

A N A L E S

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Y BRONCOESOFAGOLOGIA

REDACCION
BUCARELI N° 85
Teléfono: 12-84-77

ADMINISTRACION
MEDELLIN 264
Teléfono: 28-82-94

MEXICO, D. F.

V EPOCA

ABRIL-JUNIO DE 1950.

NUM. 6

DIRECTOR:

Dr. Ricardo Tapia Acuña

GERENTES:

Dres. Alfredo y Luis Márquez.

SUMARIO:

EDITORIAL	45
Segunda Reunión Bi-Anual de La Sociedad M. de O y B. por el Dr. RICARDO TAPIA ACUÑA.	46
Discurso de Apertura. Por el Dr. INOCENCIO de LARA.	48
Diagnóstico Diferencial de la Sinusitis. Sociedad de Oftalmología y Otorrinolaringología de la Laguna.	51
Conducta Terapéutica en las Sinusitis Agudas. Unidad de Otorrinolaringología y Broncoesofagología del Hospital Juárez de México D. F.	61
Tratamiento de las Sinusitis Maxilar y de la Etmoiditis Anterior. Instituto Nacional de Cardiología de México, D. F.	67
Tratamiento de la Sinusitis Crónica Posterior. Hospital General de México, D. F.	71
Sinusitis y Alergias. Concepto Otorrinolaringológico de la Alergia nasal, Rinosinusitis Alérgica. Hospital Central Militar.	79
La Sinusitis en los Niños. Hospital Infantil de México.	83

SUBSCRIPCIONES

Precio del Ejemplar	\$	6.00
Números atrasados	„	10.00
Subscripción anual, en México	„	20.00
Subscripción anual, en otros países	Dis.	3.00

SOLICITADOS LOS REGISTROS, POSTAL Y DE PROPIEDAD LITERARIA
SEGUN LA LEY

THIOBÍ

ANTILUETICO

SERIES

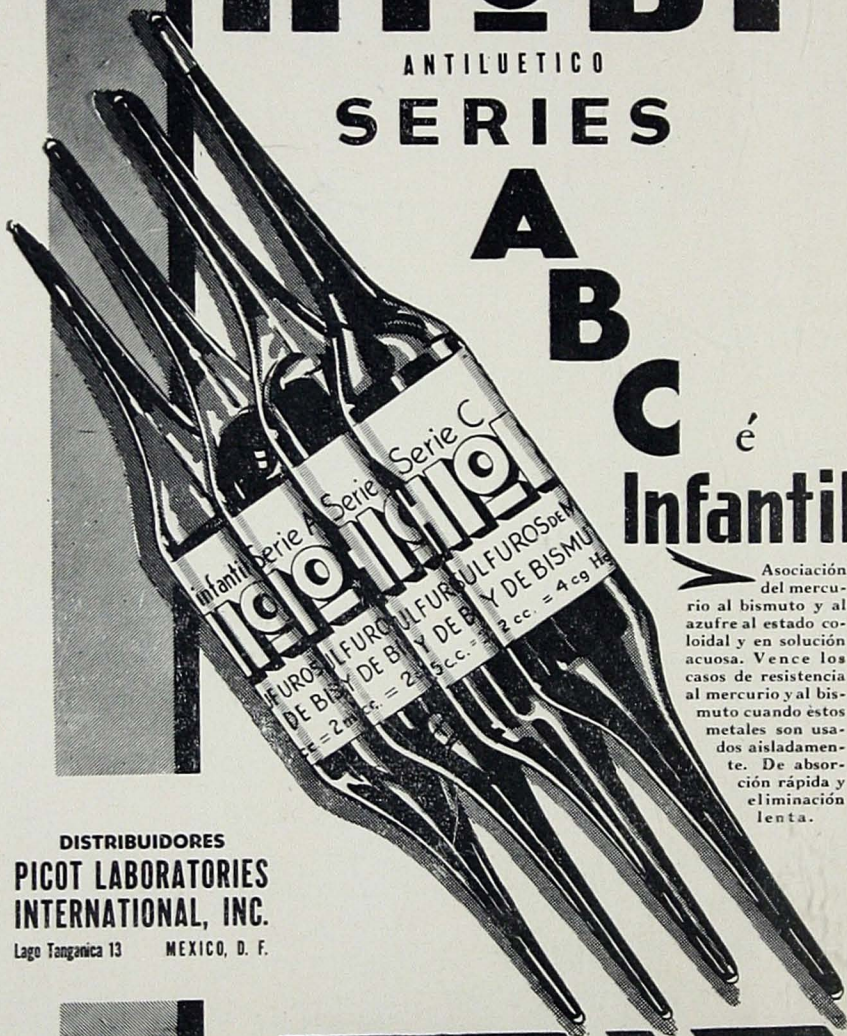
A

B

C

é

Infantil



➤ Asociación del mercurio al bismuto y al azufre al estado coloidal y en solución acuosa. Vence los casos de resistencia al mercurio y al bismuto cuando estos metales son usados aisladamente. De absorción rápida y eliminación lenta.

DISTRIBUIDORES
**PICOT LABORATORIES
INTERNATIONAL, INC.**

Lago Tanganica 13 MEXICO, D. F.

EDITORIAL

Indudablemente que el progreso en las grandes empresas es lento y paulatino; pero se encuentra marcado por acontecimientos inusitados. Uno de estos acontecimientos lo fué la II Reunión Científica Bianual de la Sociedad Mexicana de O. R. L. y B. E. que acaba de celebrarse en la ciudad de Torreón, Coah.

Cuando nació la Sociedad de O. R. L. autónoma, es decir independiente de los oftalmólogos, se incluyeron en los estatutos varios capítulos: unos referentes a los socios del interior de la República y a la excitativa para que se agruparan en Sociedades de carácter local, pero subsidiarias de la de México; otros referentes a Asambleas o reuniones anuales y bianuales. Nunca como ahora pueden sentirse tan orgullosos los que redactaron dichos capítulos.

Constituída por socios residentes en Torreón, se integró la Sociedad de Oftalmología, O. R. L. y B. E. de la Laguna y a esa progresista ciudad cupo el honor de ser elegida la sede de la II Reunión Bi-anual a que ahora nos referimos.

Esta sede no fue escogida al azar. La Sociedad local foránea envió su solicitud, la cual fué ampliamente discutida y finalmente aceptada. La importancia de este hecho fué señalada ya en números anteriores por nosotros aunque en sección distinta.

Hoy fué Torreón, mañana probablemente Guadalajara o Monterrey, pasado mañana San Luis Potosí o Veracruz y así es como todos los otorrinolaringólogos mexicanos unidos, podrán ser fuertes y respetados por propios y extraños.

No es de extrañarse que la especialidad esté siguiendo en México la misma evolución que ha seguido en países en donde se encuentra perfectamente organizada. Con una sola excepción muy honrosa para México, que data de la década 1860-1870, hace 60 años surgieron aficionados; hace cerca de 50 años se revelaron 2 ó 3 cirujanos ya no como simples aficionados sino como verdaderos especialistas. En lapsos semejantes fueron surgiendo nuevos valores y tal parece que ahora se ha iniciado una época nueva.

La Otorrinolaringología Mexicana va hacia adelante.

SEGUNDA REUNION BI-ANUAL DE LA SOCIEDAD MEXI- CANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y BRONCOESOFAGOLOGIA.

Por el Dr. Ricardo Tapia Acuña.

México, D. F.

Con gran éxito se efectuó la 2a. Reunión Bi-Anual de la Sociedad en la Ciudad de Torreón durante los días 3, 4 y 5 de mayo de 1950.

En la organización de esta 2a. reunión tomó parte activa y muy brillante la "Sociedad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Broncoesofagología de la Laguna" cuyo presidente es el dinámico especialista, señor doctor D. Inocencio de Lara. De acuerdo con los estatutos, dicha sociedad se integró con socios de la 2a. mencionada y ha sido el primer fruto real y efectivo de la labor en la provincia. Son hasta ahora únicamente 4 miembros de la Sociedad de un entusiasmo tan grande que el acto a que se refiere el presente artículo revistió un interés enorme no solamente para el norte de la República sino para toda ella, ellos son, repito, Dr. Inocencio de Lara, Dr. Garibay Fernández, Oliverio Lozano Rocha y el Dr. J. M. de Alba ahora reforzados por un elemento viejo en nuestra sociedad pero joven en ideas como es el Dr. José Guadalupe Vargas Lugo.

