

cabeza, en tanto el operador realiza las maniobras previas de aspiración y limpieza de la boca y faringe. Una vez que se ha realizado esto, con los dos tubos concéntricos (el interno, de materia plástica, para aspiración, y el externo, de caucho, que quedará momentáneamente alojado en la tráquea) se realiza la limpieza de la región supra-glótica de la laringe, y a continuación se pasan, siempre aspirando, al interior de la tráquea. Cuando se ha verificado la limpieza de la porción subglótica y la aspiración del líquido amniótico o mucosidades que hubieran podido progresar más abajo, en el árbol bronquial, en cuya maniobra de limpieza colabora la posición de Trendelenburg, se retira el tubo interior, que ha servido para aspirar, quedando el exterior "in situ". Sobre el orificio externo de éste se inserta una pieza metálica en forma de T de manera que la porción larga o rama horizontal de la T, que es la que se inserta en el tubo traqueal, sirve para dar paso al tubo de aspiración, si hay que repetir las maniobras de limpieza subglótica, y la rama corta o vertical de la T se conecta con el tubo procedente del aparato que suministra el oxígeno.

La proporción de oxígeno debe oscilar entre 800 y 1.000 c. c. por minuto, y la presión a que se suministra el gas no debe exceder de 2,5 cm. de agua. En estas condiciones, la concentración de oxígeno en el alvéolo pulmonar llega a ser de 98 por 100 cuando se ocluye el orificio que sirve para dar entrada al tubo de aspiración en la conexión metálica y de 72 por 100 cuando dicho orificio queda destapado.

Procediendo de esta manera, como no hay que hacer nada más de una intubación, y las repetidas aspiraciones, cuando haya que hacerlas, se practican a través del tubo ya colocado en la tráquea, las posibilidades de traumatizar la faringe o laringe disminuyen considerablemente.

Se cuida de aplicar constantemente envolturas calientes, y cuando comienza a hacer movimientos respiratorios espontáneamente, durante la inspiración se quita el dedo que tapa el orificio de la conexión metálica.

Cuando los movimientos respiratorios se hacen más vigorosos y mejora el calor de la piel y mucosas se retira el tubo de la tráquea y se atiende a los cuidados de rutina en todo recién nacido. No obstante su recuperación, a todos estos fetos conviene vigilarlos estrechamente durante las primeras veinticuatro horas y atender a su provisión de oxígeno permanentemente, ya en una incubadora apropiada o simplemente mediante mascarilla o sonda nasal. No se les debe dar absolutamente nada por vía bucal en esas primeras veinticuatro horas, y debe evitarse moverlos innecesaria o violentamente por el peligro de shock y hemorragia cerebral.

Russ y STRONG insisten en "que los cuidados inmediatos a un recién nacido "resucitado" son tan importantes como las propias medidas de resuscitación en sí".

Simultáneamente con estas medidas de resuscitación se inyecta algún estimulante respiratorio (lobelina, coramina, etc.) como mero coadyuvante.

ACCIDENTES ASFÍCTICOS FUERA DE LAS SALAS DE OPERACIONES Y PARTOS.

Un gran número de circunstancias muy variadas pueden conducir a accidentes asfícticos fuera de la sala de operaciones o la sala de partos. Entre ellas las más importantes son la inhalación de gases tóxicos CO (gas del alumbrado y gas de la combustión de motores), gases industriales (químicos, mineros, etc.), inmersión, electrocución, intoxicación con drogas (hipnóticos, narcóticos, etc., etc.), obstrucción mecánica para la respiración por estrangulación, compresión del tórax, aspiración de cuerpos extraños e infecciones de las vías respiratorias, tumores o reacciones alérgicas.

En estas condiciones se interrumpe la oxigenación de los tejidos, bien porque la ventilación pulmonar no sea eficiente, como sucede en la intoxicación por hipnóticos u otras drogas, en la electrocución con parálisis del centro respiratorio, en la inmersión y en la obstrucción mecánica de las vías respiratorias.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Daraprim en el paludismo.—Al cúmulo de los nuevos medicamentos antipalúdicos, viene a sumarse ahora el daraprim o B. W. 50-63 (2:4-diamino-5-clorofenil-6-etilpirimidina). FALCÓ y cols. vieron que es sesenta veces más activo que el proguanil contra el Pl. gallinarum en pollos y doscientas veces más activo contra el Pl. berghei en ratones. GOODWIN (Br. Med. J., 1, 732, 1952) refiere su experiencia de tomar 50 mg. de daraprim, dos veces en semana y luego 5 mg. diarios, durante más de un año, viviendo en zona endémica; se consiguió así una supresión completa de paludismo sin ningún síntoma des-

agradable. McGREGOR y SMITH (Br. Med. J., 1, 730, 1952) refieren los resultados del tratamiento con la citada droga en 29 casos de infección por P. falciparum y en tres infectados por P. Malariae. Se administró una sola dosis de 0,25 a 0,5 mg. por kilo de peso. La sangre quedó libre de parásitos en sesenta y dos horas en todos los casos de infección por P. malariae y en todos, excepto dos, de los infectados por P. falciparum. Esto se refiere a los esquistosomiasis, en tanto que sobre los trofozoitos la actividad es menos constante. El daraprim se tolera en general perfectamente y sólo pocos enfermos

presentan vómitos por su ingestión. Tiene además la ventaja de ser insípido, por lo que es de utilidad en el tratamiento de niños.

