

Breves consideraciones acerca de las perforaciones del septum nasal y su tratamiento

Por el Dr. P. Torres Luquin.

(Continúa)

Georges Laurens, en su magna obra sobre cirugía otolaringológica, preconiza un procedimiento que fundamentalmente consiste en incidir, previa anestesia, la mucosa del tabique en sentido anteroposterior, arriba y abajo de la perforación, después tanto en el extremo anterior como en el posterior cié cada una de estas incisiones hacer, perpendicularmente a ellas, otras pequeñas que converjan hacia el ecuador de la perforación, a efecto de poder abatir dos colgajos que se superponen en el citado ecuador o línea media de la perforación. Este procedimiento tiene el inconveniente de que los colgajos quedan con una base de implantación muy pequeña y consecuentemente con una nutrición exigua esfacelándose luego, dejando nuevamente la perforación a descubierto.

Se ensayó también el procedimiento de Seifert, el cual, según la misma técnica citada, consiste en el avivamiento de la cara interna de un cornete inferior seguida del taponamiento de la fosaopuesta, a efecto de mantener el septum en contacto con el mismo cornete. En este procedimiento se encuentran también, varios inconvenientes; aparte de que muchas perforaciones no están situadas en lugar conveniente, con relación al cornete inferior, para poder aplicarlo, resulta que el éxito del procedimien-

to estriba en la formación de una sinequia, entidad nosológica bien difícil, en muchos casos, de hacer desaparecer.

En vista de tales inconvenientes, el Dr. José Vicente Manero ha ideado un nuevo procedimiento, al que en mi concepto no se puede acusar de las desventajas anteriormente anotadas, ya que es capaz de proporcionar un colgajo suficientemente amplio para cubrir la perforación con un exedente necesario y previamente calculado para que al producirse la retracción no deje a la perforación nuevamente al descubierto, colgajo que, como SJ verá al descubrir la técnica, posee una amplia base de sustentación, quedando naturalmente, con su nutrición amplia y perfectamente asegurada.

Es natural que para la aplicación de esta técnica, como para la aplicación de cualquier otra se haga previamente el tratamiento médico general y local necesario en cada caso, según la causa determinante de la perforación y según el estado de las mucosas, para ponerlas en condiciones de operabilidad y una vez conseguido ésto, hacer las pruebas funcionais pre-operatorias necesarias para asegurar el buen éxito del acto Quirúrgico y de la secuela postoperatoria.

Sólo una vez satisfechas estas condiciones se procederá al acto operatorio cuya técnica ha sido

bastante bien reglada por el Sí. Dr. Manero, la cual procuraré exponer con el mayor detallé posible.

Es muy necesario para llevar a buen término esta operación obtener una anestesia y una, isquemia **perfectas**, lo cual es fácil conseguir si se observan punto por punto *las* recomendaciones del autor.

Se principiará por aplicar al enfermo, previamente, una hora antes de la operación; una **ampolleta** de Sedo!. Transcurrido el tiempo de aplicación de pequeños trozos de algodón esterilizado, impregnados de solución de Percaina al dos por ciento adrenalizada; cuatro de estos trozos de algodón serán necesarios, que se colocan uno en el meato inferior, otro en el piso de la **fosa** nasal y dos sobre la pared del tabique, permaneciendo en tales sitios durante diez minutos, al cabo de los cuales serán retirados para proceder en seguida a la anestesia local por infiltración; ésta se conseguirá valiéndose de la jeringa de Fisher que *es* muy cómoda, manuable y seguirá en su funcionamiento, y con la **que**

hará la infiltración de la región utilizando una solución igualmente de Percaina al 1 por **mil** fuertemente adrenalizada; **se** esperan diez minutos antes de comenzar la operación. Transcurrido ese tiempo se **principiará** por hacer dos incisiones verticales, que partiendo de **Jos** lados **transversales** de la perforación, un poco afuera de **ellos**, recorrerán, paralelamente entre ellas. la parte de tabique que está por abajo de la perforación, continuarán **sin** perder su paralelismo por el piso de la fosa nasal correspondiente, **abordando** luego el meato inferior. cerca **de** su borde libre. Estas **indicaciones** el pericondrio, o el periostio, según el lugar en la perforación, elemento que se seccionará igualmente en toda la extensión en que fue seccionada la mucosa, cosa que **se** conseguirá fácilmente valiéndose de un cuchillo que hemos mandado construir el cual se compone, fundamentalmente, de una hoja en forma de media luna, cortante por su borde convexo y adherida al mango. en ángulo recto.

(Continuará)

REVISTA QUIRÚRGICA

{Viene de la Página 371.)

isotónico o sea una proporción de C a 8 por 100. Expléese paraldehite muy puro. Inyección endovenosa con ritmo de 15 a 20 ce. por minuto, dura 18 'minutos. El enfermo se duerme tranquilamente sin ninguna excitación. Una vez dormido se continúa con éter.

Toda clase de operaciones se rían practicado. La cantidad de éter reducida a la mitad o un tercio de le comente

El despertar es rápido y no existen los habituales fenóme -

nos de narcosis por 3l tcr.

En 02 anestias los autores no han encontrado ni siquiera un estado amenazante.

" El paraldehido no tiene contra indicación. Proporciona las ventajas inherentes al suero glucosado y quo el producto es muy barato.

Terminar los autores afirmando la completa satisfacción obtenida por el paraldenido en solución glucosada y por vía endovenosa.

Técnica de resección de la rodilla por sección primera del fémur.

Sabadini en la Presse Médicale de febrero de 34 expone su **procedimiento** de resección de la rodilla en facilidades anatómicas y siguiendo los fundamentos del método de Fredet;

1 er. tiempo. **Miembro** en extensión. Incisión ovalar parte de la interlinea articular de un lado al extremo opuesto pasando un poco arriba de la base de la rótula en su parte superior y el inferior pasa 1 cm. abajo de los **platillos** tibiales; las connisara,-; deben **ser** muy laterales. Dirección de la piel arriba y abajo.

2º tiempo. — Incisión de la capa músculo-aponeurótica proarticular. Sección transversal siguiendo el borde de la incisión primera sin tocar la cápsula **articular** del tensor del fas 3:a lata, expansión del vasto externo, el tendón **cuadricipital** y expansión del vasto interno

Después desprendimiento del colgajo superior hasta el **límite** superior del fondo de saco sub**cuadricipital**.

^—Desprendimiento posterior del fondo de saco subcuadricipital que reposa sobre la cara anterior de la extremidad inferior del fémur.

Se principia con la punta del bisturí y sigue con la rugiría basta la inserción del fondo de saco al reborde cartilaginoso de la troclea femoral La sinovia! no debe ser abierta.

4<?—Sección del fémur de adelante a atrás.

59—Liberación de la cara posterior de la articulación a la rubina.

6?—Sección de la tibia de a *Iré, ?-*, a adelante con la planta. del pie puesta en la mesa.; por último sección del tendón rotuliano al ras.

La tibia y el fémur son puestos en contacto y mantenidos o no por un hilo metálico y luego satura de las partes blandas.

Tiene la ventaja esta operación de ser más rápida, fácil y de quitar el bloc todas las lesiones articulares sin necesitar abertura de la articulación.

Los resultados han *sido* excelentes en 5 casos de 12 operados, Uno muerto de neumonía ca seosa.

S. PAREDES P.