El decano de la Otorrinolaringología en Torreón Sr. Dr. Orvañanos, contribuyó con su presencia y con su trabajo al realce de la reunión bi-anual así como los otros miembros de la sociedad de La Laguna

Es larga la lista de asistencia y por lo tanto difícil indicar aquí los nombres de todas las personas que concurrieron pero sí es posible señalar que de la ciudad de México se presentaron no menos de 25 socios, y que asistieron médicos de Monterrey, San Luis Potosí, Durango Aguascalientes, Tampico, Reynosa, Querétaro, Orizaba, Chihuahua, Veracruz y del Estado de Sinaloa.

El primer día de labores fué presidido por: el Presidente entrante el Dr. Inocencio de Lara y el Dr. Enrique Viesca, este último en representación del Gobernador del Estado de Coahuila. El Dr. de Lara pro-

nunció un discurso cuyo texto se encuentra en otro lugar de este mismo número y acto seguido el Dr. del Villar declaró inaugurados oficialmente los trabajos. Inmediatamente después se presentó a la consideración de la asamblea el symposium previamente elaborado durante una de las reuniones reglamentarias de la Sociedad Mexicana. Toda la labor científica se llevó a cabo en la Clínica de Oftalmología y Otorrinolaringología construida por los Leones de Torreón, la cual es un brillante ejemplo de lo que pudo hacer la iniciativa privada en bien de los enfermos tanto de ojos como de oídos, nariz y garganta .

No es posible pasar por alto que un miembro de nuestra Sociedad y antiguo "león", el Dr. Bustamante, trabajó inicialmente por la erección de dicha clínica y que gracias al entusiasmo y espíritu de unión de los otorrinolaringólogos residentes en la ciudad de Torreón, pudo realizarse quizá con creces la labor iniciada por él. El Club de Leones que por momentos tuvo ciertos titubeos respecto a continuar sosteniendo la Clínica al darse cuenta de la importancia de los trabajos sobre Otorrinolaringología que se están llevando a cabo en toda la República Mexicana ofreció formalmente no dejar de contribuir por ningún motivo al sostenimiento de la misma.

Las damas, esposas y familiares de los señores médicos concurrentes a la reunión fueron objeto de múltiples atenciones de parte de las esposas de los médicos de Torreón. Cabe recordar aquí a dos distinguidas damas que trabajando con las esposas de los señores "leones" no médicos, preparaban personalmente el refrigerio que los concurrentes habían de paladear al terminar la presentación de trabajos de la mañana. Dichas damas son la Sra. del Dr. Inocencio de Lara y la Sra. del Dr. Alfonso Garibay Fernandez. Al finalizar la reunión se llevó a cabo la ceremonia de toma de posesión de la nueva mesa directiva, elegida previamente por la mayoría de los socios en la ciudad de México, que quedó integrada como sigue:

Presidente:	Sr. Dr. Juan Becerril C.
Secretario Anual:	Sr. Dr. Javier Castillo D.
Tesorero:	Sr. Dr. Roberto Sánchez, quien no se encontraba presente por no haber podido asistir a la reunión.

Entre las festividades ofrecidas a los concurrentes destacaron la cena ofrecida el jueves 4 por el Club de Leones de la ciudad de Torreón y el "Smoker" ofrecido por la Sociedad Mexicana de Otorrinolarin-

gología y Broncoesofagología el mismo día, antes de la cena. Ojalá que el ejemplo de dinamismo y organización que como colaboradores activos de la directiva de nuestra Sociedad han dado los señores socios residentes en Torreón, sea seguido en todas y cada una de las poblaciones importantes del interior de la República. Por lo pronto los Sres. médicos otorrinolaringólogos de Monterrey no solamente han solicitado su ingreso en nuestra sociedad sino que han ofrecido como sede de la próxima reunión bi-anual su propia ciudad.

El conocido socio Dr. Antonio de la Maza, ha hecho el mismo ofrecimiento; pero para que la reunión se lleve a cabo en la ciudad de San Luis Potosí.

Importante y grande actividad está en perspectiva para los miembros de la nueva mesa directiva de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología. La elección de los miembros fué calificada como atinada y merecida y es de esperarse que todos los socios trabajen intensamente por el engrandecimiento de la especialidad en nuestra patria.



DISCURSO DE APERTURA DEL DR. INOCENCIO DE LARA, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA DE "LA LAGUNA"

Señor Presidente de la Sociedad Mexicana de Otorrino-Laringología y Broncoesofagología,

Estimados compañeros:

Nos cuenta la leyenda que allá en el luminoso reino de Itaca, junto a las riveras del mar Jónico, se levantaba el majestuoso palacio de Alcinoos, milagro prodigioso de oro y mármol, envuelto por el palio de nácar, de las tibias y perfumadas mañanas de la antigua Grecia.

Aquél prócer tenía para los viajeros de todos los rumbos, abiertas las puertas de su mansión, en donde solían escanciar su vino generoso, confortable al cuerpo, cuantos llegasen con los ojos inundados con la luz de los horizontes y con las plantas ennegrecidas por el polvo del camino.

A semejanza de aquél generoso rey, nuestra Ciudad de Torreón, una de las hijas menores de nuestra amada Patria, abre sus puertas

para recibiros cordialmente, por que sabe, que sois portadores de un mensaje de alta cultura intelectual, por que conoce vuestros sacrificios al trocar las comodidades de vuestro hogar, por las molestias e incomodidades del camino para llegar hasta 'nosotros, por que sabe de la altísima misión que os trajo, a pesar de las distancias y de las inclemencias de esta tierra bravía.

Venís con el acervo de vuestra intelectualidad, a fortalecernos ante el drama de nuestra vida profesional, por que drama es, para todos los médicos, el conjunto de problemas médico-quirúrgicos, en la batalla que a diario sostenemos contra la enfermedad y la muerte. Lucha cruenta, callada y a veces dolorosa y que en ocasiones se hace sombría dentro de nuestro corazón, a veces luminosa e impregnada de infinitas satisfacciones espirituales, por que el médico hombre, se realiza constantemente con plenitud, no sólomente por su deber moral, sino también por el amor a la caridad, por ser el amor, valor supremo y plenitud del ser, como hermosamente lo expresara el Dr. Carrillo Azcárate, en recientes palabras, ante la Academia Mexicana de Cirugía. El Médico, en su objetivo sublime, se hace entrega perenne de su personalidad con valentía y dignidad.

Es para mí, un honor inmerecido, dirigir a ustedes estas sencillas palabras de salutación, en nombre de mi sociedad, en nombre de ocho médicos que os reciben con los brazos abiertos, ansiosos de hacer placentera vuestra estancia en Torreón, ansiosos de amenguar las incomodidades que seguramente encontraréis, pero sobre todo, ansiosos de recibir vuestras enseñanzas, que son pan de vida y amor.

También el cuerpo médico de la Laguna, por mi inmerecido conducto os dá la bienvenida y os asegura que sois motivo de verdadera complacencia, por la finalidad de estas jornadas científicas. Ellos y nosotros, esperamos que estas reuniones se repitan bi-anualmente en la provincia, como lazo amoroso de nuestro común destino.

Me hago portavoz, en este momento, de un grupo selecto de personas, que forman el Club de Leones de Torreón; éllas están pendientes de nuestras actividades por que las ven con simpatía, y participan de nuestra satisfacción al estar ustedes entre nosotros. Al esfuerzo personal de cada uno de los miembros de esta agrupación leonística, se debe, que Torreón, cuente con esta casa de salud y de trabajo; han hecho de un ideal, una realidad, una Clínica dedicada exclusivamente a la atención de enfermos de los ojos, oídos, nariz y garganta. En nombre del Club de Leones de Torreón, recibid su cordial bienvenida.

Vamos a vivir algunas horas de vida intelectual, dando a cada unidad de tiempo su verdadero valor; procuremos sacar el mayor provecho de nuestros trabajos, para tener la mejor recompensa. Nuestro espíritu se sentirá satisfecho al fin de estas jornadas, y podremos hacer nuevos proyectos para renovar nuestros anhelos del mañana. Todos ustedes, al final, se sentirán confortados al darse cuenta del esfuerzo realizado. Después, regresarán a sus hogares, en donde la esposa, o la dulce novia, o las pequeñas manecitas de vuestros hijos, extendidas al aire, os recibirán con inmensa alegría. Nosotros, los que nos quedamos, volveremos al taller del trabajo, formando nuevos proyectos con nuevas esperanzas, haciendo el balance de nuestra cosecha, valorizando debidamente vuestros esfuerzos y con el corazón lleno de inmensa gratitud.