Antibióticos e inmunodesensibilización en las brucelosis.—Los nuevos antibióticos poseen gran actividad "in vitro" contra el Brucella y sus efectos en la clínica suelen ser brillantes, si bien poco duraderos. LEON, CANO y VERGARA (*Science*, 115, 576, 1952), sostienen que se debe conseguir una buena respuesta inmunitaria para el momento en que se suspendan los antibióticos. Como en las brucelosis existe un alto grado de alergia, la inmunización debe realizarse, para evitar reacciones violentas, con dosis pequeñas y de absorción lenta, del antígeno específico. Se consigue de esta forma, simultáneamente, la inmunización y la desensibilización del enfermo, como se comprueba por el aumento del título de aglutininas y del índice opsonocitofágico, al mismo tiempo que decrece la intensidad de la respuesta cutánea al antígeno brucelar (todo ello, en comparación con enfermos no tratados). En un grupo de 79 casos, tratados con cloromicetina y la inmunodesensibilización, la frecuencia de recidivas en 11,4 meses fué de 6,3 por 100, en tanto que con el tratamiento exclusivamente de antibióticos los resultados obtenidos por diversos autores ofrecen del 12 al 66 por 100 de recidivas en períodos de tres meses.

Utilidad de la cortisona en el síndrome de Waterhouse-Friderichsen.—La mortalidad de la sepsis meningocócica que cursa con el cuadro del síndrome de Waterhouse-Friderichsen es aún muy elevada, a pesar del empleo de quimioterapia intensa. De los 200 casos comunicados hasta 1946, solamente 20 habían sobrevivido. La mayor parte de los enfermos mueren antes de que los quimioterápicos tengan tiempo de actuar. La adición a la quimioterapia de extractos suprarrenales o Doca no ha mejorado las perspectivas. NELSON y GOLDSTEIN (*J. Am. Med. Ass.*, 146, 1.193, 1951) han observado buenos efectos de la administración de cortisona en estos casos, y BREEN, EDMOND y WELLEY (*Lancet*, 1, 1.140, 1952) confirman estos resultados en dos casos. Se trataba de dos niños de treinta y de diez meses de edad, respectivamente, en los que se instituyó un tratamiento con sulfadiazina y sulfamezatina, al mismo tiempo que se inyectaba cortisona en dosis de 25 mg. cada seis horas. La mejoría de los dos niños fué inmediata, a pesar de que uno de ellos estaba prácticamente moribundo en el momento de iniciar la terapéutica y falleció cinco días después por una hemorragia cerebral; el otro niño curó sin secuelas.

Peligros de las nuevas sustancias hipotensivas.—Todo descenso brusco de la tensión arterial tiene el riesgo de inducir una isquemia en territorios defectuosamente irrigados. La introducción en

terapéutica del hexametonium y de la apresolina (hidracino-ftalazina), drogas potentes en este sentido, debe hacer extremar las precauciones. GRIMSON, ORGAIN, ROWE y SIEBER (*J. Am. Med. Ass.*, 149, 215, 1952) han estudiado los riesgos que lleva anejo el tratamiento con dichas sustancias. Especialmente debe vigilarse la existencia de edema papilar y encefalopatía (peligro de detención respiratoria por anoxia central), de alteraciones electrocardiográficas e historia de estenocardia (riesgo de producción de infarto de miocardio), de insuficiencia renal (posibilidad de desencadenar la uremia), etcétera. Se comenzará el tratamiento con dosis muy pequeñas, y extremando la vigilancia, en los casos de hemiplejia o que presenten parestesias unilaterales. Toleran mal la medicación, y deben utilizarse dosis menores en su tratamiento, los pacientes previamente simpatectomizados. También es preciso tener cuidado con otras medidas terapéuticas coadyuvantes. La restricción de sal, durante el tratamiento con hexametonium, ha originado síndromes de deplección salina. La administración simultánea de barbitúricos y apresolina potencia su efecto hipnótico. En cuanto a la asociación terapéutica de hexametonium y apresolina, posee demasiados riesgos para que sea emprendida, si no es en condiciones experimentales de internamiento, en que puedan ser tratados eficazmente los accidentes que puedan surgir.

Eficacia del tratamiento con hierro intravenoso.—La utilidad del tratamiento con preparados de hierro por vía intravenosa ha sido muy discutida y se han exagerado sus acciones tóxicas. ISAACS (*The Practit.*, 169, 67, 1952) cree que son tributarios de tal terapéutica aquellos enfermos en los que sea segura la naturaleza ferropénica del trastorno y en los que la anemia esté originando trastornos serios del estado general que sea urgente reparar. Ha empleado un preparado que contiene en 5 c. c. 100 mg. de hierro elemento y se calcula que cada ampolla produce un 3 por 100 de aumento en la hemoglobina. Para calcular la cantidad de ampollas que se requieren en un caso dado, se restará de 100 el porcentaje de hemoglobina del enfermo y el resultado se dividirá por tres. La pauta de tratamiento es: 50 mg. el primer día, 100 mg. el tercer día, 200 mg. el día quinto y luego 200 mg. dos veces en semana. Las respuestas terapéuticas son excelentes, pero son muy frecuentes las reacciones, aunque rara vez obliguen a suspender la medicación. En casi todos los enfermos aparece una sensación de dolor en la espalda a los cinco minutos de la inyección. De 11 enfermos tratados por el autor, cuatro tuvieron reacciones generales, consistentes en sensación de debilidad, sofocos o desmayo; seis, presentaron trastornos intestinales (diarrea, estreñimiento, espasmos, etc.) y en cuatro enfermos se produjo una trombosis de las venas en las que se practicaban las inyecciones.