

## CONTRIBUCIONES:

Sr. PRESIDENTE.— Tiene la palabra el Dr. Julio C. Barani.

### LA TRAQUEOTOMIA COMO MEDIO PARA REALIZAR FRECUENTES ASPIRACIONES TRAQUEO-BRONQUIALES

Dr. Julio C. Barani.

En varios procesos hemos practicado traqueotomías con el fin primordial de mantener libres de secreciones las vías aéreas.

1º) **Traqueotomía en la Poliomiélitis Bulbar.**— En una Reunión de Mesa Redonda de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (23-IV-1953) sobre Poliomiélitis, nos ocupamos del capítulo de la **Traqueotomía en la poliomiélitis bulbar** (Archivos de Pediatría del Uruguay, Año XXIV, N° 9, X 1953; 614-615) haciendo una revisión histórica desde que Wilson en 1931, recomendó la traqueotomía y citó algunos casos hasta Galloway en 1943 (Trachetomy in Bulbar Poliomiélitis, J.A.M.A., 123; 1943) que publicó 3 casos de traqueotomía con una muerte y más tarde la estadística de Priest, Boiest y Goltz (ann. of ot! Rhin. y Laryn, 36, 1947, 250-263) de la epidemia de Indianópolis del año 1946, donde trataron 1330 casos de Poliomiélitis, de los cuales 400 fueron catalogados como casos de formas bulbares; se le hizo traquetomía a 75 con el siguiente resultado: 29 salvados y 46 muertos; de los 29 salvados, los autores consideran que se salvaron por la traqueotomía 17; probablemente salvados por la traqueotomía 2 y a 10 se les hizo traqueotomía profiláctica.

Más tarde Davison (1943) presentó 15 casos salvados y en 1949 Galloway publicó otros 15 casos salvados sin ninguna muerte.

La importancia de la traqueotomía en la poliomiélitis bulbar es tan grande que lleva a Galloway ("Bulbar Poliomiélitis a respiratory problem. The hayugoscope, 1951; 61, 548-564) a decir: **"nuestra mayor experiencia en pcliemielitis bulbar ha confirmado nuestra convicción de que la obstrucción por secreciones, la anoxia y la acumulación de anhídrido carbónico son más importantes en esta enfermedad que la acción directa del virus sobre los centros vitales, y pensamos más frecuentemente que**

nunca, que el tratamiento apropiado, basado en esas ideas, puede evitar muchas muertes en esta enfermedad”.

Antes de referirme a las indicaciones de la traqueotomía en la poliomielitis bulbar, mencionaré los síntomas de la anoxia, refiriéndome no solamente a la falta de oxígeno sino también al exceso de anhídrido carbónico. Galloway (The Danger of unrecognized anoxia in laryngology, Ann. of Otol. Rhin. and Laryn., 1946; 55, 508-518) dice: “en la anoxia los síntomas mentales son precoces; son semejantes al alcoholismo agudo, pero lo más común es la depresión, la confusión, desorientación, irracionalidad, irresponsabilidad, letargia y finalmente el coma; la disnea es generalmente un síntoma precoz pero puede no ser reconocida en un enfermo exhausto y la cianosis un signo tardío”.

¿Cuáles son las indicaciones de traqueotomía en las poliomielitis bulbar?

1º— Anoxia progresiva con secreciones en las vías aéreas; coma u otros signos de anoxia sin mejoría rápida.

2º— Espasmo o parálisis bilateral de la laringe.

3º— Progreso rápido de síntomas bulbares.

4º— Si el enfermo está en el respirador: secreciones en las vías aéreas o marcada inquietud o estupor.

5º— Asistentes no entrenados o equipo inadecuado o pobre cooperación con enfermos sobre los que se tienen dudas sobre el estado de las vías aéreas (falta de seguridad de que las vías aéreas estén libres de secreciones).

