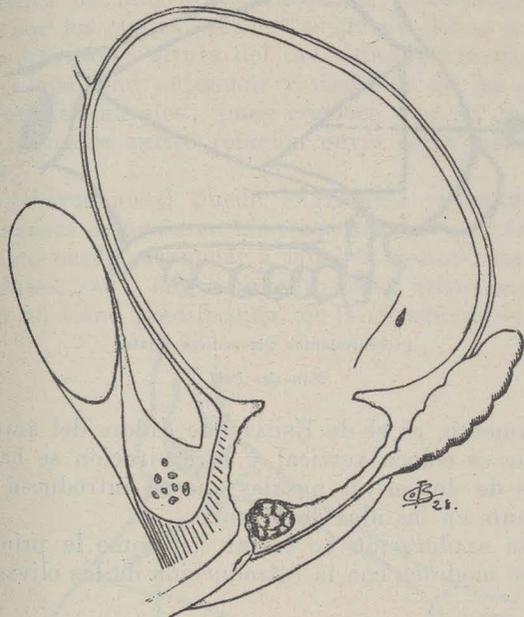


la estenosis. La sonda se detenía poco después de traspuesta la uretra membranosa; una sonda delgada pasaba, y no daba la sensación de obstáculo profundo del diafragma.

Este enfermo, que data de 1918, tiene que dilatarse periódicamente; y cuando por descuido ha pasado mucho tiempo, ha habido que hacer la uretrotomía.

Finalmente, también hemos observado la disuria debida a incompleta extirpación del adenoma, por existir algún pequeño tumor en la parte más próxima a la uretra formando obstáculo valvular. Suele



Adenoma pequeño no extirpado

ser un adenoma muy pequeño, que crece llegando después de bastante tiempo a producir en algún caso retención completa. El cateterismo es fácil en este caso, cosa comprensible si se tiene en cuenta la anatomía del obstáculo.

No hemos dejado nunca ningún adenoma de tamaño bastante apreciable para ser reconocido. Los dos casos que hemos operado no eran nuestros ni intervenidos anteriormente por ningún urólogo.

Estas son las causas de disuria post-operatoria en los prostatectomizados dependientes de faltas de técnica, que hemos observado, y que juzgamos fácilmente remediables y de suficiente importancia para llamar la atención sobre ellas.

RESUME

*L'Auteur attire l'attention sur quelques dysuries postopératoires, qui se présentent chez les prostatectomisés et qui sont faciles à guérir, ces dysuries étant dues à des fautes de technique.*

SUMMARY

*The author draws the attention to some post-operative dysurias appearing in prostatectomized subjects and which are easily remediable being due to faulty technique.*

ZUSAMMENFASSUNG

*Der Autor lenkt die Aufmerksamkeit auf den Harzwang, der manchmal nach der Operation bei Prostatektomisierten eintritt und zeigt, wie dies leicht behoben werden kann, da es sich hierbei lediglich um technische Fehler handelt.*

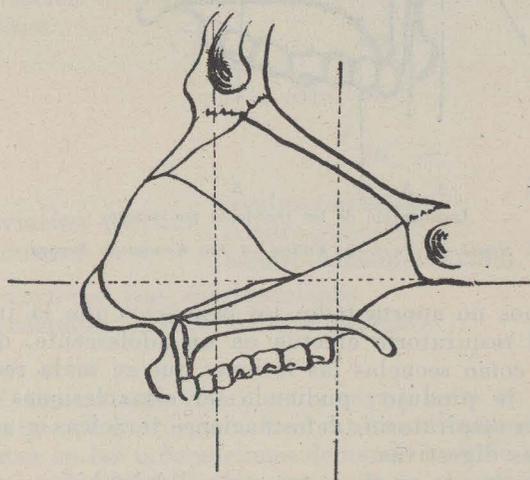
SOBRE TABIQUE NASAL

por el doctor  
J. CAMPOS  
de Barcelona

La cirugía de la nariz constituye hoy una especialidad dentro de la ortorrinolaringología. ¿Quién no conoce los trabajos de JOSEPH en este sentido? y es tan vieja esta cirugía, que basta recordar las plastias que antiguamente se ejecutaban en todos los pueblos para la reconstitución nasal teniendo todos ellos métodos propios; ejemplos: el método indio que empleaba un colgajo de la frente; el italiano que lo tomaba del brazo; el francés que ranversaba la piel.

