

REVISTA QUIRÚRGICA

El problema de la transfusión de sangre tomada de cadáveres

C. C. Youdine y Dresse M. G. Skoudine en Vestnik Chirourguu relatan que debido a la necesidad) frecuente de hacer grandes transfusiones a los heridos que lo requieren y la dificultad de encontrar donadores del tipo semejante, el Instituto de rápido Socorro de Skiliossovsky de Moscou ha creado un servicio de transfusión utilizando la sangre tomada de cadáveres frescos.

La primera transfusión en el hombre de donador muerto fue hecha el 23 de marzo de 1930, pero antes se habían practicado en perros. Al fin del 1933 a 272 pacientes se les había transfundido 350 veces.

La sangre se recoge de individuos muertos recientemente en accidentes de la vía pública o súbitamente por síncope. Se excluyen los grandes traumatizados de las extremidades, del cráneo, de los intestinos y ahogados. El límite para tomar la sangre es de 6 horas después de la muerte.

Se practican exámenes bacteriológicos en los cultivos, reacciones serológicas, Wasserman, etc. Cuando el examen es tardío la reacción resulta siempre positiva. Rechazan el 16 % de sangre por el retardo del complemento. El 7 % también se excluye por encontrarse a la autopsia endocarditis ulcerosa, tuberculosis pulmonar, intoxicaciones agudas, etc.

La sangre se recoge así: disección de la vena yugular interna entre los haces del esterno-cleído mastoideo cortando el omo-hioideo; abertura de la vena; introducir en la luz dos cánulas de vidrio, provistas cada una de un tubo de caucho; una va dirigida hacia el cráneo en ángulo agudo, la otra a la porción inferior es casi recta. Una vez fijadas las cánulas se coloca el cadáver en posición de Trendelenburg acentuada y la sangre cae en botellas esterilizadas. Precaución importante es la de nunca forzar la salida porque padece la calidad. Salen de 500 gramos a 3 litros, término medio 1 litro y medio por cadáver. Adicionada de citrato de sodio y luego conservada en la refrigeradora soporta 30 días sin alteración; la hemólisis se presenta de esa fecha en adelante.

Al inyectarla son puestas en baño de maría las botellas a la temperatura del cuerpo e introducida directamente en una vena del pliegue del codo. La reacción es igual con sangre de donador muerto que vivo. Sólo se ha observado en 21 % y complicaciones graves en 5 %.

Los enfermos se dividen en tres grupos: hemorragias graves de los gástricos; hemorragias graves de los grandes traumatismos y hemorragias graves de los cancerosos; hay un servicio para cada uno de ellos.

En los gástricos inyectan inmediatamente de su llegada 200 cc. de sangre conservada y lúe-

Para el Pott cervical por una costo-transversectomía.

En los 10 casos operados mortalidad nula; 3 curaron por primera intención; 2 tuvieron fístula, uno cerró en un mes.

En todos habían lesiones destructivas avanzadas; curación clínica coincidiendo con curación anatómica; las radiografías muestran regeneración ósea del cuerpo vertebral reseca y una proliferación del injerto.

Anestesia inta-raquídea en la parálisis intestinal

A. M. Bouné en Vestnik Chirurgu cita la estadística de Duval de 400 anestésias raquídeas en parálisis y obstrucciones intestinales.

En las parálisis post-operatorias espasmódicas dio buen resultado en el 90 %; en las peritonitis 55; en el íleus 16 %. No existe ningún peligro salvo las contraindicaciones habituales. No excluye la operación si fracaza.

Cita el autor 5 casos de parálisis ; post-operatorias todas; apendicitis aguda, ruptura traumática del intestino delgado, apendicitis crónica y oclusión interna. En 4 éxito completo, el quinto murió de peritonitis generalizada.

La técnica: introducir entre la 2 y 3 lumbar la aguja sola, el enfermo en decúbito lateral; una jeringa de 10 cc. conteniendo 2 cc. de solución de novocaína al 5 %; aspirar líquido cefalo-raquídeo hasta lle-

narla y luego inyectar todo.

Se explican los autores la bondad del procedimiento por el antagonismo que existe entre el simpático y el neumogástrico sobre el peristaltismo intestinal.

La irritación del simpático provoca el detenimiento de los movimientos peristálticos en cambio la del vago los aumenta después de un periodo de desfallecimiento.

Bouné piensa en la inhibición del reflejo del simpático y libertad de acción del neumogástrico causada por la anestesia raquídea.

Lo, Frénico-exéresis en la Tuberculosis pulmonar

Ronfini de Trevisi en Giornale, medici del Alto Adige refiere que en 447 frenicectomías por el método clásico (extirpación de 12 c.m. de nervio) obtuvo los resultados siguientes: 91 curaciones observadas durante varios años, a pesar de la pobreza de los pacientes; 139 mejorías (cicatrización de las lesiones, buen estado general, esputos a veces positivos y negativos) ; 80 agravados por extensión de lesiones; 29 ningún cambio.

La intervención se practicó cuando el neumotorax era imposible o parcial.

En las formas fibrosas de la base o del vértice se obtuvieron los mejores resultados.

S. Paredes P.