Por nuestra parte pensamos que la traqueotomía debe ser hecha en condiciones especiales: previamente aspirar las secreciones faríngeas, hacer laringoscopia directa y aspiración de secreciones laringeas; luego introducir el broncoscopio, aspirar las secreciones tráqueobronquiales e inhalar oxígeno; asegurada de esta manera una correcta respiración, sin sacar el enfermo del respirador, hacer una traqueotomía.

Y por último la opinión de Priest, Boiest, Goltz, Younger y Koller (The present status of tracheotomy in Bulbar Poliomyelitis, Ann. of Otol, Rhin. and Laryn, 1951, 60: 468-484) luego de examinar 26 trabajos sobre este tema, escritos desde 1946: “la traqueotomía tiene un limitado pero importante sitio en el tratamiento de la poliomielitis bulbar y para el enfermo que la necesita puede ser su salvación.

2) **Traqueotomía en el tétanos.**— En los Anales de Oto-Rino-Laringología del Uruguay (Tomo XXIII, parte I, año 1953, 30-32) nos ocupamos de este tema y decíamos:

Herzon, Kilian y Pearlman (Tracheotomy in Tetanus, A.M.A. Arch. of Otolaryngology, August 1951, Vol. 54, Nº 2, pág. 143-156) dicen que las recientes estadísticas muestran que la mortalidad en el tétano varía entre el 35 % al 64 % y, que según los estudios realizados por Firor, Lamont y Shumaker ("Studies on the cause of Death in Tetanus", Ann. Surg. III: 246-274, febr. 1940), **la falla respiratoria es el factor principal de mortalidad y que a esa descompensación respiratoria puede contribuir el uso de depresores del sistema nervioso central.**

Estos autores presentan 6 casos: el primer caso muere y la autopsia muestra una atelectasia masiva de ambos pulmones y secreciones mucopurulentas en el árbol traqueo-bronquial. Y dicen: "**Nosotros creemos que este paciente tuvo lesiones irreversibles en el sistema respiratorio debido a que se demoro en hacer la traqueotomía**"; el segundo caso, al comenzar los espasmos generalizados, la disnea aumentó y la laringe, traquea y bronquio se llenaron de secreciones; se hizo drenaje postural y aspiración nasal y faríngea que no dio resultado y la traqueotomía fué hecha 20 horas después del comienzo de los espasmos generalizados. Este enfermo curó: **el tercer enfermo, niño de 6 años**, junto a los espasmos generalizados hace detenciones respiratorias con cianosis, espasmos laringeos con estridor; se le hace traqueotomía. Curó y fué dado de alta a los 94 días de su ingreso; **al cuarto caso se le hizo traqueotomía a las 20 horas después de la aparición de los espasmos generalizados.** Curó; en **el quinto enfermo se hizo traqueotomía debido a la persistente cianosis y acumulación de secreciones en las vías aéreas.** Curó, y **el sexto caso, debido a la cianosis, trismus con lesiones de la lengua y espasmos generalizados, se le hace traqueotomía.** Curó.

A todos estos enfermos se le aspiró a través del orificio de la traqueotomía con una sonda y, algunos de ellos, a través del broncoscopio.

Herzon, Killian y Pearlman hacen además una reseña histórica de este tema, desde Thomas Curling (Treatise on Tetanus, Philadelphia, Haqwell, Barrington y Haswell 1837) que sugirió el empleo de la traqueotomía en el tétanos, Humphry (Cases of Traquetotomy in laringitis for Foreign Body and in Tetanus, London M. A. J. 4: 158-160, 1856), Bustillo (Tétanos, espasmos de la glotis, curación, caso clínico, Rev. Med. Quir. Oriente, 4: 233-238, Dic. 1943), Harris, Mac Dermott y Montreuil (The Treatment of tetanus, Pediatrics 2: 175-185, Aug. 1943), Turney y Galloway (Tetanus

trated as a Respiratory Problem. Arch. Surg. 58: 478-483. April 1949), Creech, Woodhall y Ochsner (The necessity for Tracheotomy in the Treatment of tetanus to Prevent lethal Respiratory complication. Surg. 27: 62-73. Jan 1950), y por último Tucker y Lasater (The Treatment of Tetanus. Journal Lancet 70: 107-110. March 1950), presentan casos tétanos a quienes hicieron traqueotomía.

