión vertical y media de dos o tres anillos traqueales y colocación de la cánula del modo anteriormente descrito. Este procedimiento, empleado comunmente, presenta, sin embargo, una serie de inconvenientes, anotados ya en gran parte por HALL en 1848 y por DIEFFENBACH en 1872, y cuyo estudio completó WALDAPFEL en 1940. Los más importantes son los siguientes: 1.º La separación de los bordes de los anillos cortados se traduce en una dislocación con aproximación de sus extremidades posteriores, que hace que la mucosa traqueal se pliegue hacia adentro y la pared membranosa hacia afuera. 2.º Los mismos bordes de la herida quedan viciados al meter la cánula. 3.º Estos bordes, sometidos a continua presión, sufren una inflamación crónica, cubriéndose de granulaciones. El cartílago se destruye en una extensión variable, quedando sustituido por tejido conjuntivo, que puede a la larga ocasionar esteno-

sis secundarias, aparte de lo que dificulta la maniobra de sacar la cánula, si ésta se mantiene algún tiempo.

Todas estas desventajas se evitan siguiendo el método modernamente resucitado, tras largos años de abandono, de hacer en la cara anterior de la tráquea una ventana de tamaño adecuado al calibre de la cánula. Este método, iniciado por THOST, parece a primera vista una verdadera mutilación, pero, sin embargo, estudios anatomopatológicos detenidos han venido a probar que con él la pérdida de sustancia es menor que la causada por la degeneración del cartílago que la simple incisión produce. La ventana traqueal puede hacerse cortando con tijera una rodaja de tamaño adecuado, siendo en este caso necesario tener una gran exactitud en el corte y evitar, al mismo tiempo, que al terminarlo la rodaja caiga en la tráquea. Para evitar estos peligros existen actualmente distintos modelos de aparatos, a modo de sacabocados, que hacen en la pared traqueal una incisión exacta y limpia, retirando automáticamente el disco cortado.

Finalmente, se introduce la cánula (de KRISHABER, LUER, JACKSON, etc.), y se fija del modo acostumbrado.

Estos son, a nuestro juicio, expuestos esquemáticamente, los conocimientos indispensables que sobre este importante problema debe tener todo médico. El cuidado ulterior del traqueotomizado, limpieza de la cánula y demás detalles, son ya manicbras que no corren prisa ni tienen la importancia decisiva del acto operatorio, en el que la vida de un hombre, muchas veces de un niño, depende totalmente de la decisión que en unos minutos tome el médico y de su conocimiento de la técnica a emplear.

## NOVEDADES TERAPEUTICAS

**Dosis altas de papaverina en el angioespasmo cerebral.** — Las dosis elevadas de papaverina han sido muy utilizadas para dilatar los vasos, especialmente las coronarias. RUSSEK y ZOHMAN ("Journ. Am. Med. Ass.", 136, 930, 1948) han aplicado el mismo método a lo que denominan angioespasmo cerebral, comprendiendo con este rótulo las manifestaciones de espasmo que acompañan a las embolias cerebrales y los variados cuadros que se designan como pseudoreumismo, y que aparecen en la hipertensión, en las nefritis, en la intoxicación por el plomo, etc. El total de enfermos tratados ha sido de 46 y las dosis utilizadas fueron muy variables. En algunos casos es suficiente con una dosis total diaria de 35 mgr. para impedir los ataques, pero en otros es preciso aumentar la cantidad que se administra en el día hasta 1 gr. y 1,2 gr. En uno de los enfermos se empleó una dosis de 0,60 gr. diariamente, durante un año, sin que se presentase ninguna manifestación tóxica. Los resultados del tratamiento son muy brillantes; generalmente se consigue la supresión completa de los accidentes vasculares o su acentuada atenuación. La administración simultánea de pequeñas dosis de luminal aumentan la eficacia de la papaverina, permitiendo disminuir la dosis de ésta. Los enfermos estudiados eran hipertensos esenciales o arteriosclerosos; pero también en

otros 3 casos de accidentes cerebrales en la glomerulonefritis la aplicación del tratamiento fué seguida de éxito.

**Ineficacia de la vitamina E en las cardiopatías.** — En animales alimentados con una dieta carente en vitamina E se han señalado trastornos cardíacos, mostrando el miocardio de tales animales lesiones degenerativas y cicatrices. Con esta base se ha aplicado a la clínica un tratamiento con dosis elevadas de tocoferol, afirmando algunos clínicos que los resultados conseguidos son excelentes. LEVY y BOAS ("Ann. Int. Med.", 28, 1117, 1948) han revisado el problema y han tratado a 13 enfermos con tales dosis altas de vitamina E (hasta 600 mgr. diarios). Los enfermos padecían angina de pecho o asistolia crónica consecutiva a infarto de miocardio o valvulopatía reumática. Durante las semanas que duró el tratamiento no se empleó otra medicación que la vitamina E, y en ningún caso se pudo apreciar una mejoría objetiva de los enfermos. Ni el estado de compensación ni la frecuencia de los ataques anginosos se modificaron en ningún enfermo por la terapéutica indicada. Con dosis muy altas, los únicos síntomas desagradables que se apreciaron fueron cefalea, mareo y vértigo, sin que obligasen a suspender el tratamiento.

