

MAGILL ha ideado un instrumental que permite hacer la intubación bajo el control de la vista, y este mismo autor y NOWORTY lo han perfeccionado utilizando un tubo endobronquial ancho, que se desliza por un tubo de broncoscopia; una vez colocado el tubo en su sitio se insufla el manguito y se retira el broncoscopio. Por esta técnica se aisla el pulmón sano, sin tubo traqueal.

El mismo MAGILL ha empleado un obturador bronquial. Consiste en una sonda fina de aspiración con un pequeño balón de goma en su extremidad distal. Mediante el broncoscopio se coloca el obturador en el bronquio origen de las secreciones y se insufla el balón, que de esta manera obtura su luz. Por este procedimiento se aísla el pulmón enfermo y el tubo traqueal comunica con el aparato de anestesia.

Por último, CRAAFORD hace un taponamiento para obstruir la luz del bronquio. A través del broncoscopio introduce una tiritina de gasa impregnada de una solución anestésica, con la que tapona el bronquio. La gasa se mantiene en su sitio por un tallo fino de acero flexible que sale a través del tubo endotraqueal y permite retirar la gasa antes de aplicar el clamp sobre el bronquio.

Con esto damos por terminada esta breve charla; no nos hemos ocupado de las técnicas anestésicas y sus indicaciones respectivas en otros sectores del organismo, como el sistema nervioso central, la cirugía de cara y cuello, la de los miembros, etc., por no alargar demasiado este trabajo. Como tampoco hemos hablado de una porción de técnicas anestésicas, que hemos silenciado deliberadamente, por tener pocas aplicaciones en la práctica, tales como la anestesia metamérica de mi infortunado compa-

ñero y amigo PAGÉS, la anestesia intraarterial de GOYANES y tantas otras. Quede esto relegado para los tratados de anestesia donde se estudian minuciosamente.

En todo lo que hemos dicho, hay ciertamente un matiz personal, que es inevitable y no lo hemos querido soslayar. Pero abrigamos la creencia de que muchos cirujanos opinan de un modo parecido al nuestro. Seguramente hemos invadido un poco el campo de la técnica que pertenece por entero al colega anestesista.

Y volvemos a decir lo que expresamos al principio: todos los anestésicos son buenos y todos son malos; ello depende de quién los maneje. MACINTOSH ha dicho, con ese fino sentido del humor que tienen los ingleses, que no tendría inconveniente en dejarse anestesiarse de apendicitis con aspirina, con la condición de que él eligiera el anestesista. Esta pequeña broma indica bien a las claras la importancia que este autor da a la labor que hay que desempeñar, antes, durante y en las primeras horas postanestésicas.

Y no hacen falta aparatos complicados y costosos; sin dederñar éstos, porque, desde luego, cuanto más bueno sea el aparato tanto mejor, basta con un aparato sencillo, provisto desde luego de los elementos necesarios. Recuerdo a este respecto la opinión de nuestro CAJAL, que no se cansaba de repetir que la mayor parte de sus descubrimientos trascendentales los hizo cuando tenía un laboratorio modestísimo y escasos medios a su disposición; pero tenía en su cabeza las ideas geniales que le llevaron a hacer tantas investigaciones de importancia en la histología del sistema nervioso.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento de las pielonefritis.— Muchos de los casos que se consideran como de enfermedad de Bright son realmente pielonefritis. No debe olvidarse que las pielonefritis son infecciones del tejido intersticial de riñón, las cuales conducen a la destrucción progresiva del parénquima. BIRCHALL y ALEXANDER ("Medicine", 29, 1, 1950) sostienen que el tratamiento antibacteriano debe ser suficientemente intenso para que la concentración sea eficaz, no en la orina, sino en el tejido intersticial del riñón. En las pielonefritis agudas o en los brotes agudos de las crónicas recomiendan la administración de sulfonamidas o sus mezclas, de tal forma, que se consiga una concentración en el plasma de 5 a 10 miligramos por 100 c. c., la cual se mantiene durante diez días; en todo este tiempo se procurará una alcalinidad de la orina. La penicilina o la estreptomicina se reservan para aquellos casos que no respondan a las sulfonamidas o en los que haya una intolerancia para las mismas. En las pielonefritis crónicas se mantiene también la alcalinidad y la concentración suficiente de sulfonamidas en la sangre, pero el tiempo de tratamiento continuado será de tres semanas. Durante una semana, simultáneamente a las sulfonamidas, se administrará penicilina, en dosis de 300.000 unidades cada ocho horas