Por último, consideran Herzon, Killian y Pearlman, indicaciones para la traqueotomía las **disfunciones neuromusculares y las obstrucciones mecánicas, es decir, prolongado espasmo de los músculos de la respiración, ausencia del reflejo tusígeno, falta del reflejo de deglución, obstrucción laríngea, secreciones en las vías aéreas, traumatismo de la lengua y coma, y agregan, en el tétano la traqueotomía debe ser hecha antes que se produzca una descompensación respiratoria irreversible.**

Nuestro enfermito\* es un niño de 12 años, bronquítico crónico, asmático, que a los 20 días de lastimarse con una espina de pescado comienza con tétanos. A los siete días de comenzar el tétanos tiene espasmos generalizados, espasmos de la glotis y secreciones en las vías aéreas. En esas condiciones nos consultan e indicamos y hacemos una traqueotomía. Luego de la traqueotomía se continúa con el tratamiento correspondiente, así como aspiraciones a través del orificio de la traqueotomía con una sonda de Nélaton y en varias oportunidades, con el broncoscopio hacemos aspiraciones en los bronquios principales y lobarres. Como el enfermito deglutía bien, no tenía espasmos y ya se incorporaba en la cama, le sacamos la cánula a los doce días de la traqueotomía.

Siguió aparentemente bien, impresionaba a veces como si tuviera secreciones en las vías aéreas, pero luego las tosía. A los seis días de sacada la cánula el niño hizo un colapso, entró en cianosis bruscamente y afortunadamente fué atendido de urgencia por un colega (Dr. Juan C. Munyo, hijo), que abrió la herida de la traqueotomía saliendo abundantes secreciones y salvando la vida del niño. Al otro día, el niño respiraba bien, le hice una broncoaspiración y una radiografía que mostró la opacidad de lóbulo inferior derecho. Aspiramos frecuentemente con la sonda de Nélaton, así como hicimos broncoaspiraciones y cuatro días después los pulmones estaban claros. La cánula fué sacada de nuevo recién 15 días después. Su enfermedad duró 39 días. Alta, curado.

Este caso, al mismo tiempo que muestra la importancia de la traqueotomía, nos enseña **que la decanulación debe hacerse tar-**

\* Presentado en el Ateneo de Pediatría con los Dres. Frau, Riera y Amarante de Bellagamba. (11-IV-1953).

**díamente;** para decanular el enfermo debe movilizar normalmente los músculos de la respiración, levantarse de la cama, caminar, toser y sacar fácilmente las secreciones, es decir, estar curado; de esta manera, se evitará que se repita lo que nos ocurrió con nuestro enfermito.

En nuestro caso la situación se agravaba considerando que este niño era un bronquítico crónico, asmático, **posiblemente sobredado**, y que el uso de antiespasmódicos para tratar su asma, que le resecan las secreciones, unido a la rigidez del tórax y la sobredadación, facilitaron la obstrucción bronquial.

Hay dos opiniones sobre el momento en que debe hacerse a un tetánico la traqueotomía. La mayoría de los autores la hacen cuando aparecen una o varias de las indicaciones que enumeramos anteriormente: el Dr. Alfredo Celis Pérez de Valencia, Venueuela (Traqueotomía en tétanos. Boletín del Serv. de O. R. L. del Hosp. Central de Valencia, Venezuela, Vol. 2, N° 2, Agosto 1952, págs. 42-44), hace traqueotomía preventiva a todo tetánico. A favor de la posición del Dr. Celis Pérez estarían los casos de tétano que mueren por espasmo de la glotis; una traqueotomía preventiva lo evitaría.

