

bique, a nivel de la desviación reduce ésta pasando el colgajo al otro lado y lo fija entonces con una aguja.

El proceder de HAJECK que no necesita la sujeción de la aguja por haber completado la incisión en forma de U y una vez reducida la desviación por haber pasado el colgajo al otro lado, se sostiene en esta posición por sí solo.

ASH, hace una incisión crucial en la misma desviación quedando por lo tanto cuatro colgajos que bien colocados tampoco necesitan sujeción alguna.

Existe una serie de autores con métodos propios y que en lo que más difieren es en el lugar de ejecutar la incisión, ahora nos referimos a la resección submucosa que bien podemos llamar la última intervención.

Hoy esta operación de corrección del tabique, se efectúa a perfección, reseca la parte desviada que es la que disminuye el área respiratoria nasal.

El procedimiento que se emplea es submucoso en todas las desviaciones, haciendo ablación de la parte desviada; bien sea ósea o cartilaginosa, respetando la mucosa que es el tabique que ha de quedar en lo sucesivo.

Para despegar esta mucosa se puede emplear la inyección de un líquido que puede ser el mismo que sirva de anestésico.

Como complicaciones a esta operación, existen la hemorragia y la infección y en ambas algo podemos hacer para evitarlas.

RESUME

La connaissance des affections qui s'établissent dans la cloison nasale (des grossissements, des abcès, des déviations, etc.) est très importante, puisque la plupart des défauts respiratoires sont dus à ces lésions, qui doivent être traitées à temps, si l'on veut éviter des complications ennuyeuses dans l'ordre respiratoire.

SUMMARY

The knowledge of the affections having their seat upon the nasal wall (thickenings, abscesses, deflections, etc.) is important since most respiratory troubles are due to those lesions, which should be treated opportunely if troublesome complications in the respiratory order are to be avoided.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Kenntnis der Erkrankungen der Nasenwandung (Verdickungen, Abscesse, Verkrümmungen, usw.) ist von grosser Wichtigkeit, da die meisten Atmungs-Schwierigkeiten auf derartige Lésionen zurückzuführen sind. Dieselben müssen also rechtzeitig behandelt werden, wenn man beschwerliche Komplikationen der Atmung vermeiden will.

PRÁCTICA MÉDICA

NUEVO APARATO PARA LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA INDIRECTA

por el doctor
J. A. GRIFOLS
de Barcelona

Es innegable que la transfusión sanguínea directa tiene dificultades de orden técnico, entre las cuales citaremos:

1.º El enorme calibre de las cánulas, que producen un dolor excesivo y que incluso pueden necesitar la disección de la vena para poderlas introducir.

Esto, que es natural que lo soporte el paciente, es demasiado para el donante. Además, su consecuencia es la inutilización de las venas, para ulteriores transfusiones o inyecciones.

2.º La proximidad de colocación entre donante y paciente, a que obligan muchos sistemas de transfusión directa, suele impresionar excesiva e innecesariamente al donante.

3.º La técnica de la transfusión directa es difícil de dominar, y en un tanto por ciento, relativamente elevado, de transfusiones, fracasa la operación porque la coagulabilidad de la sangre, es más rápida que la destreza del operador.

Nosotros hemos partido del hecho de que la sangre citratada cumple las mismas indicaciones que la sangre total, salvo quizá, en los casos de septicemias, ya que según se dice, la sangre citratada tiene un poder bactericida más bajo. De todos modos, no creemos que para estos casos, la sangre citratada tenga contra-indicación. Será en todo caso una sangre de menos valor terapéutico, pero de un cierto valor positivo.

Los puntos que hemos procurado solucionar con el nuevo aparato son los siguientes:

1.º Empleo de cánulas-agujas de pequeño diámetro, (de 1 mm. a 1,2 mm. de diámetro exterior como máximo).

2.º Recoger la sangre, bajo una garantía de asepsia absoluta.

3.º Que una vez recogida la sangre sea fácilmente transportable.

4.º Que el aparato esté siempre dispuesto para ser empleado.

Todas estas condiciones las cumple el aparato que vamos a describir. (1).

Una ampolla de vidrio (18) de 250 c.c. de capacidad, terminada en dos tubuluras (19 y 20) cuyos ejes están inclinados con relación al eje de la ampolla, tal como representa la fig. adjunta, constituye el recipiente del aparato.