Se interviene hoy con fines de estética, o un fundamento fisiológico; en la mayor parte de los casos, esto último; una respiración defectuosa inclina al enfermo hacia la operación, mucho más que una nariz deforme.

Las deformidades de la nariz son un capítulo ex-



Clasificación topográfica de las desviaciones del Septum

Dibujos del Dr. Campos.

tensísimo, teniendo en cuenta que en cualquier eje y en cualquier sentido, puede ésta disminuir o agrandarse, causando de esta suerte una deformidad, achicamiento o desviación que interesa más o menos al enfermo y a los individuos que con él hacen vida de relación.

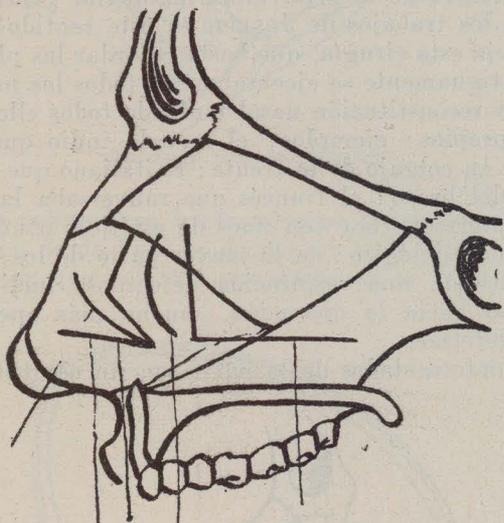
Podemos agrupar esta cirugía en correcciones es-

téticas puras, correcciones funcionales, y correcciones mixtas, esto es, funcionales y estéticas.

Del primer grupo un corto número de enfermos acuden a nosotros; interesa más al individuo una mala respiración, que una nariz mejor o peor perfilada, o más o menos grande.

Sucede con frecuencia en clínica que una cosa acompaña a otra, y la intervención entonces tiene un doble fin: corrección estética y funcional; tal sucede por ejemplo en las desviaciones del tabique, objeto de nuestro tema.

La desviación del tabique es tan frecuente, que basta decir que el tabique completamente normal no existe, para comprender que el número de individuos que efectúan mal su respiración es enorme; lo que sucede es, que suplen esta deficiencia respiratoria nasal por la respiración bucal, se acostumbran a ella, y después, cuando no por otra causa, el organismo enferma, es tarde para efectuar esta corrección o por



1 2 3 4 5  
Localización de las incisiones por autores  
1. Hayek.—2. Teye.—3. Killian.—4 Jan Kamm.—5. Segura

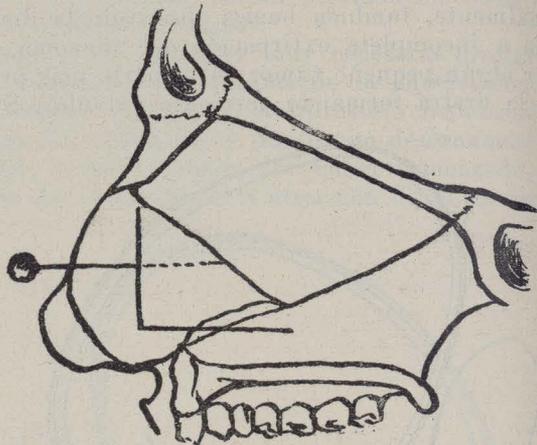
lo menos no aporta todos los beneficios que la integridad respiratoria efectúa en un adolescente, quedando como secuelas las lesiones que su mala respiración le produjo; pudiendo ser estas lesiones del aparato respiratorio, deformaciones torácicas y alteraciones digestivas.