En nuestro país, este caso que presentamos, es el primer enfermo de tétanos a quien se le hace traqueotomía para evitar complicaciones de las vías aéreas. Si haremos en el futuro traqueotomía preventiva o cuando aparezcan las indicaciones, será un problema a estudiar, pero deseamos decir que **un tetánico no debe morir por complicaciones de las vías aéreas; una traqueotomía preventiva o hecha en el momento de aparecer su indicación, las evitaría.**

3) **Enfermedad de Oppenheinn.**—Hemos tenido oportunidad de hacer una traqueotomía en una enfermedad de Oppenheinn ((Archivos de Pediatría del Uruguay, año XXII, XII, 1952; 853-854); como es conocido aunque en esta enfermedad no hay verdadera disfagia algunas veces se nota gran dificultad en el mecanismo protector de la laringe; las secreciones se acumulan en la faringe y en las vías aéreas.

En nuestro caso, se trataba de una niña de 2 años que en el curso de una infección de las vías aéreas superiores, comenzó a retener secreciones bronquiales presentando cianosis y tirajes. Le practicamos una broncoaspiración, con el broncoscopio para recién nacidos de Holinger, mejorando al principio, pero volviendo

luego a retener secreciones en las vías aéreas. Al día siguiente la niña estaba peor, con más cianosis y tirajes y gran retención de secreciones; nueva broncoscopia con aspiración de secreciones con mejoría inmediata transitoria. Se imponía una repetida aspiración tráqueobronquial y le hicimos para ello una traqueotomía, realizando con una sonda de Nélaton frecuentes aspiraciones. Este tratamiento se prolongó durante varios días y al mes la niña estaba muy bien; se le sacó la cánula. Un año más tarde hizo un episodio agudo de vías respiratorias pero sin retener secreciones.

**Considerando que las complicaciones pulmonares son causa frecuente de muerte en estos enfermos y que siendo en algunos casos la enfermedad de Openheinn regresiva, vale la pena tratarlos adecuadamente cuando se complican con retención de secreciones de las vías aéreas.**

**4) Traqueotomía en los comas por hemorragia cerebral.—** En el Congreso Argentino de Broncoesofagología (Buenos Aires, Noviembre 17-19 1953) nos ocupamos de este tema a propósito de 3 traqueotomías hechas a enfermos en coma por hemorragia cerebral.

Los comas por hemorragia cerebral muy frecuentes, y es bien sabido, que además del problema que crea la hemorragia cerebral, es absolutamente necesario impedir las complicaciones respiratorias ocasionadas por aspiración de alimentos u obstrucción por secreciones. Resumiendo, diremos que el tratamiento para conservar libres las vías aéreas de un enfermo en coma por hemorragia cerebral comprende: a) sonda nasal para alimentarlo; b) sonda nasal que llega hasta la faringe para aspirar las secreciones faringeadas; c) traqueotomía y aspiración repetida con sonda de Nélaton para sacar secreciones bronquiales; d) carpa de oxígeno.

Este tratamiento sistemático a todo coma por hemorragia cerebral permitirá evolucionar a estos enfermos, en la inmensa mayoría de los casos, sin complicaciones pulmonares.

**5) Traqueotomía en los comas barbitúricos y en el Botulismo.—** Por los mismos motivos que en los comas por hemorragia cerebral se indica la traqueotomía en los comas barbitúricos y en el botulismo, haciendo también el mismo tratamiento sistemático para conservar libre las vías aéreas: sonda para alimenta-

los, sonda para aspirar secreciones faringeads, traqueotomía y carpa de oxígeno.