Torreón, Coah. Mayo 2 de 1950.



TEMAS DEL SYMPOSIUM

I

Diagnóstico Diferencial de la Sinusitis

Sociedad de Oftalmología y Otorrinolaringología de la Laguna.

SINTOMAS GENERALES DE LAS SINUSITIS.—Podemos considerar que la sintomatología de las sinusitis gira, desde un punto de vista panorámico, alrededor de tres síntomas capitales: Escurrimiento, obstrucción nasal y dolor de cabeza.

El escurrimiento.—Es mucho más profuso que en el resfrío común y aparece primero por las dos fosas nasales para transformarse más tarde en unilateral.

La obstrucción nasal.—Se encuentra siempre en relación directa con el acúmulo y vaciamiento de la secreción dentro de la cavidad, aunque también interviene en cierta forma el edema de las mucosas.

El dolor de cabeza.—Es un síntoma que adquiere características muy especiales en las sinusitis y del cual podemos afirmar desde ahora, con cierta reticencia, que aparece preferentemente de tipo frontal, sin dependencia precisa con el seno que está enfermo y que su intensidad adquiere variaciones más o menos rítmicas con ciertos momentos del día, siempre en relación con la severidad de la infección y con el adecuado drenaje de las secreciones.

Junto con estos tres síntomas capitales aparecen otros de menos importancia, tales como fiebre, lascitud, insomnio, depresión y mareos en los casos agudos y anosmia, dolores neurálgicos, molestias faríngeas y respiratorias, etc. en los casos crónicos.

DIAGNOSTICO GENERAL DE LAS SINUSITIS.—El *escurrimiento nasal* es mucho más acentuado hacia el lado del seno o senos enfermos, con la característica de ser seroso en un principio para volverse más tarde mucopurulento; inodoro en el período agudo de las sinusitis, en las crónicas adquiere un cierto olor especial.

Es importante recalcar que el escurrimiento está siempre de acuerdo con la intensidad y severidad del padecimiento y que guarda una marcada y estrecha relación con el dolor de cabeza.

La obstrucción nasal.—Es altamente, intermitente, y siempre más marcada hacia el lado afectado.

El dolor de cabeza.—Adquiere una localización frontal intensa y circunscrita cuando corresponde a padecimiento de celdillas anteriores cuando adquiere localización occipital franca, corresponde a celdillas posteriores enfermas.

El drenaje del escurrimiento norma claramente la intermitencia del dolor.

Cuando el dolor aparece de localización frontal por las mañanas, con disminución de intensidad conforme corre el día indica generalmente que la sinusitis es frontal o etmoidal; la posición en que se encuentra el individuo en la cama durante la noche impide o dificulta el correcto drenaje del escurrimiento.

Cuando la intensidad del dolor aumenta conforme va pasando el día, podemos pensar en las sinusitis maxilares; y se explica por qué el drenaje es mejor y más fácil durante la noche debido a la posición del enfermo. Por el contrario, en la posición de pie el líquido dentro del seno se va hacia el fondo retardado con ello el vaciamiento hacia el exterior.

La localización del dolor, posterior, referida hacia el occipital y de aparición matutina, orienta el pensamiento hacia una sinusitis esfenoidal debido también a que el drenaje de este seno se retarda en la posición supina y se facilita en la posición de pie.

Sensibilidad a la palpación por los dedos.—Los sitios de elección para efectuar la palpación son los siguientes:

Para el *seno frontal*, la región infraorbital cerca del agujero supraorbital; para el *seno etmoidal*, la pared interna de la órbita; para el *seno maxilar*, sobre la fosa canina y para el *seno esfenoidal*, los globos oculares.

Inspección.—La localización del escurrimiento dentro de la cavidad misma de la nariz va a orientar precisamente hacia el seno enfermo: si el escurrimiento está situado en el piso de la fosa, muy posiblemente existe una sinusitis anterior; de otra manera, si se encuentra adueñándose de la faringe, la sinusitis será posterior.

En el diagnóstico de la sinusitis maxilar la cantidad del escurrimiento tiene mucha importancia ya que estará lógicamente derivado de la capacidad misma de dicho seno.

La mucosa nasal, correspondiente al lado afectado se encuentra enrojecida y edematosa y los cornetes con turgescencia y abultamiento; un cornete inferior hiperplásico es compañero de las sinusitis crónicas prolongadas, irritado por el escurrimiento pertinaz. Una mayor antigüedad del padecimiento traerá la degeneración polipoide.

Si el escurrimiento se encuentra localizado en el meato medio puede inferirse la existencia de una sinusitis maxilar, o de una sinusitis frontal o de una sinusitis etmoidal anterior.

Un escurrimiento descubierto en el meato superior hablará en favor de una sinusitis esfenoidal o de una sinusitis etmoidal posterior.

En algunos casos puede suceder que el paciente sospechoso de sinusitis no revele, en la inspección de la cavidad nasal, el escurrimiento. En estos casos conviene poner a la cabeza diferentes posiciones, con posición de pié para el seno frontal; ligeramente inclinada hacia adelante, para los senos etmoidales anteriores; hacia los lados, para los senos maxilares. Con estas maniobras es posible que después de algunos minutos aparezca el escurrimiento.

Una vez que se ha determinado que la sinusitis corresponde a celdillas anteriores o celdillas posteriores, urge la individualización del seno afectado.

Sondeo.—Esta maniobra practicada por el agujero natural o por punción puede dar en los senos accesibles datos positivos o negativos; en el primer caso no eliminamos la coexistencia de otros senos enfermos, en el segundo podemos absolver al seno vacío.

Transiluminación.—Este método de exploración es, desde ciertos puntos de vista de valor muy limitado, especialmente en los casos de sinusitis frontal y es impracticable en los casos de sinusitis etmoidal o esfenoidal; cuando por medio de ella se obtienen datos positivos correspondientes a senos frontales o maxilares puede sugerir la posibilidad de una mucosa engrosada o la existencia de líquido dentro del seno. Los datos negativos no adquieren resolución de diagnóstico.

Rayos X.—El estudio de las sinusitis por medio de los Rayos X es de inapreciable valor, no solamente para dar una idea de la anatomía misma del seno, sino también para revelarnos la extensión y la severidad del padecimiento. Buenas radiografías son capaces de mostrar engrosamientos de las mucosas, de señalar la presencia o ausencia de líquidos, pólipos, quistes, y osteítis o necrosis de las paredes huesosas de las cavidades. Este estudio, hecho con o sin instilaciones de medios opacos, puede llegar a limitar claramente el proceso patológico, y es

muy capaz de dar información sobre el funcionamiento ciliar, el funcionamiento de la mucosa y de la velocidad de eliminación de los medios opacos a través del agujero natural.

SENO MAXILAR

Es relativamente fácil, por regla general, hacer el diagnóstico de una sinusitis maxilar aguda ya que es de observación común que el enfermo mismo llega con el médico haciendo el diagnóstico, máxime si ha sufrido ataques anteriores.

Vienen a retocar el diagnóstico la historia de un catarro común prolongado, el dolor, la voz nasal y escurrimiento de secreciones. El dolor viene a localizarse exactamente en la mejilla o por debajo del ojo. Puede observarse en algunas ocasiones escurrimiento en el meato medio pero es frecuente que aparezca como único síntoma el enrojecimiento de los cornetes.

Cuando el padecimiento es clasificado en la clínica como subagudo, los síntomas anteriores aparecen un poco más acentuados; puede aparecer el síntoma tos y es común observar que el escurrimiento nasal es substituído por un acúmulo de secreciones en la rinofaringe dando lugar a molestias en esta región. En estos casos la maniobra de desalojamiento hacia atrás de las secreciones y el garraspeo facilita la estasis nasal.

Además de los síntomas ya relatados, el estudio radiográfico adquiere gran preponderancia en el caso de diagnóstico de las sinusitis maxilares crónicas. Sin embargo, no podemos dar por terminado ningún estudio de seno maxilar si no verificamos el sondeo o irrigación del mismo, pues no existe autorización para desechar la existencia de una sinusitis maxilar crónica si no se recurre a estas maniobras.