y otros siete días se inyectará 0,5 gr. de estreptomicina cada ocho horas. La valoración del resultado se hará mediante cultivos de orina, siendo necesario que tres sean negativos, antes de dar por curado a un enfermo. Si el tratamiento es ineficaz, se debe averiguar la sensibilidad de los gérmenes causantes, a fin de emplear un antibiótico adecuado (quizá aureomicina o cloromicetina).

Fracaso del fenosulfazol en la poliomielitis.— SANDERS, SUBBAROW y ALEXANDER demostraron que con la sulfonamida denominada fenosulfazol o darvisul se impedía la infección de ratones con una raza de virus de la poliomielitis. El fenosulfazol es la N(2 tiazolil)-fenil-sulfonamida. SCHAEFFER y TOOHEY ("J. Pediat.", 35, 444, 1949) han repetido las experiencias en ratones y han tratado 68 enfermos de distintas formas clínicas de poliomielitis con darvisul. La dosis fué de 0,6 por kilogramo diaria, administrada intravenosamente los primeros días y después por vía oral. Tanto en los estudios experimentales en animales, como en la clínica, el darvisul se mostró completamente ineficaz. A similares conclusiones negativas han llegado WHELTON, CALDWELL, LEPPER, SWEET y DOWLING ("J. Pediat.", 35, 447, 1949). La dosis empleada fué de 75 mgr. por

kilogramo de peso cada seis horas, durante las veinticuatro primeras, y a continuación, por vía oral, 300 mg. por kilogramo y día; se estudiaron 32 enfermos y se observaron otros 34 como testigos. En los dos grupos fueron iguales las manifestaciones clínicas y el resultado final. La terapéutica origina pocas manifestaciones desagradables, si bien se observan más vómitos que con otras sulfonamidas.

Tratamiento del síndrome de la nefrona distal mediante repetidas exanguino-transfusiones. En el tratamiento de la uremia aguda han sido recomendados principalmente la diálisis en el riñón artificial y la irrigación peritoneal. En opinión de DAUSSET ("Arch. Int. Med.", 85, 416, 1950), estos métodos no resuelven completamente el problema y sería más aconsejable su proceder, consistente en la práctica de repetidas exanguino-transfusiones. Hay que contar siempre con que la reanudación de la secreción de orina suele tardar hasta diez o quince días, y en este tiempo hay que evitar los efectos de la intoxicación urémica; la sangría tiene en tales casos la ventaja de suprimir sustancias nocivas (como los pigmentos globinicos), que no pasan por las membranas de diálisis. En el trabajo refiere tres casos típicos: dos consecutivos a un aborto séptico y uno a intoxicación mercurial. En cada exanguino-transfusión deben ser eliminados 5 a 8 gr. de nitrógeno ureico, lo cual requiere que la sangre transfundida cada vez sea vez y media a dos veces el volumen total de sangre del enfermo. En uno de los enfermos referidos se emplearon 41 litros de sangre, repartidos en ocho transfusiones; en cada una de ellas se emplea siempre sangre mezclada de varios dadores. El autor manifiesta haber obtenido 29 curaciones en 44 casos de empleo del método.