6) **Traqueotomía en traumatizados y operados.** — Con el mismo título hemos presentado un trabajo a la Sociedad de Cirugía. Tienen indicación de traqueotomía los enfermos con heridas penetrantes de tráquea por el peligro de los enfisemas, especialmente mediastinales, o la inundación de las vías aéreas con sangre; por los mismos motivos que dimos al ocuparnos de los comas por hemorragia cerebral tienen indicación de traqueotomía los enfermos en estado de coma debido a traumatismos (de cráneo, etc.); las grandes heridas contusas de cuello y de cabeza que puedan crear dificultades para mantener libre las vías aéreas; operados de neumectomía, lobectomía o del corazón, que se tienen secreciones bronquiales y no mejoran con las aspiraciones broncoscópicas; traumatismos de tórax, especialmente con fracturas de esternon, que impiden la correcta movilización torácica y facilitan el estancamiento de secreciones de las vías aéreas, etc.

Por el orificio de la traqueotomía se deben hacer repetidas aspiraciones para mantener libres de secreciones las vías aéreas.

**La indicación de traqueotomía en estos enfermos debe ser hecha precczmente y no esperar que estén moribundos.**

---

#### DISCUSION:

Sr. COORDINADOR. — Se va a iniciar la discusión. — Tiene la palabra el Dr. Pietra.

Dr. PIETRA.— Quiero felicitar sinceramente al estimado colega y amigo Dr. Munyo por el espléndido trabajo que nos ha brindado, que se ha caracterizado, a la vez que por lo ordenado, por lo documentado del trabajo, lleno de detalles y de conceptos que serán de gran utilidad y de gran aplicación para todos nosotros no sólo los especialistas sino médicos generales y cirujanos tanto de aquí como del Interior, que lamentamos que no havan venido en mayor número. Como va a ser publicado, tenemos la seguridad que este aporte del Dr. Munyo va a ser de gran utilidad cuando sea leído por los colegas.

En cuanto al trabajo en si, deseo pedir una aclaración al Dr. Munyo cuando habló con tanta detención de la técnica. Es que, una vez ter

minada la traqueotomía, si muchas veces pone una mecha en la extremidad inferior de la herida.

Personalmente siempre tengo temor a la mecha colocada en la herida de la traqueotomía, por el peligro del enfisema. Recuerdo un caso en que esta grave complicación se produjo.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Ormaechea.

Dr. ORMAECHEA.—Comienzo también por suscribirme a la opinión manifestada por el Dr. Pietra, en cuanto a presentar mis congratulaciones por la brillante exposición que acabamos de oír. No me extraña y lo felicito doblemente al colega no sólo por la bibliografía y la erudición del trabajo sino por la experiencia personal que ha traducido en las entrelíneas del trabajo.

Ahora, sentaría yo una sola discrepancia con este trabajo. Desde luego, yo prefiero hacer la traqueotomía en el niño con anestesia general.

Podría hacer dos etapas en la Otorrinolaringología. Durante muchos años la especialidad se hizo casi toda, fundamentalmente con anestesia local. Con el advenimiento de las nuevas técnicas y métodos modernos de anestesia general, ésta llegó a la cirugía general y más tardíamente acaba de llegar a la especialidad. Más recientemente la anestesia general se ha aplicado en Otorrinolaringología en la parte de niños, y sobre todo en el tema que nos ocupa. La traqueotomía es una operación generalmente hecha de urgencia y en un ambiente muy especial, por la presencia del padre, por el problema de la vida del niño, que muchas veces no se tiene a mano anestesista o médico tratante o transfusionista, y tiene que proceder el especialista solo, muchas veces con deficiencia de ayudantes. En la moderna organización de la Medicina, con nuestros centros hospitalarios que se van re-estructurando, yo creo que se puede contar con la anestesia y la traqueotomía tiene que ser hecha con anestesia general.

Pasando concretamente al tema, yo diría que la traqueotomía se puede hacer con anestesia general de dos maneras, como bien dijo el relator: Se puede hacer traqueotomía con broncoscopio; si es de extrema urgencia, se introduce el broncoscopio y el anestesista o el especialista mismo insufla 2 o 3 litros de oxígeno a través de un vaporizador de éter. El niño precisa muy poca dosis de anestesia porque por su sufrimiento y su cianosis, tiene muy poca resistencia.