Existe un tipo de infección sinusal en la que la sintomatología aparece larvada, sin importancia aparente y en la que solo se encuentran síntomas lejanos en distintas partes del cuerpo; el paciente, que raramente cree tener una sinusitis, se queja de padecer dolores neuríticos, de fatigarse fácilmente y de tener propensión a catarros frecuentes y gripas. Los síntomas locales son indiferenciados, sin determinación precisa y constituidos solo por la presencia de mucosidades en la nariz, gofeo post-nasal, sensación molesta faríngea y tos crónica.

En estos casos la transiluminación y el estudio radiográfico no prestan ayuda efectiva, en cambio sí creemos de importancia la maniobra de Wattson Williams. (Inyectar 2 centímetros cúbicos de agua es-

téril dentro del seno; retirarla y efectuar exámen bacterioscópico y cultivo).

La anamnesis, la evolución del padecimiento y sobre todo el estudio correcto por medio de los Rayos X, vienen a establecer el diagnóstico diferencial con otros padecimientos del seno, tales como pólipos, quistes, fracturas, etc. En lo que respecta a diagnóstico diferencial con cuerpos extraños dentro de las cavidades paranasales, no urge una explicación amplia. Casi siempre la historia, particularmente en los casos de intervenciones recientes de cirugía oral, es suficiente para establecer el diagnóstico, máxime cuando agregamos a ello el estudio radiográfico.

Tratándose de hacer el diagnóstico diferencial entre una sinusitis crónica y un tumor maligno del seno maxilar, principalmente en su principio, y ésto lo hacemos extensivo para las demás cavidades paranasales, contamos con los siguientes procedimientos de diagnóstico: fundamentalmente la historia cuidada, la inspección, la rinoscopia, anterior y posterior, la endoscopia de la cavidad nasal, la palpación, la transiluminación, el estudio radiográfico, la irrigación y la biopsia. Este programa de exámen que aparentemente pudiera considerarse como completo, es frecuentemente insuficiente para lograr un diagnóstico ejemplar. El cuadro clínico que se observa en las neoplasias de las cavidades paranasales frecuentemente es motivo de confusión con otros cuadros clínicos caracterizados también por dolor, obstrucción nasal, escurrimiento, trastornos de nervios craneales y abotagamiento de la cara.

Muy probablemente el estudio por medio de los Rayos X alcanza el mérito de ser la maniobra primordial en el estudio e interpretación de las neoplasias de las cavidades paranasales.

En nuestro medio, aquí en la Laguna, es de gran importancia establecer el diagnóstico diferencial entre las sinusitis crónicas infecciosas y las sinusitis alérgicas, no complicadas, cosa que afortunadamente en la mayoría de los casos es relativamente fácil. En las sinusitis alérgicas no complicadas, existe una historia de alergia personal o familiar; el exámen nasal muestra una palidez difusa de la mucosa hiperplásica, a veces con pólipos y la secreción mucosa es cristalina como agua. Los Rayos X muestran un engrosamiento de todas las mucosas en contraposición con lo que se encuentra en las hiperplasias infecciosas, en las cuales hay una limitación clara en uno o más senos. En las sinusitis alérgicas la sombra radiográfica es borrosa y sin limitación precisa.

La desgracia estriba en que en muchas ocasiones el diagnóstico no es hecho tan tempranamente como debiera hacerse. La anamnesis es de capital importancia en el diagnóstico de una infección sinusal y aunque el enrojecimiento de la mucosa nasal, que no encontramos en las sinusitis alérgicas y el pus que se encuentra en la cavidad sugieren más bien el diagnóstico hacia la sinusitis infecciosa, seguramente que el principal síntoma para hacer la diferenciación de la rinosinusitis alérgica, es el ataque brusco de tapazón nasal seguido de descarga acuosa, de estornudos y de duración más o menos corta, con relación directa a la presencia en determinado momento del alérgeno responsable. Además, es importante recurrir al examen citológico del moco nasal, en las sinusitis hiperplásicas infecciosas se encuentra una gran preponderancia de polimorfonucleares y muy pocos eosinófilos.

SENO FRONTAL.

Adquiriendo características muy significativas en las inflamaciones de este seno, el dolor es el síntoma principal. Se localiza entre los dos ojos, encima de las cejas y generalmente irradia hacia la zona temporal, los movimientos de la cabeza, así como la percusión y palpación de la zona afectada lo influyen considerablemente.

Los antecedentes nasales y todos los medios de exploración que se han enumerado, fundamentalmente el sondeo, la irrigación y el estudio radiográfico vienen a completar el diagnóstico en casos de urgencia en la diferenciación con otras cefalalgias principalmente oculares, sifiliticas y por intoxicaciones que además presentan de por sí señalamientos que ayudan en la diferenciación diagnóstica.

En la sinusitis frontal puede o no existir el dolor tormentoso, lancinante; en cambio, si existe sensación de pesadez sobre la frente, con sentimiento desagradable a los movimientos de cabeza bruscos aparejados con inestabilidad general, fatiga, dificultad a la concentración del pensamiento, etc.

La transiluminación como método de diagnóstico no es concluyente, ya que una área oscura o borrosa no excluye, de ninguna manera, la posibilidad de un seno de muy poca profundidad o aún la ausencia del mismo; en cambio, la radiografía que muestra una opacidad en el lado enfermo, sí puede dar una mejor idea de la localización del padecimiento. Ahora, si al mismo tiempo encontramos que la transiluminación es difícil precisamente en ese lugar, el diagnóstico se hará más ra-

zonable, máxime si hace acto de presencia el escurrimiento en el meato medio.

No podemos dejar pasar por alto al hablar de sinusitis frontal, la posible existencia de *células frontales* que dando lugar frecuentemente a cuadros idénticos de sinusitis frontal, pueden desorientar el diagnóstico cuando el sondeo y la irrigación del seno frontal son negativos. La sitomatología de las células frontales enfermas ensamblan perfectamente en los síntomas de una sinusitis frontal. La mejor ayuda para el diagnóstico completo nos la proporciona el estudio por medio de los Rayos X.

Es muy importante hacer la diferenciación entre una sinusitis catarral o purulenta y la condición, relativamente frecuente en nuestros días, conocida con el nombre de *aerosinusitis*. Generalmente el diagnóstico se simplifica cuando la historia enseña que el dolor ha aparecido inmediatamente o poco después de que el individuo ha estado expuesto a cambios de presiones barométricas. En los casos severos especialmente cuando se producen hematomas submucosos, el paciente describe su sensación dolorosa diciendo que "Trae un pedazo de plomo o de metal sobre la frente". Un dato que sirve mucho en el diagnóstico es la epistaxis que aparece durante o después de la exposición al barotrauma. Las placas radiográficas son sugestivas cuando enseñan una discreta opacidad y engrosamiento de la mucosa. Otro dato orientador de diagnóstico es el que se refiere a la ausencia, en las aerosinusitis, de leucocitos y de fiebre.

SENOS ETMOIDALES.

Un seno etmoidal enfermo puede pasar desapercibido durante todo el tiempo en que nuestra atención esté dirigida a cualquiera de las cavidades que van a desembocar en el meato medio. El grupo sintomatológico constituido por escurrimiento nasal continuo, bloqueo, garganta irritada, tos crónica, lascitud general, no llegan a constituir nunca de por sí, un elemento fundamental de diagnóstico.

Con miras a facilitar este último, Shambaugh citado por Van Alyea, ha formado los siguientes cinco grupos clínicos:

1.—Este grupo está constituido por los síntomas *dolor y jaqueca*. El dolor no tiene una localización fija y podemos encontrarlo referido a la mejilla, a la región etmoidal, atrás de la cabeza, en la región parietal y profundamente en el oído. Casi siempre aparece después de un catarro común, lo que viene a servir para sospechar el origen sinusal.

El pasaje nasal se encuentra normal en todos sus aspectos y por los rayos X solo recogemos datos negativos.

2.—En este grupo se incluyen aquellos casos en que la sintomatología se presenta muy indiferenciada en forma de *infección remota* como iritis, neuritis, artritis, etc.

3.—*Una tos persistente* de causa indeterminada, es el síntoma único de los casos clasificados en este grupo.

4.—El dato principal está constituido por *ataques de catarro* común repetidos frecuentemente.

5.—Una *fiebre de origen inexplicable* es el síntoma que circunscribe este grupo. Tal vez sea el más importante si tomamos en cuenta que el síntoma fiebre raramente se encuentra en las infecciones crónicas de los otros senos.