En este recipiente se han introducido previamente

(1) B. L. Leveroni, constructor.—Barcelona

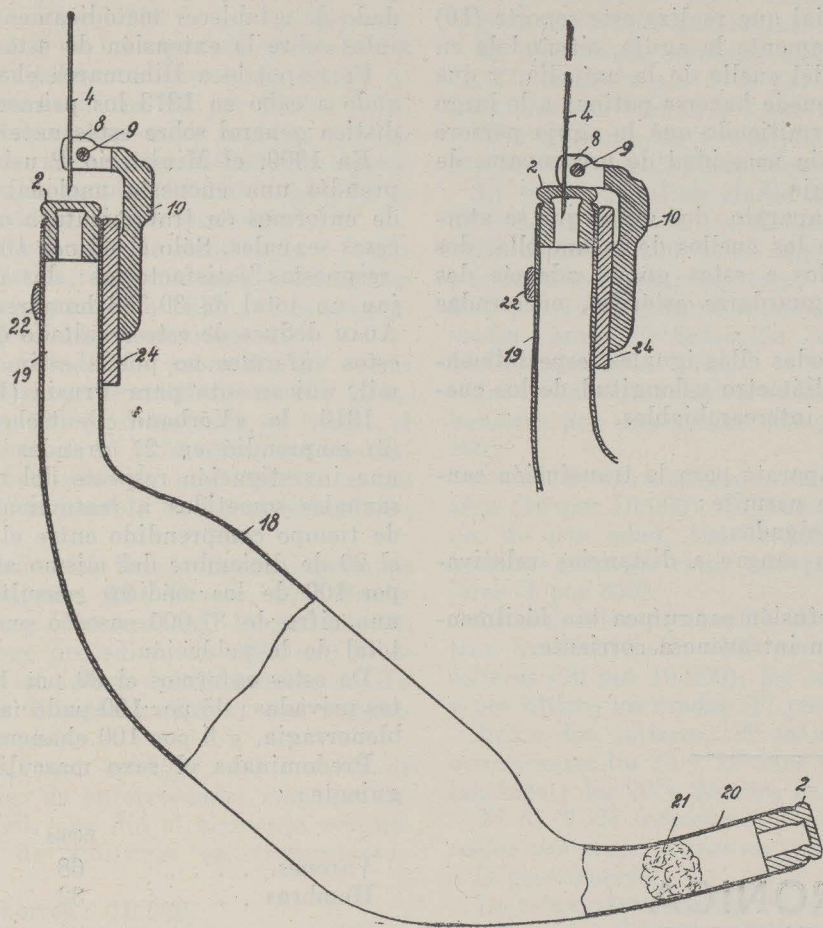
te 10 c.c. de una solución de citrato sódico químicamente puro al 10 % en agua bidestilada reciente.

Las dos tubuluras (18 y 20) van tapadas con un tapón de caucho de modelo especial, (2) cuya característica es el tener una excavación abierta hacia el interior de la ampolla. Este tapón tiene, pues, una gran superficie de coaptación con el cuello, y también una zona más o menos extensa, que constituye la cúpula de esta excavación, que es delgada y fácilmente perforable.

de modo que ésta perfora la cúpula del tapón (4 figura parcial).

La sangre entra entonces rápidamente por efecto del vacío, y esta misma velocidad de entrada, la mezcla con el citrato sódico. Pocos minutos bastan para llenar la ampolla.

La ventaja de usar esta cánula-aguja de dos puntas es evidente, pues la sangre recorre un trayecto corto de 4 cm., recto, sin llaves ni recodos, a gran velocidad, de modo que no tiene tiempo de coagu-



Además, uno de los cuellos lleva un filtro de gasa (21) para que la sangre se inyecte filtrada. El otro cuello sin filtro es por el que entra la sangre.

Inmediatamente después de preparado con solución de citrato sódico reciente, se vacía de aire, pinchando un tapón a través de un borde, por medio de una aguja-cánula delgada puesta en comunicación con una bomba de vacío.

Entonces se esteriliza a 120° durante 20 minutos y el frasco está dispuesto para el uso. El vacío se conserva durante muchos meses.

El aparato funciona del modo siguiente:

Con una aguja-cánula simple (4) de diámetro exterior de 1 mm. y con dos puntas, se punciona la vena del donante y luego se aprieta el tapón de la tubulura de entrada contra la otra punta de la aguja

larse, ni tampoco de enfriarse, como sucede cuando pasa por un tubo.

Terminada la toma de sangre, se desclava la aguja del tapón; la elasticidad del caucho, y la compresión centrípeta que ejerce el cuello de la ampolla sobre el tapón, cierra el orificio hermética y automáticamente. Entonces se imprimen algunos movimientos de balanceo al aparato, para asegurar la mezcla de la sangre y el citrato sódico, y se procede a la inyección al paciente.

Para ello, se invierte el aparato, de modo que la tubulura con filtro sea la inferior. Mediante una pera de goma o una bomba metálica insufladora, en comunicación con una aguja-cánula estéril, se insufla aire, moderadamente, en el interior del aparato a través del tapón superior.