Si no es de una extrema urgencia, se pone una gasita o una máscara, y se hace un gotico de éter; y se procede luego como en la técnica broncoscópica, con insuflación de 2 o 3 litros de oxígeno pero a través de un vaporizador de éter ya sea con una sonda endotraqueal. Se coloca una sonda endotraqueal pasada por la nariz o por la boca, y se conecta con una pieza en T por donde se hace llegar oxígeno. Es el famoso circuito de Eirer, que impide la acumulación de CO<sub>2</sub> y la hiperpresión.

El instrumental, como se ve, es sencillo. En cualquier medio se puede tener un cilindro de oxígeno, un manómetro, una conexión de goma y un gancho de metal. Como vaporizador de éter utilizamos un vaporizador corriente, pero se puede hacer con una simple pipeta.

¿Qué se obtiene con la anestesia general para la traqueotomía?: 1º) la ausencia de dolor; 2º) no hay ese cuadro desangrable de dos, tres, personas sosteniendo un niño, sobre todo si es un niño de 7, 8 años, es angustioso, y es muy distinto del cuadro del ambiente de que estamos hablando; con la anestesia general todo es confortable. Todos hemos vivido esa angustia: se sujeta al niño, se mueve: es verdaderamente desagradable. Con la anestesia general todo eso desaparece: el niño reposa tranquilamente en decubito dorsal y no hay, por qué sujetarlo, y hay ausencia de dolor. 3º) se lucha de entrada al hacer oxígeno, (va sea colocando tubo endotraqueal o broncoscopio) contra la cianosis que es lo que motiva fundamentalmente la intervención y si se utiliza la conexión en T, se puede hacer respiración artificial, de modo que el problema de las apneas no cuenta.

4º) El color de la sangre, tan desagradable, rojo oscuro, casi negro, observado durante la traqueotomía, desaparece, y adquiere un color rojo, color de sangre bien oxigenada.

5º) La operación se puede hacer con técnica quirúrgica: ir punto por punto y no hay angustia de tiempo.

6º) Se puede hacer una cuidadosa hemostasis, con lo cual se evita la entrada de sangre al árbol respiratorio.

7º) Se puede abordar cómodamente y es lo fundamentalmente lo que resalta en la técnica, y cuando se llega a la tráquea, ésta está distinta, a cuando se hace la traqueotomía con anestesia local. Cuando se hace la traqueotomía con anestesia local o sin anestesia, sujetando al niño, la tráquea está disminuida de calibre, debido a la aspiración, por la propia disnea y el esfuerzo inspiratorio. Cuando se opera con anestesia general, la tráquea es de calibre normal, dado que no existe disnea por la gran oferta de oxígeno que se hace con anestesia general.

8º) Se puede seccionar tranquilamente la tráquea, se puede incidir en el medio, hacer abertura cuidadosa, se puede elegir diámetro de la cánula, ir desechando unas y eligiendo otras, y eso insufla tiempo y con el niño despierto es muy difícil hacerlo. Desde luego que hay un post operatorio mucho más agradable y el niño se va recuperando lentamente, en espacio de 15 a 20 minutos y no tiene conciencia del acto que fué sometido.

Riesgos de proceder con anestesia general. El de llegar sangre a la vía respiratoria: no existe pues la hemostasis, se hace cuidadosamente y como bien dijo el relator e insistió: hay que asegurarse del buen funcionamiento de la bomba aspiradora.

Riesgos de dosificación en el anestésico: tampoco, porque en estas condiciones el niño que motiva la traqueotomía necesita muy poco agente anestésico y si el agente es el éter, el riesgo es menor todavía.

Quedaría el riesgo de la maniobra busca de la introducción del broncoscopio de la intubación endotraqueal que es obvio porque es la operación que evita riesgos, incluso en la operación muchas veces que están indicadas por el traumatismo.