**Peligros de las transfusiones en que no se determina el tipo Rh.** — Cuando se descubrieron las reacciones de transfusión debidas al factor Rh, se pensó que el riesgo de las transfusiones como productoras de sensibilización debía ser poco frecuente y se atribuyó más importancia a los embarazos de un feto Rh-positivo en una madre Rh-negativa. Durante la última guerra se ha demostrado que una sola transfusión con sangre Rh-positiva a un sujeto Rh-negativo produce su sensibilización en más del 55 por 100 de los casos. DISCOMBE y HUGHES ("Brit. Med. J.", 2, 329, 1948) han estudiado los antecedentes de transfusión previa en 25 madres de niños con eritroblastosis fetal y en 200 madres no seleccionadas, y han observado un 36 por 100 de antecedentes de transfusiones previas sin determinación de factor Rh en el primer grupo y solamente un 2 por 100 de las del grupo testigo habían sido transfundidas. Los autores creen que el peligro existe no solamente en las transfusiones, sino también en la práctica de la heterohemoterapia que un tiempo tuvo tanta boga, inyectando una cierta cantidad de sangre materna o paterna a niños, en múltiples afecciones de éstos; con tal proceder puede originarse una sensibilización duradera para el antígeno Rh en niños Rh-negativos, de tal forma, que una reacción ulterior o un embarazo pueden ser causa de trastornos para el paciente o para la madre o el feto, en este último caso.

**Cloromicetina.** — La cloromicetina fué extraída por EHRLICH y colaboradores de un actinomicetina del suelo en Caracas. La sustancia ha sido purificada y aun cristalizada posteriormente, y se ha demostrado que posee actividad contra numerosos gérmenes y que es eficaz cuando se administra por la boca. La tolerancia es bastante buena: una dosis de 1 gr. diario durante once días no produce ningún trastorno. SMADEL y sus colaboradores ("Proc. Soc. Exp. Biol.", 68, 12, 1948) han tratado tres adultos con tifus exantemático mediante el nuevo antibiótico. Se empleó una dosis inicial distinta en cada caso (un gramo y medio y dos gramos); el que recibió 1,5 gr. fué tratado una hora después con una dosis igual,

y los tres recibieron a continuación 0,2 gr. cada dos a cuatro horas, durante seis o siete días. Todas las dosis se administraron por vía oral, y el efecto se manifestó en la rápida desaparición de la fiebre, persistiendo el exantema sin modificarse. Aunque no se dispone de suficiente experiencia sobre la dosificación, se sugiere que la dosis inicial debe ser de 40 mgr. por kilogramo de peso, seguida por una dosis diaria de 35 mgr. por kilogramo, en dosis fraccionadas, cada dos horas, hasta que se inicia la mejoría. Resultados igualmente buenos ha obtenido SMADEL en el tifus de garrapatas, y otros investigadores han demostrado la actividad de la cloromicetina contra otros gérmenes distintos, como el bacilo de Friedlaender, el colibacilo, los *Salmonellae* y el *Hemophilus pertussis*.

**Tratamiento con celofán de los aneurismas sifilíticos.** — Los métodos de tratamiento de los aneurismas son prácticamente ineficaces. POPPE ("Am. Heart J.", 36, 252, 1948) aplica a los aneurismas aórticos el principio de la retracción fibrosa que origina el celofán en el seno de los tejidos, principio que fué ya aplicado por PAGE en sus estudios sobre la hipertensión experimental por perinefritis, y que fué utilizado en clínica por HARRISON y CHANDY, para lograr la oclusión de dos aneurismas arteriovenosos. El celofán politeno es el que provoca mayor reacción fibrosa en los tejidos, y fué el escogido por POPPE para tratar sus seis casos. La técnica consiste en la toracotomía, disección del saco o dilatación aneurismática y colocación de una lámina de celofán, sin sobrepasar los límites del aneurisma. Los seis casos referidos se encuentran mejor (en el trabajo se hace mención de otros dos que murieron ulteriormente), siendo lo más notable la supresión de los dolores. Con el método se logran los mejores resultados en los aneurismas fusiformes de la aorta descendente. Los aneurismas arteriosclerosos son menos accesibles al proceder, a causa de su peor delimitación. Las contraindicaciones consisten en la obstrucción bronquial por compresión, la existencia de insuficiencia aórtica con descompensación y la erosión de la pared torácica anterior.

## EDITORIALES

### DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DIGESTIVO EN EL PRIMER DIA DE VIDA

El diagnóstico precoz de las malformaciones que tienen como consecuencia una oclusión del conducto digestivo es de una importancia extraordinaria. Tanto la atresia congénita de un segmento como las estenosis, oclusiones por bridas o por rotaciones defectuosas, etc., son muchas veces tributarias de un tratamiento quirúrgico, en el caso de que el diagnóstico se establezca temporalmente. En estos momentos primeros de la vida extrauterina resulta difícil y poco aconsejable la exploración mediante líquidos opacos. Por el contrario, es perfectamente utilizable para este propósito el estudio de la disposición del aire dentro del conducto gastrointestinal.

Hasta ahora se ha desconocido completamente la disposición que normalmente adoptan los gases intestinales en el recién nacido, a pesar de que DILLON demos-

tró que ya inmediatamente de nacer se encuentra una cámara gaseosa en el estómago. Ha sido mérito de WASH y MARCK el seguir la progresión de este aire a lo largo del intestino y establecer así las bases para el diagnóstico de las oclusiones intestinales en los primeros días de la vida.

A la media hora del nacimiento se observa aire solamente en el estómago, el cual tiene una forma elíptica y en su borde superior se halla un espacio intercostal por debajo del diafragma izquierdo, en tanto que el antro se encuentra inmediatamente a la derecha de los cuerpos vertebrales de la doce dorsal y primera lumbar. Sus medidas medias son de 4,5 por 2 cm., pero pueden llegar hasta 7 por 4 cm., aunque lo ordinario es que el tamaño descienda algo al final del primer día.

En la mayoría de los niños se encuentra aire en el intestino antes de una hora después del nacimiento. El aire adopta entonces una disposición discontinua, en la mitad izquierda del abdomen, en forma de manchas de