Los síntomas generales que imanan de una etmoiditis crónica son los datos más principales en el diagnóstico diferencial de estos padecimientos. Ninguna de las demás infecciones de los senos paranasales son capaces de afectar al sistema general en la forma tan intensa y tan confusa como en los padecimientos de las celdillas etmoidales. Como se señaló anteriormente es de común observancia que los pacientes de etmoiditis den una historia de resfriados repetidos, descargas nasales, fatiga mental, adinamia, secreción, dolor neurítico y tos crónica.

Por su condición anatómica podemos considerar que el seno etmoidal es de los senos de la cara, el más difícil de un acceso directo para su reconocimiento clínico; de ahí que seguramente es el que necesita la mayor atención y dedicación del médico que no debe perder de vista ni olvidar que existen padecimientos de orden general, como por ejemplo los trastornos endócrinos, capaces de provocar alteraciones en las estructuras nasales que pueden, en cierto momento, hacer pensar en la sinusitis.

Shambaugh ha señalado el siguiente procedimiento útil en el diagnóstico de las sinusitis etmoidales; si el estudio radiográfico ha mostrado que los senos maxilares, frontales y esfenoidales están sanos, el paciente es colocado en la posición de Proetz. Se llena entonces una y otra nariz con solución de suero fisiológico con 0.25% de efedrina; si después de cuatro o seis aspiraciones se obtiene mocos o éste existe en el pañuelo del paciente cuando se suena la nariz al levantarse puede hacerse el diagnóstico de etmoiditis crónica.

Este mismo procedimiento es usado por Parkinson cuando trata de diferenciar un dolor de cabeza debido a ventilación imperfecta del pasaje nasal u ocasionado por otras causas.

SENO ESFENOIDAL

Es fácil, y así sucede realmente en la clínica diaria, que el médico dirija toda su atención hacia el grupo anterior de los senos de la cara; sin embargo, es verdaderamente justo y obligatorio que el examen de rutina de los enfermos de la nariz y de los senos sea completado siempre con el estudio del seno esfenoidal ya que los padecimientos originados en el mismo son siempre de fuerte repercusión en el estado general y particular del enfermo. Un seno esfenoidal enfermo presenta durante mucho tiempo como único síntoma el escurrimiento posterior de las secreciones nasales: descubrir en éste momento el origen de tal escurrimiento puede salvar al paciente de grandes y numerosas incomodidades posteriores.

La historia del enfermo y el estudio de su sintomatología que por regla general ilustran grandemente el diagnóstico en las demás sinusitis, tratándose de sinusitis esfenoidal carecen de valor. Para aclarar hasta donde es posible el diagnóstico se necesita ser meticoloso para reunir con toda acuciosidad los datos que van a derivarse de tres maniobras principales en este caso: La *radiografía* la *rinoscopia* posterior y el *sondeo*.

El dolor de cabeza puede tener como característica fundamental, que si no es muy intenso, sí es terco y sordo, refiriéndolo algunos pacientes hacia el vértex y otros hacia atrás de los ojos. En los casos muy crónicos se vuelve confusa su localización y puede pasar a las estructuras vecinas causando trastornos oculares y reacciones en el trayecto del quinto par.

Pueden también existir en las esfenoiditis crónicas, dolores reflejos sobre la mastoide y sobre los músculos del cuello con irradiación a la región vértigo que es influenciado considerablemente con los movimientos bruscos de la cabeza.

Es conveniente en el estudio de la esfenoiditis, y esto podemos aplicarlo también a las sinusitis etmoidales y frontales, hacer el diagnóstico diferencial con estados neurálgicos de la cara, principalmente del trigémino y del esfenopalatino que tenga otros orígenes. El estado neurálgico, en términos generales, se caracteriza por la aparición de intensos dolores en forma paroxística, o cuando menos agudas exacerbaciones de un dolor que no llega a desaparecer completamente en los intervalos, mientras que el dolor provocado por una sinusitis se mantiene más o menos localizado a una zona más o menos circunscrita; comienza a menudo en un punto determinado irradiándose a la correspondiente zona de influencia.

Además, es muy frecuente observar que los estados neurálgicos pueden aparecer otras manifestaciones nerviosas, tales como parestesias e hiperestesias y también espasmos y contracciones musculares a veces constituyendo francamente tics dolorosos como sucede en ciertas formas de neuralgias del trigémino.

Para terminar, solo haremos hincapié en que es importante en cualquier tipo de cefalálgia hacer un exámen cuidadoso de fosas nasales y de senos de la cara y no olvidar que existen también ciertas formas de otitis crónicas capaces de provocar ciertos dolores de cabeza, que en la mayor parte de las veces deben ser consideradas como manifestaciones irritativas de las meninges acompañados con frecuencia de vértigo y nistagmo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BALLENGER.—Diseases of the Nose, Throat and Ear, 8a. Edición 1943.
- 2.—BOIES.—Fundamentals of Otolaryngology 1949.
- 3.—BUSTAMANTE GURRIA A.—Comunicación personal.
- 4.—CLAIR HOWARD, JOHN Jr.—Foreign Bodies of the maxillary Sinus
Annals of otology, Rhinology and Laringology. Marzo de 1945.
- 5.—CAMPBELL, COLONEEL PAUL A.—Aerosinusitis. A. resumé Annals
of Otology, Rhinology and Laringology. Marzo de 1945.
- 6.—HARPER.—Citado por Van Alyea.
- 7.—IMPERATORI and BURMAN.—Diseases of the Nose and Throat 2a
Edición 1939.
- 8.—LEDERER.—Diseases of the Ear, Nose and Throat 4a. Edición 1945.
- 9.—M. MATTES.—Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas.
4a. Edición 1937.
- 10.—O. E. VAN ALYEA.—Nasal sinuses. 1942.
- 11.—RIDPATH.—Citado por Van Alyea.
- 12.—SHAMBAUGH GEORGE.—Citada por Van Alyea.
- 13.—CRIEP LEO H.—Rhinitis Allergic. The J. of A. M. A. Vol. 136 No. 9
Feb. 28-48.



Conducta Terapéutica en las Sinusitis Agudas

Unidad de Otorrinolaringología y Broncoesofagología del Hospital Juárez, México, D. F.

La sólo enunciación de éste tema abre ante nosotros un campo inmenso de la terapéutica otorrinolaringológica imposible de desarrollar en tan breve tiempo. Por tal motivo, sólo nos referiremos al estado agudo de una sinusitis infecciosa.

Hecha ésta pequeña aclaración, podemos entrar en materia diciendo que: En los últimos años, el tratamiento de las sinusitis agudas ha sufrido cambios apreciables, debidos fundamentalmente a las últimas contribuciones sobre fisiología y fisiopatología nasal; al mejor conocimiento de los factores que producen las diferentes clases de rinitis y al advenimiento de los antibióticos. Sin embargo, por encima de éstos progresos indiscutibles, es necesario tener siempre presentes determinadas normas generales, que permitan orientar el tratamiento poniendo a salvo de cualquier error. Estas normas son las que hemos seguido fielmente en la Unidad de Otorrinolaringología del Hospital Juárez de México; las cuales están condensadas en los siguientes postulados:

- 1.—Restituir la ventilación y drenaje de los senos paranasales.
- 2.—Vencer la infección.
- 3.—Proporcionar medicación sintomática.
- 4.—Mejorar el estado general del paciente y
- 5.—Seguir el tratamiento conservador, hasta donde sea posible.

El tratamiento de acuerdo con éstos postulados, presentará diferentes modalidades según el seno o senos de que se trate; factores etiológicos, eficientes y determinantes condiciones anatómicas de las fosas nasales y de los orificios de drenaje de los senos; la edad; las condiciones fisiológicas del paciente; y en general, las muy particulares de cada individuo.

1.—*RESTITUIR LA VENTILACION Y DRENAJE DE LOS SENOS PARANASALES:*

Es bien sabido que la mayoría de las sinusitis agudas, tienen como factor predisponente la insuficiente ventilación y drenaje de los senos. lo cual conduce a veces a formar una verdadera "cavidad cerrada". Debiéndose ésto a congestión, edema o a inflamación de la mucosa; o a condiciones anatómicas o mecánicas especiales, obstruyendo así el ostium.

La congestión, el edema o la inflamación, pueden ser reducidas por varias drogas de uso local o general. Entre las primeras, los vasoconstrictores adecuados en vehiculo salino-isotónico y con un p. H. ligeramente ácido; usados en forma de gotas, pulverizaciones o taponamientos embebidos en éstas soluciones. El uso de las gotas a la nariz, se efectuará cada hora recurriendo a la posición de Parkinson. Es pertinente enfatizar que éstas soluciones, con las características anotadas tienen generalmente un p. H. de 5.5 a 6.5, las cuales, no sólo son las mejor toleradas y las que mejor poder de penetración tienen, sino que además son las de mayor y efectiva acción terapéutica en éstos casos. Creemos conveniente decir que no usamos en éstos casos la medicación aceitosa intranasal, la razón es obvia.