Se debe destacar que una obstrucción respiratoria en un niño, da más tiempo, muchas veces que en el adulto. Aguanta más la hipoxia. No azorarse y tratar de ubicar a un anestésico y usar anestesia general. Procediendo así, yo podría recordar las palabras del Prof. Stajano, palabras que él ha grabado en leyendas que se pueden ver en las paredes de su clínica y que dicen: Cirugía sin emoción no es cirugía; cirugía sin alma, no es cirugía.

Procediendo con anestesia general en la traqueotomía en el niño, se evita la angustia y se evita mucho la emoción que tiene la operación; y además se gana en humanidad y en tranquilidad.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Oreggia.

Dr. OREGGIA.— Antes de que el relator conteste a las preguntas, quiero yo también expresar mis felicitaciones pues el estudio del relator ha sido espléndido y además ha englobado temas que se relacionan en parte importante, con los mismos problemas de los adultos, lo cual disimula brillantemente la ausencia del otro relator.

Personalmente me han interesado muchos temas de los que ha tocado. Entre ellos, por ejemplo, el periodo de la traqueotomía. El periodo de asfixia como lo ha descrito el Dr. Munyo, es perfecto. Lo mismo en cuanto a las quemaduras, diferenciación de aspiración y deglución; ha tocado todos los temas. Aun mismo los casos de linfangomas de cuello, donde posiblemente él no ha recordado en este momento insistir un poco sobre la importancia que tiene el problema de las traqueotomías en los irradiados, por tumefacción del cuello. Ha tocado el tema de los suicidios, de los papilomas con abscesos retrofaringeos, todos temas que a mi me interesan mucho y que estoy de acuerdo, por supuesto, con la espléndida demostración que ha hecho, por lo cual lo felicito.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Stajano.

Dr. STAJANO.— Me felicito de haber asistido a esta reunión, y felicito calurosamente al relator del tema por la brillantez, por la extensión y la generalización que ha hecho de un tema práctico que desborda los límites de los especialistas, por cuanto las indicaciones de la traqueotomía son hechas a veces por el médico general, el cirujano general, los que corrientemente tienen que recurrir a la opinión de la especialización ya sea para la realización, ya sea para la indicación.

No tengo versación en cirugía infantil ni en la especialización en niños, pero desde luego que el médico general y el cirujano general, en el momento actual, no puede desentenderse de los problemas de las especialidades.

Hay más que nunca, la colaboración tiene que ser estrecha y grande y los especialistas como el médico general y cirujano general deben actuar estrechamente.

Yo declaro que he aprendido mucho en esta comunicación tan ampliamente encarada y tan inteligentemente desarrollada; y no hago más que asociarme a las manifestaciones hechas por los distintos especialistas más autorizados que yo para opinar.

Sr. COORDINADOR. — Se va a cerrar la discusión. — Tiene la palabra el Dr. Munyo.

Dr. MUNYO.— En primer término quiero agradecer a todos los colegas que se han expresado en forma tan favorable con respecto al relato, inclusive al Presidente del Congreso Dr. Stajano, y pasar a contestar algunas de las preguntas que me han hecho.

Referente a la consideración que hace el Dr. Pietra respecto a la colocación de la mecha en la herida, yo personalmente no la uso. La mencioné porque algunos la usan sistemáticamente. Dejo abierta la herida; cierro arriba y dejo abierta ampliamente por debajo, justamente por si hay enfisema del cuello, para permitir que el aire salga espontáneamente.

De manera que estamos de acuerdo.