Un aumento en el eje transversal del tabique (crestas, espolones, etc.) causa una deficiencia respiratoria; una desviación de éste divide mal el aire en su entrada por las fosas nasales, y ocasionan una falta de ventilación torácica que se hace sentir más en el lado nasal a que corresponde.

Esto es fácil de comprobar, bien a la rinoscopia anterior o por el simple interrogatorio que practicamos en nuestro enfermo; es interesante el uso del espejo de GLATZES que consiste en una lámina metálica pulimentada sobre la que se proyecta una espi-

ración nasal, el espejo tiene una línea divisoria para ambas fosas nasales que tiene que colocarse inmediatamente por debajo del lóbulo nasal, y de esta manera se empaña su superficie a la espiración y entonces practicamos la lectura de las áreas respiratorias nasales, pudiendo comparar una y otra.

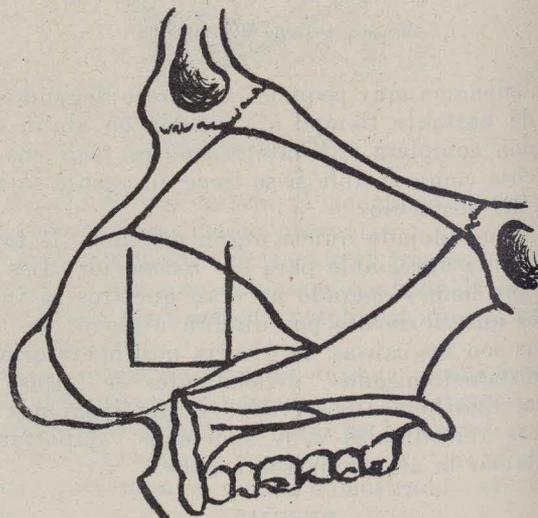
Otro espejo aunque de menos uso, pero con igual



Procedimientos Ortopédicos mixtos  
Van des Poël

fundamento, es el de ESCAT que difiere del anterior en que se coloca vertical y la espiración se hace a través de dos olivas nasales que se introducen previamente en las alas de la nariz.

Esta exploración no es tan fiel como la primera, porque modifica con la introducción de las olivas na-



Procedimientos Ortopédicos mixtos  
Hayek

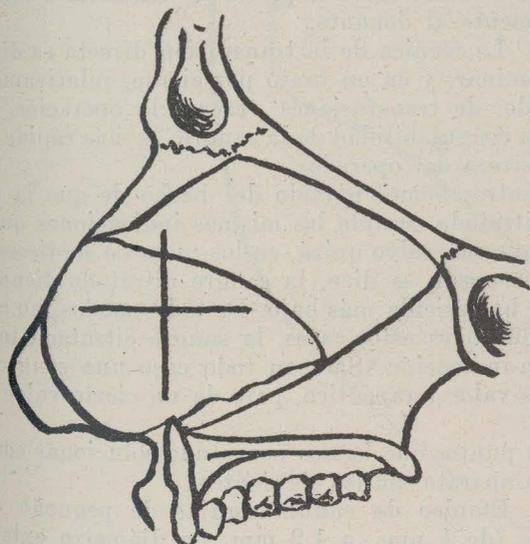
sales la luz de las fosas; rectificando éstas en un sentido máximo de aspiración e inspiración; además, hay en clínica una observación bastante frecuente, cual es la aspiración de las alas de la nariz, y en este caso, es decir, con las olivas colocadas, ya no puede verificarse esta aspiración.

Citaremos también los rino-manómetros, y a propósito de éstos, el de ESCAT que tiene el perfeccionamiento de que mide el paso del aire por sólo una fosa nasal; pues la que no investiga la deja paso franco a su ventilación aérea.

