

Nuestras inquietudes eran comentadas irónicamente por los médicos internos y otros compañeros que nos hacían el honor de asistir a nuestra visita. El espectáculo que ofrecía la sala de operaciones resultaba paradójico: de una parte el operador y el ayudante disponiendo todo lo necesario para la traqueotomía y terminando su *toilette*; de otra el niño sentado en la mesa de operaciones presentaba un aspecto completamente normal, contestaba con el mejor humor a los mimos de que era objeto. Todo dispuesto, se procede a la desintubación por el procedimiento digital. Inmediatamente la escena cambia por completo: el niño se incorpora con la faz angustiada haciendo esfuerzos inauditos para respirar que resultaban completamente inútiles, como lo demostraban el tiraje y el cambio rapidísimo de color, a los pocos instantes se deja caer anonadado y parece que va a sucumbir a la asfixia. Se procede a la traqueotomía con la mayor rapidez posible, temerosos de no llegar a tiempo a pesar de tenerlo todo dispuesto previamente. Abierta la tráquea y colocada la cánula se restablece de nuevo la respiración y tenemos la suerte de asistir al consolador espectáculo de la vuelta a la vida de nuestro enfermo. Los días siguientes transcurrieron felizmente y después de una serie de tentativas pudimos prescindir de la cánula, quedando el niño completamente curado.

Tanto nosotros como los compañeros que asistían, convenimos en que habíamos pasado uno de los momentos más emocionantes de nuestra práctica médica, ya que pocas veces, por no decir nunca, se había desarrollado ante nuestra vista un cuadro tan agudo que debía acabar fatalmente con la vida del enfermito a no ser por la prontitud de la asistencia.

Un caso idéntico aconteció también en la Maternidad anteriormente al que acabamos de referir. Estaba una niña de unos 6 años afecta de laringitis infección banal que en un momento dado presentó síntomas de asfixia que se combatieron con la intubación. Estuvo bien mientras llevó el tubo pero al practicarse la desintubación presentó el cuadro dramático que ocurrió a nuestro enfermo y a pesar de encontrarse en un centro hospitalario con personal idóneo y las vitrinas del instrumental muy cerca, la enfermita sucumbió rápidamente y con el mismo cuadro con que comenzó el nuestro.

Recordamos, también, que durante la primavera del año 1918, siendo entonces médico interno, asistimos en la Casa de Maternidad a una epidemia de sarampión muy maligna en la que frecuentaban las complicaciones graves principalmente respiratorias. Ocurrieron dos casos de crup sarampionoso: uno tratado por la traqueotomía, que sucumbió a consecuencia de la bronconeumonía que ya padecía antes de la intervención; el otro se intubó, pero tuvo que sufrir una reintubación inmediata a la extracción del tubo por presentar un síndrome estenósico y después de la reintubación no hubo más remedio que traqueotomizar al enfermito, siendo finalmente perdido por la marcha invasora de la bronconeumonía que se le había esbozado antes de presentarse el crup sarampionoso.

No es nuestro intento generalizar nuestras observaciones, no queremos decir que siempre que se practique la intubación en casos de laringitis estenosantes no diftéricas deba ocurrir semejante hecatombe, porque entonces todo el mundo estaría de acuerdo y se hubiera proscrito la intubación en estos casos, pero sí creemos oportuno publicar estos ejemplos desgraciados para que nuestros colegas reflexionen sobre la enorme responsabilidad del práctico en casos semejantes.

Los accidentes de la intubación en las laringitis no

diftéricas pueden ser unas veces trágicos como prueban nuestros dos primeros casos. Pero sin llegar a tal grado pueden presentarse otras contingencias, tales como la necesidad de proceder a nuevas reintubaciones o la formación de úlceras en la laringe que dan lugar a procesos cicatriciales ulteriores que hacen de la intubación una operación peligrosísima en esta clase de laringitis.

¿Cómo explicarnos la patogenia de estos accidentes? Nos parece tarea extraordinariamente fácil: basta recordar las condiciones analíticas y funcionales de la región y la etiología de la enfermedad. Se trata de un proceso inflamatorio con sus atributos consiguientes de tumor, dolor, calor y rubor que recae en un órgano—laringe—donde hay un tejido conjuntivo extraordinariamente laxo y muy rico en vasos linfáticos y sanguíneos. El tubo se abre paso rechazando y comprimiendo tejidos infiltrados, produciendo una isquemia mecánica. Nada tiene, pues, de extrañar que al practicar la desintubación se produzca un edema *ex vacuo* fulminante que juntamente con el espasmo produzcan la obliteración súbita del orificio glótico. La misma patogenia puede aplicarse a los casos graves.

Resumiendo nuestro criterio formularemos las siguientes conclusiones:

- 1.^a En la infancia las laringitis inflamatorias, cualquiera que sea su etiología, pueden originar en un momento dado un síndrome asfíctico;
- 2.^a El tratamiento de elección será siempre la traqueotomía, y
- 3.^a Si por circunstancias especiales ante el síndrome asfíctico no disponemos de otro recurso sinó la intubación, recordaremos los peligros que acarrea la extracción del tubo y lo dispondremos todo para practicar la traqueotomía inmediata si las circunstancias lo requieren.