En lo que se refiere al Dr. Ormaechea, distinguido anestesista que ha colaborado en nuestro servicio, con asiduidad, y que nos ha facilitado muchas oportunidades para la anestesia general para muchas técnicas a las cuales antes teníamos solamente el recurso de la anestesia local, se ha referido a varias partes del trabajo. Me interesaría conocer su experiencia personal, en cuanto a la anestesia general en traqueotomía en primer término y en segundo término lo que se refiere a la colocación, por supuesto a la exclusión de la anestesia general con colocación previa de endobroncoscopio o sonda endotraqueal. Evidentemente que es una gran solución, pero tiene inconvenientes: surge de que cuando las lesiones laringeas son realmente muy importantes, no permiten y no autorizan la agresión con el tubo o el mismo broncoscopio sobre las mucosas laringeas.

Por supuesto que el inconveniente grande que ha hecho que no hayamos recurrido a la anestesia general, es no disponer de anestésicos generales como sería nuestro deseo.

Como dije, la traqueotomía en el niño es una traqueotomía de urgencia, generalmente a las 12, 1, 2 de la mañana; a esas horas el especialista que concurre está habitualmente solo, ni siquiera cuenta con un ayudante; los ayudantes son enfermeros o nurses de la sala, de manera que la anestesia local es la única fácilmente realizable.

En lo que se refiere al Dr. Apolo, sobre la clasificación en altas y bajas, yo creo que esa clasificación, y vuelvo a insistir como dije en el relato, no debe más figurar, porque se presta a confusión; hay confusión de términos. Se habla de traqueotomías altas, bajas, media

nas, terigoideas, supra esternales y laringotomías de tipo diverso que engloban dentro de las traqueotomías: si es laringotomía no es traqueotomía.

De manera que insisto porque creo que hay un elemento que hay que tener presente, y del cual depende exclusivamente que se haga autotomía o caringotomía y que es el cartilago cricoides: traqueotomía por debajo del cricoides alejándola lo más que se pueda: evidentemente que en algunos casos no puede alejarse mucho del cricoides, uno la hace en el primer anillo, a eso se le llama altas. Bajas las de 3º, y medianas las del 2º.

Hay tal confusionismo de términos, que realmente creo que es mucho mas práctico hablar de traqueotomía por debajo del cricoides, traqueotomía del cricoides y traqueotomía por encima del cricoides, laringostomía, laringostomía incorrecta que va a dar posteriormente la secuela, sobre todo estenosante.

También insisto en el relato, que creo que se debe mantener algunas de esas técnicas porque evidentemente en medios donde no hay especialización, en campaña, sobre todo, donde el médico general a veces, el cirujano, tiene que salvar una vida; en ese momento el problema es colocar una cánula en el árbol laringotraqueal en el lugar que sea: de manera que creo que está correctamente indicada. Ese es un problema que nos ha sucedido en varias oportunidades, han vuelto los chicos después al Servicio y generalmente se resuelve la situación, haciendo una traqueotomía en el sitio correcto siguiendo el 3er. anillo.

No hemos observado, ni he tratado en el trabajo, secuelas, porque haría motivo a extenderse demasiado, porque generalmente nosotros en el Servicio no hemos tenido secuelas de importancia, como para clasificarlas o incluirlas. Ese el motivo por el cual no las hemos mencionado.

Con respecto a lo que dice el Dr. Oreggia, realmente no tengo experiencia en traqueotomía con irradiación; ese chico con linfangina no fué irradiado. Es un caso del Dr. Barani, que él conoce muy bien y debe recordar, al cual yo vi secundariamente y realmente el problema fué de urgencia, una traqueotomía de urgencia, por la enormidad del tumor que hacia una compresión en todo el árbol traqueal.

Y en lo que se refiere al Dr. Stajano quiero agradecerle nuevamente como Presidente del Congreso sus palabras tan amables y felicitarlo por el éxito de este Congreso.

#### **ELECCION DE TEMA DE LA SECCIONAL DE OTORINOLARINGOLOGIA PARA EL V CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA A REALIZARSE EN 1954**

Sr. COORDINADOR. — Por unanimidad ha sido propuesto el tema: "Epistaxis", por lo cual queda elegido para el V Congreso,