Tratamiento de jaquecas con octin. —En todas las cefaleas acompañadas de vasodilatación (jaqueca, cefalalgia histamínica, cefalea de tensión, etc.), sería aconsejable el empleo de octin (metil-izo-octe-

nilamina), en opinión de PETERS y ZELLER ("Proc. Staff Meet.", Mayo Clinic, 24, 565, 1949). En un grupo de enfermos se empleó la droga en inyección intramuscular, administrada en cuanto comenzó la cefalea; la dosis inicial fué de 0,5 a 1 c. c. y se repitió, si no se consiguió el efecto deseado, a la media hora. De los 59 ataques tratados, se obtuvo una desaparición del dolor en 26 y una mejoría parcial en 22. Otro grupo de enfermos fué tratado por vía oral, mediante mucato de octin, administrando un comprimido de 0,13 gr. cada treinta minutos, hasta obtener la desaparición del dolor; en ningún caso fueron necesarios más de cuatro comprimidos, si bien solamente en 10 casos de 26 se logró éxito completo y en 5 un éxito parcial. No se observaron fenómenos tóxicos ni reacciones desagradables, excepto una ligera elevación de la presión arterial en seis casos. El preparado estaría indicado especialmente en las personas muy tratadas con ergotamina o en las que este preparado sea ineficaz.

Histamina intravenosa en pacientes neurológicos con espasticidad. —En diferentes afecciones, entre las que se incluyen casos de esclerosis en placas, enfermedad de P. Marie, encefalitis con hemiplejia espástica, miotonia congénita, etc. ha empleado SEREL ("Schweiz. Med. Wschr.", 79, 1247, 1949) un tratamiento con histamina intravenosa. En 500 centímetros cúbicos de solución salina se disuelve 1 mgr. de histamina, 300 mgr. de tiamina y 1 gr. de ácido ascórbico y se administran lentamente por vía venosa (en dos horas aproximadamente), cada dos o tres días, según la tolerancia del enfermo y sus variaciones de tensión arterial, pulso y respiración. Los mejores resultados se obtuvieron en las esclerosis en placas, en la que se observó con frecuencia la desaparición de los espasmos y contracciones, así como el temblor, adiadococinesia, etc. El tratamiento se halla contraindicado en las enfermedades del corazón, hígado y riñón, y sus efectos suelen manifestarse con dos o tres inyecciones, en ocasiones ya después de la primera.

EDITORIALES

ASPECTOS CLÍNICOS DEL VERTIGO

La importancia de este síntoma es grande, no sólo por su frecuencia, sino también por el hecho de que la mayoría de las veces requiere una cuidadosa historia al objeto de descubrir tras este síntoma una grave enfermedad que, diagnosticada, puede ser perfectamente curada. En 1948, en la ciudad de Boston hubo un symposium sobre este problema, cuyas conclusiones han sido resumidas recientemente por FISCHER, DENNY-BROWN y AISNER.

Tratándose como se trata de un síntoma subjetivo, en todos los casos es preciso un interrogatorio detallado para llegar a su diagnóstico. No puede considerarse que vértigo es sólo la sensación de giro que los enfermos refieren. Muchas veces el vértigo puede manifestarse como diversas sensaciones en la cabeza, de vacío o estallido, hundimiento del suelo o en forma de debilidad en las piernas, constituyendo lo que TUMARKIN ha

calificado como de "catástrofe otológica". El vértigo expresa siempre una alteración de los órganos de los sentidos que intervienen en el mantenimiento del equilibrio, como son el laberinto y sus vías, los ojos y el sistema propioceptivo. Desde un punto de vista clínico, lo más interesante es conocer si el vértigo es o no laberíntico, y en caso afirmativo, si es central o periférico. En tanto el laberíntico es un vértigo sistematizado, el resto no lo son. El vértigo laberíntico periférico se presenta en forma de ataques de breve duración que excepcionalmente puede durar varias horas. Con gran frecuencia se establece en relación con ciertos movimientos de la cabeza, al levantarse de la cama o lavarse la cara. No existe nunca en él pérdida de la conciencia, hasta el punto que su presentación indica más la existencia de un vértigo central. La existencia concomitante de signos neurológicos es también típica del vértigo de origen central.

En casos de laberinitis llega un momento en que el