Desde luego, estas deficiencias respiratorias no están sostenidas solamente por la patología del septum; la pared externa de las fosas nasales da un gran contingente de afecciones que producen este síntoma; deficiencia respiratoria.

Con este propósito y para poder hacer un fácil diagnóstico de este síntoma, estamos haciendo una estadística de individuos normales, observando los datos por los cuales creemos se puede llegar a este fin; y éstos son: altura del individuo, perímetro torácico, capacidad pulmonar y medición de las áreas respiratorias nasales; pues creemos que en individuos normales existe relación entre estas mediciones.

El tabique nasal puede engrosarse causando de esta manera oclusión en las fosas nasales y su engrosamiento puede responder a muchas causas; las más frecuentes, son: engrosamiento óseo, cuya implantación no tiene predilección en la superficie del ta-



Procedimientos Ortopédicos mixtos  
Ash

bique; sin embargo, cuando este engrosamiento es longitudinal, y está implantado horizontalmente, parece verse más por encima de la espina del maxilar; un hematoma puede engrosar el tabique y hasta ocluir completamente la luz de las fosas nasales; el tabique puede ser sitio de implantación de un absceso y éste en su crecimiento dificultar la respiración; pueden también presentar papilomas, osteomas, condromas, quistes óseos, etc. Esto en lo que se refiere al tabique existiendo una patología todavía más extensa en la pared de las fosas nasales; y otro grupo de enfermedades como la microrrinia, sinequias, etc., además de la rinolitiasis y cuerpos extraños.

La causa de estas desviaciones es embriológica; pues recordando el desarrollo de la nariz vemos que

el tabique crece a expensas del mamelón frontal y las partes laterales de la nariz se desarrollan por el arco maxiliar; esto en el sistema branquial de desarrollo embrionario; esta causa hace que un desigual crecimiento de las partes que constituyen la nariz incline el tabique a un lado u otro.

Luego, los mismos puntos de osificación en las partes que integran el septum, difieren bastante, pues el vómer y la lámina perpendicular del etmoides, tienen en muy diversas épocas sus puntos de osificación.

Las desviaciones del tabique son, como decimos, muy numerosas; además, estas desviaciones no responden, excluyendo casos traumáticos, etc., más que a un desigual desarrollo de los huesos y cartílago que lo integran.

Pueden ser completas, esto es, estar desviados todos sus huesos y cartílago, y pueden ser incompletas cuando sólo haya desviado alguno o algunos de éstos.

Se han hecho muchas clasificaciones, unas atendiendo a la forma de la desviación en su eje vertical y horizontal, otras, sólo atendiendo al lugar de la desviación. El cartílago cuadrangular es el que da mayor número de desviaciones, sobre todo en su unión al vómer.

Una clasificación completa es la del Dr. MOURE que es como sigue:

		Luxación:
	Sobre los	condro-vomeriana
	bordes ..	condro-etmoidea
		del sub-tabique
		y dorso de la nariz
Desviación del cartílagos .. . . .	}	en C
		en la cara. } en S
		en >
Desviación cartilaginosa y ósea. ...	}	condro-vomeriana
		condro-etmoidal
		condro-vómero-etmoidal.
Desviaciones con engrosamiento.		
Engrosamiento sobre tabique normal.		

Como tratamiento en estas desviaciones no existe otro que el quirúrgico. Las contraindicaciones sólo existen en las inflamaciones debiendo hacerse la operación a los 16 ó 17 años por tener ya el individuo a esta edad todos los puntos de osificación que integran el tabique nasal.

Antiguamente se hacía ortopedia como procedimiento de corrección y son de mencionar algunos; se usaban laminas metálicas que fijaban el tabique en posición vertical; otras veces se empleaba gutapercha endurecida con este mismo fin.

Más moderno es el empleo mixto de operación y ortopedia como es el proceder de VAN DES POËL que hace una incisión profunda hasta el otro lado del ta-

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 cabida, 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 previamen-

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