El sulfato de atropina en forma de comprimidos de 0.00025 gr. a la dosis de tres comprimidos al día (en los adultos), por vía oral, ayudan a yugular la rinorrea favoreciendo la ventilación nasal. Algunos especialistas objetan que la atropina disminuye la actividad ciliar ya de por sí abatida; a pesar de ello, nosotros en la clínica diaria hemos obtenido muy buenos resultados con ésta medida de terapéutica general.

2.—*VENCER LA INFECCION:*

Contamos actualmente con la ayuda inmensa de las sulfas, la penicilina, la estreptomina y la tetracina.

No puede considerarse que las sulfas han sido desplazadas por los antibióticos, ya que pueden complementarse y sincronizarse adecuadamente. Las dejamos de usar, sólo en el caso de que los microorganismos se hacen resistentes a ellas, o cuando el paciente presenta signos y síntomas de hipersensibilidad o intoxicación.

De la tirotricina unas cuantas palabras: Generalmente no la usamos, ni siquiera localmente porque su toxicidad para algunos pacientes hace que su efectividad sea problemática. Además la bibliografía y la clínica nos informan de anosmias post-terapéuticas.

La penicilina y la dihidroestreptomina han obtenido una posición de gran importancia terapéutica en la afección de que se trata: En la Unidad administramos la penicilina y la estreptomina simultáneamente y por vía parenteral; sobre todo en el estado agudo de una sinusitis postgripal, en dosis altas con objeto de prevenir la antibiótico-resistencia: 300.000 U. O. de penicilina-procaína cada seis horas, junto con 0.25 gr. de la dihidroestreptomina, durante un período de siete días como mínimo.

Localmente no usamos éstos antibióticos porque hemos comprobado sus mediocres resultados. Los trabajos in-vitro han demostrado que generalmente los gérmenes que se encuentran en la fosa nasal, por razones desconocidas hasta la fecha, son generalmente antibiótico-resistentes; no así éstos mismos gérmenes cuando se encuentran en la cavidad paranasal; entonces sí son susceptibles de responder a la vía parenteral de la administración antibiótica.

Pero la antibióticoterapia no es una panacea; debe estar secundada sincrónicamente con los otros cuatro postulados que ya hemos enumerado. Aún así, será efectiva si se asocian a ella la precaución de administrarla oportunamente, en dosis suficientes, por un período de tiempo adecuado, por la vía más efectiva y cuando está dirigida contra los microorganismos sensibles.

3.—PROPORCIONAR MEDICACION SINTOMATICA:

Estará dirigida principalmente contra el dolor, la hipersecreción nasal, la fiebre, los vómitos y el malestar general. Parecería obvio insistir a éste respecto; sólo diremos que en tratándose de combatir el dolor, principiamos usando los analgésicos, sin tener empacho en prescribir si el caso lo amerita, la morfina a dosis adecuada.

4.—MEJORAR EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE:

Aunque ciertos padecimientos se enfoquen y parezcan regionales, ello es aparente. Las causas y sus consecuencias obran sobre todo el organismo. Es bien sabido que la enfermedad existe en todo el organismo, en la unidad biológica del individuo. Por éso todas las medidas terapéuticas contra la sinusitis aguda considerada aisladamente pueden resultar deficientes, si entre ellos faltan las destinadas a levantar el estado general del individuo y a aumentar sus defensas.

La permanencia en cama, más que conveniente es esencial. Un la-

xante. Los tonicardíacos, si el caso lo amerita. La vitaminoterapia general asociada a dosis altas de vitamina C. Así como el tratamiento de padecimientos o trastornos coexistentes.

5.—SEGUIR EL TRATAMIENTO CONSERVADOR HASTA DONDE SEA POSIBLE:

Es un principio generalmente aceptado, que durante el estado agudo de una sinusitis debe evitarse la intervención quirúrgica, así como las maniobras que tienden a traumatizar las estructuras óseas o los conductos de drenaje del seno. Este principio, debe ser más rígido en la actualidad, ya que contamos con las sulfas y la antibioticoterapia.

Son realmente muy pocos los casos en que *verdaderamente* es indispensable recurrir a maniobras cruentas para tratar una sinusitis aguda, si se han seguido rigurosamente los cinco postulados enumerados. Pero en fin, casos habrá en que la inminencia de una complicación nos haga actuar quirúrgicamente, como fenómenos orbitarios, meníngeos o de los senos venosos.

El sondeo del seno por las vías naturales, seguido de un lavado con solución salina fisiológica está indicado, si después de seguir rigurosamente nuestro tratamiento conservador nos encontramos que los síntomas no sólo persisten sino que se agravan.

También cuando al cabo de diez días encontramos un empiema en el seno. Claro está que muchas veces no es posible el cateterismo del seno por las vías naturales, sólo entonces pensaremos en otras maniobras cruentas; o bien será preferible tal vez, permitir que la sinusitis aguda pase a la cronicidad, ya que tenemos a nuestro alcance poder curar una sinusitis crónica, "en frío" y con una preparación adecuada del paciente.

En general, nosotros, en una sinusitis aguda "respetamos la virginidad del seno".

Ahora, vamos a referirnos muy someramente a los problemas que surgen en una sinusitis considerada aisladamente y que no hemos tocado en estas generalidades.

SINUSITIS FONTAL AGUDA:

El seno frontal es de los senos paranasales el que más fácilmente drena, debido ésto a su disposición anatómica. El ataque agudo de una sinusitis frontal es generalmente de corta duración. Si nada se hiciera

por restituir a la normalidad una sinusitis frontal aguda, muy probablemente, ésta curará por sí sólo en 5 a 7 días. Naturalmente que el otorrinolaringólogo debe llenar los cinco postulados y no exponer a su enfermo a una complicación o al paso del padecimiento a la cronicidad.

Si después del décimo día nos encontramos con un empiema o si los síntomas no mejoran o se agravan; intentamos el lavado del seno por las vías naturales. Sólo en caso de un fracaso del cateterismo frontal pensamos en el "Trephine"; y éso sólo ante la inminencia de una complicación. La trepanación del seno en el periodo agudo la condenamos, una operación radical tiene mayores probabilidades de éxito "en frío". Un sereno criterio médico es la mejor norma a seguir en estos casos.

SINUSITIS MAXILAR AGUDA:

Se acepta que la sinusitis maxilar tiende a menudo a la recuperación espontánea. Aquí el dolor no es tan intenso como en la sinusitis frontal aguda. Si después de diez días de haber seguido rigurosamente el tratamiento conservador, los síntomas persistieran o se agravaran y además comprobamos la presencia de un empiema, se impone como única maniobra armada el cateterismo del antro por las vías naturales, seguido de un lavado con solución salina fisiológica con objeto de producir el arrastre mecánico de las secreciones; pues los leucocitos polimorfonucleares presentes en el empiema contienen gran cantidad de enzimas proteolíticas. Estas enzimas disuelven los microbios fagocitados. En este exudado sin drenaje, los leucocitos citados llamados también células de pus, se desintegran y su contenido de enzimas proteolíticas atacan a la mucosa del seno y más tarde al hueso, produciendo una osteítis. Es por ésto que usamos el lavado en éstas condiciones, dándonos el mismo resultado el suero fisiológico que el suero con antibióticos para producir efectos curativos en éstas circunstancias. La punción del meato inferior nunca la practicamos en presencia de una sinusitis maxilar aguda.

SINUSITIS ETMOIDAL AGUDA:

Casi es imposible diagnosticar una etmoiditis aguda ya que en una rinitis aguda lo primero que sufre es el laberinto etmoidal. Tiende casi siempre a la recuperación, si una vez diagnosticado el proceso, se siguen rigurosamente los postulados enunciados arriba. Pero la sintomatología se agrava y aparecen fenómenos que nos hagan pensar en una complicación orbitaria, debemos pensar en una etmoidectomía parcial,

por la vía intranasal y procurando ser lo menos ávido posible. La etmoidectomía radical, en el período agudo de la etmoiditis, la condenamos.