Con una aguja de dos puntas igual a la anteriormente descrita, se pincha la vena del paciente, se deshace la ligadura del brazo y se aprieta suavemente el aparato, de modo que la otra punta de la aguja perfora la cúpula del tapón. La inyección de la sangre se va efectuando con una velocidad que depende de la fuerza de la insuflación.

La operación es facilitada por un modelo de porta-agujas que va guiado sobre los cuellos de la ampolla y que no se detalla aquí por no alargar innecesariamente este trabajo.

La condición esencial que realiza este soporte (10) es que aguanta rígidamente la aguja, situándola en la dirección del eje del cuello de la ampolla, y que sin ningún esfuerzo puede hacerse patinar a lo largo de una guía (24), permitiendo que la aguja perfora la cúpula del tapón sin necesidad de preocuparse de la dirección de la aguja.

Forman parte del aparato, dos guías que se atornillan a cada uno de los cuellos de la ampolla, dos porta-agujas adaptados a estas guías, además dos agujas que pueden guardarse estériles, encerradas en un tubo.

Las ampollas son todas ellas iguales, especialmente en lo referente a diámetro y longitud de los cuellos, y por lo tanto, intercambiables.

Resumen:

Se ha descrito un aparato para la transfusión sanguínea indirecta, que permite:

- 1.º Usar agujas delgadas.
- 2.º Transportar la sangre a distancias relativamente grandes.
- 3.º Hacer la transfusión sanguínea tan fácilmente como una inyección intravenosa corriente.

CRONICA

EXTENSIÓN Y CONSECUENCIAS SOCIALES DE LAS ENFERMEDADES

VENEREAS

por el doctor

J. VANRELL

de Barcelona

En diversos artículos nos hemos ocupado ya del problema de las enfermedades venéreas, poniendo de manifiesto su gravedad y urgencia y planteando el estado del mismo en nuestro país y las medidas que a nuestro juicio debieran implantarse para atacar o por lo menos disminuir sus peligros.

Queremos hoy presentar a la consideración del lector un balance del dominio social de estas enfermedades, haciendo resaltar su difusión extraordinaria en todos los medios y en todos los países, lo que permitirá hacerse cargo de la gravedad e importancia que revisten para la colectividad y los daños incalculables que de ellas se derivan.

La noción del imperio de las enfermedades venéreas en patología social, es de adquisición reciente. Se sabía de su frecuencia por las apreciaciones particulares de los prácticos. Pero nadie había cuidado de establecer metódicamente estadísticas generales sobre la extensión de estas dolencias.

Corresponde a Dinamarca el mérito de haber llevado a cabo en 1873 los primeros intentos de estadística general sobre estas enfermedades.

En 1900, el Ministerio Prusiano de Cultura emprendía una encuesta nacional acerca del número de enfermos en tratamiento a consecuencia de procesos sexuales. Sólo el 63 por 100 de los médicos dió respuestas satisfactorias: los datos globales arrojan un total de 30.383 hombres y 10.619 mujeres. ADAM deduce de este resultado que la cifra real de estos enfermos no puede estimarse inferior a cien mil, únicamente para Prusia (1).

1913, la «Verband Deutscher Stadtstatistiker» (2) emprendió en 27 grandes ciudades alemanas, una investigación respecto del número de enfermos sexuales sometidos a tratamiento durante el lapso de tiempo comprendido entre el 20 de noviembre y el 20 de diciembre del mismo año; respondió el 70 por 100 de los médicos consultados, obteniéndose una cifra de 37.000 casos o sea el 5'5 por mil del total de la población.

De estos enfermos el 82 por 100 asistía a consultas privadas; 45 por 100 padecían sífilis; 50 por 100 blenorragia, y 5 por 100 chancro blando.

Predominaba el sexo masculino en la forma siguiente:

	Sífilis	Blenorragia	%
Varones	68	78	75
Hembras	32	22	25

En Inglaterra, una comisión especial compuesta de trece miembros y presidida por SYDENHAM, fué encargada de precisar en febrero de 1916 (3) la extensión de las enfermedades venéreas en el Reino Unido.

Después de 86 sesiones, en las que se desarrollaron 85 ponencias y fueron estudiadas 22.296 cuestiones, compulsándose numerosas estadísticas, procedentes tanto de la población civil como del ejército y de la Marina, la Comisión estimó en un 10 por 100 del total de la población el número de sífilíticos existentes en Inglaterra y País de Gales:

(1) A. Adam en «Hugo Selter»—Compendio de Higiene.—Espasa Calpe, edit. 1925.
 (2) Busch—Geschlechtskrankheiten in Deutschen Gross-städten, Breslau 1918.
 (3) Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique, 1919. Tomo XI p. 862