LA NEUROVACUNA Y LA VACUNACIÓN JENNERIANA

por el doctor

PEDRO GONZÁLEZ

Director del Laboratorio Municipal, de Barcelona

La preparación de la vacuna antivariólica elaborada en los laboratorios y en particular en los Laboratorios Municipales lleva consigo una serie de trabajos continuos para entretener y sostener la virulencia del ultravirus y una serie de precauciones para defenderla contra las agresiones que la sitian durante su desarrollo en la ternera. En todos los laboratorios del mundo preocupa la conservación de la virulencia de la linfa de ternera y que esta virulencia se conserve después del período llamado de depuración para que con ella disminuyan los gérmenes saprofiticos que ella lleva consigo a pesar de todas las precauciones tomadas. Muchas veces, no obstante teniendo los cuidados posibles, bien la virulencia desaparece, bien la atenuación posterior es rápida e imposibilita por lo tanto la utilización a distancia del Laboratorio productor, sobre todo en los países cálidos y en las épocas del verano.

Se han corregido estos inconvenientes mejorando en lo posible las condiciones higiénicas de los establos y demás accesorias necesarias y en las vacunas elaboradas en instalaciones en donde estas condiciones se han llevado hasta un grado máximo, han visto disminuir la flora saprofítica de un modo notable.

Pasando el virus antivariólico por la piel del burro y del conejo y, sobretodo, cultivándolo en el testículo de este último animal (método de NOGUCHI) la virulencia se conserva de un modo más conveniente y seguro.

Todas estas dificultades e inconvenientes que presenta la vacuna jenneriana nos ha inducido a estudiar en la práctica la neurovacuna descubierta por LEVADITI y NICOLAU.

El virus vacunificante en este caso se obtiene del cerebro de animales inoculados por trepanación. Su pureza se comprueba bacteriológicamente por siembras aerobias y anaerobias.

Casi la totalidad de los conejos mueren cinco días después de la incubación y la vacuna que se obtiene de la trituración del cerebro y su mezcla con glicerina, puede utilizarse inmediatamente después de obtenida por no ser necesario en este caso un período previo de depuración.

El virus neurovaccinal empleado por nosotros nos ha sido cedido galantemente por el Dr. GALLARDO, que también lo ha empleado y cuyos resultados han sido publicados en los Archivos del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

La muestra remitida por el Dr. GALLARDO ha sido conservada en el Laboratorio Municipal de Barcelona por pasos cerebrales cada quince días. Actualmente estamos ya en el 150 paso de la serie. Gracias a las precauciones tomadas, no se ha tenido que interrumpir la serie.

La vacuna elaborada ha sido repartida a los dispensarios municipales.

El número total de vacunaciones pasa de 12.000.

El tanto por 100 de inoculaciones positivas es el siguiente:

Dispensarios	}	Sta. Madrona.	84'2
		S. Gervasio... ..	86'1
		Sans	73'0
		Barceloneta... ..	83'7
		Sepúlveda	94'2
		Laboratorio Municipal	90'1

Durante el mes de Mayo del corriente año, hemos examinado comparativamente las vacunaciones efectuadas, por una parte con la neurovacuna, y por otra con la vacuna de ternera entretenida con pasos intratesticulares.

Los resultados obtenidos se expresan en el siguiente cuadro:

		<i>Neurovacuna</i>			
		Inoculaciones positivas	Inoculaciones negativas	Resultados positivos por 100	
Dispensarios	}	Barceloneta... ..	213	34	86
		Hostafranchs			
		Sta. Madrona			
		S. Martín			

Vacuna de ternera

Dispensarios	}	Casas consistoriales ...	149	34	
		Universidad..			
		Gracia... ..			
		S. Gervasio... ..			
Dispensarios	}	Tau'at... ..	168	8	88
		S. Andrés			
		Horta			
		Casa Antúñez			
		Sarriá... ..			

Estos resultados demuestran que un mismo lote de vacuna puede dar resultados mejores en unos dispensarios que en otros y esto puede ser debido ya a la técnica de la vacunación o bien a una variación en la conservación de la misma vacuna.

No se notan diferencias notables entre los resultados globales obtenidos con las vacunaciones practicadas con neurovacuna y las practicadas con vacuna normal de ternera.

Con las diluciones cerebrales utilizadas (1 : 5 y 1 : 10) hemos obtenido pústulas de aspecto normal; algunas veces, pocas, aparecen alrededor de la pústula principal pequeñas pústulas secundarias muy pequeñas. Raramente aparece en el centro de la pústula una costra negruzca de aspecto necrótico. La cicatriz normal, así como la evolución de la pústula. No se han notado complicaciones locales ni generales.

Existe sin embargo una diferencia entre la evolución de la pústula de la neurovacuna y la pústula de la vacuna de ternera: esta diferencia consiste en un retardo en la aparición de la primera con respecto a la segunda. Este retraso puede ser de 2, 5 y algunas veces hasta 7 días.

En algunos niños vacunados simultáneamente, en un brazo con neurovacuna y en el otro con vacuna de ternera, hemos comprobado que bajo la influencia de la vacunación más precoz provocada por la última, la pústula de la neurovacuna no aparece.

La neurovacuna ha conservado íntegramente sus propiedades desde el 78 paso hasta el 120. Actualmente el virus parece más frágil en el sentido que, conservado fuera del organismo, pierde más rápidamente su virulencia para el hombre. Una neurovacuna que no es virulenta para la especie humana, puede aun matar el conejo en el mismo período de cinco días en que lo hace el virus de serie.

Actualmente estudiamos la obtención de la neurovacuna en polvo utilizando la acetona como deshidratante, el éter para desalojar la acetona y el vacío para la eliminación rápida de esta última sustancia. Verificadas todas estas operaciones de un modo rápido se obtiene un polvo que se ha mostrado activo después de varios días de preparado.

Como final debemos decir que auguramos a la neurovacuna un porvenir brillante por su fácil preparación y por lo económico de su instalación. Falta aun estudiar las condiciones de preparación para que dé el máximo de rendimiento.