SINUSITIS ESFENOIDAL AGUDA:

En éste caso, como en todos seguimos la pauta que nos marcan los cinco postulados; tenemos la precaución además de que al poco tiempo de instilar nuestros vasoconstrictores el enfermo deberá acostarse boca abajo, con objeto de favorecer el drenaje esfenoidal. Si el cuadro agudo persiste o se agrava, o surgen sospechas de complicaciones intracraniales o neurológicas, entonces se intentará el cateterismo y si éste no fuera posible tendríamos que recurrir a la ampliación del ostium esfenoidal por vía intranasal de preferencia.

CONCLUSIONES

Frente a un ataque agudo de sinusitis considerado aisladamente o considerado en grupos de dos o más senos, seguimos rigurosamente los siguientes postulados:

- 1.—Restituir la ventilación y drenaje de los senos paranasales.
- 2.—Vencer la infección.
- 3.—Proporcionar medicación sintomática.
- 4.—Mejorar el estado general del paciente y
- 5.—Seguir el tratamiento conservador hasta donde sea posible.

La conducta de apegarnos a éstas normas nos ha dado hoy por hoy resultados halagadores tanto en la Unidad de otorrinolaringología del Hospital Juárez como en nuestra clientela particular. Es muy satisfactorio para nosotros poder presentar el pensamiento contemporáneo de los especialistas que laboramos en éste Hospital.

Tratamiento de las Sinusitis Maxilar y de la Etmoiditis Anterior

Instituto Nacional de Cardiología, México, D. F.

Debemos recordar algunas generalidades para abordar el tema del tratamiento de las Sinusitis Maxilar y de la Etmoiditis anterior.

Con muy buen juicio Gurria Urgell dijo "toda rinitis es sinusitis"; por lo tanto, tratar la rinitis es tratar la sinusitis y al ceder la primera debe desaparecer la segunda; a menos que existan causas locales o generales que se lo impidan.

Entre las causas locales que pueden impedir la desaparición del proceso sinusal señalamos:

I.—Malformaciones del esqueleto de la cara:

a).—Senos pequeños, senos grandes, senos tabicados.

b).—Estrechamiento del meato medio.

c).—Desarrollo exagerado del cornete medio.

d).—Cambios anatómicos en la "bulla" etmoidalis.

e).—Apófisis uniciforme neumatizada.

f).—Desviaciones del septum nasal que producen aumento o disminución de la cavidad nasal.

II.—Alteraciones de la mucosa (hipertrofia, pólipos, tumores, etc.).

III.—Obstrucción total o parcial del Ostium Maxilar determinado por una o varias de las causas anteriores.

Entre las causas generales que pueden ayudar a la prolongación de un padecimiento de éste tipo tenemos:

La Diabetes, el déficit en el balanceo de los hidratos de carbono, la alergia, y en general cualquier padecimiento que abata las defensas generales.

Vale la pena señalar la importancia tan grande que tienen el conocimiento del estado general de los enfermos de sinusitis para no concentrar nuestra atención exclusivamente en las causas locales.

SINUSITIS MAXILAR

Existen tres formas:

- 1o.—Sinusitis Maxilar Rinógena.
- 2o.—Sinusitis Maxilar Alérgica.
- 3o.—Sinusitis Maxilar de Origen Dentario.

No trataremos en éste trabajo del tratamiento de la Sinusitis Maxilar Alérgica, por existir un capítulo especial en la Simposium.

TRATAMIENTO DE LA SINUSITIS MAXILAR AGUDA INFECCIOSA RINOGENA.

1o.—Tratamiento local. Se basa en dos hechos íntimamente ligados: La canalización y la aereación.

Para lograrlos contamos con:

- a).—Aspiración.
- b).—Vasoconstricciones en solución isotónica (neosinefrina o efedrina).
- c).—Método de Dowling.
- d).—Rayos infrarrojos, diatermia o revulsión.
- e).—Aerosoles.

TRATAMIENTO GENERAL.

- a).—Reposo en cama.
- b).—Antibióticos, de preferencia en forma combinada.
- c).—Atención del estado y padecimientos generales.
- d).—Proteinoterapia.

En el caso de presencia de pus, es conveniente hacer cultivos y vacunas.

Terminado el proceso agudo, deberán tratarse quirúrgica o médicamente, las causas que predispongan a la repetición del cuadro o su paso a la cronicidad, y así podemos hacer:

- a).—Resección submucosa del Septum.
- b).—Fractura del cornete medio.
- c).—Tratamiento quirúrgico de cornetes con sus "limitaciones muy estrictas".
- d).—Atención especial de las enfermedades generales.

TRATAMIENTO DE LA SINUSITIS MAXILAR CRONICA RINOGENA.

- 1o.—Local.
- a).—Aspiración.
- b).—Vasoconstrictores.
- c).—Lavados periódicos del seno por cateterismo, punciones o por medios de desalojamiento, (Proetz).
- d).—Aerosoles.

TRATAMIENTO GENERAL

- a).—Antibióticos, de preferencia en forma combinada.
- b).—Cultivos y vacunas.
- c).—Tratamiento adecuado a los estados generales.

Cuando después de un tiempo prudente de éste tipo de tratamiento en que el clínico considera el fracaso del mismo se recurre a procedimientos quirúrgicos que deberán lograr el fin deseado.

Estos son:

- 1o.—Antrotomía inframeática.
- 2o.—Operación de Luc-Caldwell sin resección de mucosa.
- 3o.—Operación de Luc-Caldwell con resección de mucosa.
- 4o.—Modificación de Denker.

TRATAMIENTO DE LA ETMOIDITIS ANTERIOR

Para la Etmoiditis anterior en sus formas aguda y crónica, el tratamiento es similar al de las Sinusitis Maxilar, en lo único que varía es en los tiempos referentes a la intervención quirúrgica, que pueden ser:

- 1o.—Prolongación hacia el etmoides anterior de la operación de Luc-Caldwell o resección de celdillas etmoidales por vía transenomaxilar.
- 2o.—Resección de etmoides anterior por vía intranasal.
- 3o.—Resección de etmoides anterior por vía externa.

La indicación de cada una de las técnicas quirúrgicas tanto de seno como de etmoides estarán a juicio del clínico según el cuadro que presente el paciente.

TRATAMIENTO DE LA SINUSITIS DE ORIGEN DENTARIO

- 1o.—Eliminación del foco dentario de origen.
- 2o.—En el caso agudo tratarlo como Sinusitis aguda .
- 3o.—En el caso crónico siempre hacer Luc-Caldwell con resección de mucosa y a veces de zonas óseas yuxta alveolares.
- 4o.—Obliteración del tracto fistuloso con mucosa palatina previa raspa del alveolo.
- 5o.—Prohibidos terminantemente los lavados y drenaje por los orificios dentarios.

Tratamiento de la Sinusitis Crónica Posterior

Hospital General de México, D. F.

Existe una serie de condiciones que consideramos de suma importancia tener en cuenta, antes de tomar una decisión respecto a tratamiento médico, médico-quirúrgico o quirúrgico, de una sinusitis posterior. Esta serie de condiciones que insensiblemente, por variaciones individuales, pasan de lo normal, o por lo menos de lo usual, a lo anormal o patológico, pueden ser en muchos casos el factor determinante de la cronicidad de la sinusitis, y por consiguiente su corrección o tratamiento representan un factor predominante en la curación, supresión de la sinusitis posterior. La serie de factores a que me refiero es como sigue:

Condiciones generales fisiológicas y patológicas.

Disposición anatómica extrasinusal.

Disposición anatómica intrasinusal.

Condiciones patológicas locales.

Características de la infección.

Condiciones generales fisiológicas y patológicas.

Desde luego que el sujeto en estado de funcionamiento orgánico general perfecto, no existe, pero entre las condiciones anormales: predisposición o estados francamente patológicos del sujeto hay algunos que deberán investigarse y ser tratados antes de emprender cualquiera maniobra local de tratamiento, que sin aquella precaución estaría encaminada al fracaso. Actualmente al examen general y minucioso del sujeto que padece una sinusitis posterior es básico en el tratamiento por instituir la investigación de discrasias glandulares, alteraciones en la química sanguínea o en la biometría hemática, deficiencias en la alimentación o avitaminosis, todos los estados de debilidad, tales como tuberculosis pulmonar, sífilis e infección focal, hacen al paciente más susceptible a la cronicidad de la afección.

Por medio de éste examen preliminar podrá encontrarse: un terre-

no diabético, artrítico, hipertiroideo, anémico, alérgico, etc. Lo primero entonces sería corregir, hasta donde sea posible las condiciones patológicas del sujeto, y solo así podrá evitar un fracaso en la terapéutica local ya sea médica o quirúrgica. Cuando se considere necesario hacer un tratamiento, con objeto de mejorar el estado general del paciente, se hará simultáneamente un tratamiento intranasal, que servirá como tratamiento de prueba para valorar la condición infecciosa local. De todos modos el tratamiento no deberá sostenerse más de cuatro a ocho semanas como máximo, al cabo de éste tiempo se habrá obtenido de él todo el beneficio que es capaz de dar, paciente y cirujano estarán convencidos si se logra o no una considerable mejoría, y por consiguiente estarán así mismo convencidos si el tratamiento quirúrgico es o no necesario.

Disposición anatómica extrasinusal.—Las condiciones anatómicas de la zona de las fosas nasales que rodea el recessus esfenoidal, tienen un papel definitivo en el tratamiento de la sinusitis, ya que en muchas ocasiones estas alteraciones de las fosas nasales, fueron las que determinaron la evolución de la sinusitis aguda en sinusitis crónica. Las desviaciones altas del tabique en la zona etmoidal, los espolones o crestas en la sutura etmoidovomeriana y finalmente la degeneración bulbosa del cornete medio, debida al desarrollo de celdillas etmoidales voluminosas en el interior del mismo, constituyen a nuestro modo de ver las causas más frecuentes que estorban o impiden la aereación y canalización de los senos del grupo posterior. La corrección quirúrgica de éstas alteraciones anatómicas es indispensable para establecer un tratamiento médico de prueba que permita juzgar de la seriedad de la afección de las cavidades sinusales. En muchas ocasiones, y puntualizaremos ésto posteriormente, aún cuando la desviación del tabique sea muy pequeña o no exista, en las fosas nasales estrechas es conveniente hacer la resección submucosa, como intervención previa a cualquier tratamiento sinusal médico o quirúrgico, pues la intervención transformando al tabique en septum membranoso, aumenta la aereación por la supresión del grosor del esqueleto, y además es fácilmente rechazable hacia el lado opuesto, mejorando la visibilidad, para llevar a cabo tratamiento médico o maniobras quirúrgicas en el lado afectado.

Disposición anatómica intrasinusal.—La gran variedad en tamaño y forma de los senos esfenoidales requiere un tratamiento por así decirlo individual, especialmente cuando existe la indicación quirúrgica. Para tener una referencia a éste respecto, bástanos indicar las observaciones de Barnhell y Mellinger, los que encontraron en 91 cráneos las medidas extremas siguientes: altura 9 mm. anchura 5 mm. en el más

pequeño. Altura 30 mm. anchura 40 mm. y largo 40 mm. en el más grande, esto nos da una idea de la gran variedad en tamaño y capacidad de las cavidades esfenoidales. Si a esto se agrega la posición casi siempre caprichosa del tabique intersinusal, la existencia de tabicamientos parciales en el interior de la cavidad y la presencia de prolongamientos dentro de las estructuras óseas vecinas, tendrá que admitirse la necesidad de elegir diferentes vías de acceso y diferentes procedimientos quirúrgicos de canalización, de acuerdo con el tamaño y prolongaciones del seno esfenoidal de que se trata.

Condiciones patológicas locales.—Este capítulo se refiere a las alteraciones anatomopatológicas de los tejidos de la zona etmoidoesfenoidal. Las correspondientes a la mucosa se clasifican en cinco grupos: (1) Sinusitis hipertróficas o polipoides. (2) Sinusitis esclerosantes (atróficas). (3) Sinusitis papilar. (4) Sinusitis folicular. (5) Sinusitis glandulares o edematosas.

En las alteraciones correspondientes al hueso, hay dos tipos de cambios óseos que pueden asociarse a cualquier tipo de sinusitis crónica: primero Osteoporosis, que puede ser causada por los procesos patológicos osteoclástico y halisteresis. El segundo es osteítítico osteoblástico. Se presentan frecuentemente en los procesos poliposos antiguos en los cuales se afecta la nutrición del hueso y aparecen fenómenos de descalcificación y reabsorción, y en la región etmoidal puede suceder zación del recessus esfenoidesfenoidal, de manera que no hay que apresuradamente en las alteraciones *hipertróficas* o *polipoides* se modifican pólipos represente un peligro de complicación intracraneal. Frecuentemente en forma sorprendente al lograr la aereación y canalización que la osteoporosis esté tan avanzada que la simple extracción de los pólipos a hacer maniobras quirúrgicas sobre una mucosa alterada, sino esperar el resultado de los tratamientos médicos que al empezar a modificar las condiciones locales, formarán un ciclo favorable entre modificación de las condiciones hipertróficas y efectividad del tratamiento médico, que será más fácil de llevar a cabo y obrará en forma más efectiva y profunda a medida que el estado hipertrófico ceda. Las formas *esclerosantes atróficas*, están constituidas por endarteritis y periarteritis de las arteriolas terminales, lo que trae consigo una disminución del grosor de la mucosa, pérdida de las pestañas vibrátiles y algunas metaplasias en las celdillas con degeneración y atrofia de las celdillas secretoras. En este caso es preferible abstenerse de toda maniobra quirúrgica y reforzar el tratamiento local con el tratamiento general adecuado, que mejore las condiciones del sujeto y la circulación en las arterio-

las terminales. En la *sinusitis hipertrófica papilar*, es una hiperplasia de la mucosa y no un desarrollo tumoral papilomatoso, como algunos autores lo sostienen, sin embargo lo importante de ésta alteración histopatológica, es que frecuentemente se le toma equivocadamente, como una lesión precancerosa, o aún, por un carcinoma papilar o adenocarcinoma. Contra éste diagnóstico erróneo hay que estar prevenido, e insistir en varios estudios histopatológicos, haciendo notar la posibilidad de la confusión, tanto más cuanto que algunas veces se acompaña de destrucción del hueso por la presión desarrollada por la hiperplasia del epitelio, pero sin invasión del hueso característica del carcinoma. Esta afección de la mucosa sinusal, que se presenta esencialmente en el etmoides, se ha atribuido a la acción de un virus (no comprobado) sobre la cual aparecería una infección sobreagregada, que dará propiamente el carácter de sinusitis. En este tipo de afección además de los cánones de aereación y canalización, es conveniente hacer electrocoagulaciones limitadas por el método mono o bipolar.

Sinusitis folicular, sinusitis glandular.—Desde el punto de vista de la terapéutica, pueden ser consideradas en conjunto, con las sinusitis hipertróficas.

Características de la infección.—Este capítulo corresponde en realidad a otra porción del simposium, y seguramente habrá sido ya tratado extensamente.

Tratamiento médico local.—Cuando la sinusitis crónica es relativamente reciente, los cambios moderados en los tejidos y la zona afectada limitada puede ser, en algunos casos, a celdillas etmoidales solamente, se hará el tratamiento médico bajo ligera anestesia local, se luxa el cornete medio hacia afuera y se hace una succión capilar directa en la zona afectada, después de lo cual podrá introducirse al área enferma la medicación deseada, ya sea por atomización capilar, o por la aplicación de algodones o gasas empapadas en solución antiséptica antibiótica o sondeo y lavado de la cavidad, etc.

Tratamiento quirúrgico conservador.—Se aplicará cuando el tratamiento médico no resulte en un beneficio considerable, o bien cuando el examen inicial revele una alteración de los tejidos, lo suficientemente avanzada para perder la esperanza de cura por cualquier otro tratamiento no quirúrgico. La cirugía conservadora tiene por objeto suprimir la obstrucción posterior de las fosas nasales con objeto de proporcionar una ventilación adecuada y por otra parte lograr un drenaje intranasal permanente a expensas de la extirpación de tejido patológico. Este tratamiento quirúrgico conservador tendrá éxito solamente cuan-

do las condiciones patológicas generales que pudieran existir, estén perfectamente controladas. Las intervenciones que comprende la cirugía conservadora, son de diferentes tipos y sus indicaciones son variables.

Tratamiento quirúrgico sinusal.—Se llevará a cabo solamente cuando los tratamientos anteriores hubieran fracasado.

Indicaciones.—Deberá tomarse en cuenta cuando los tejidos han perdido su apariencia normal, y las condiciones fisiológicas de la zona etmoidoesfenoidal, se han alterado en forma permanente. Esto quiere decir que los fenómenos inflamatorios existentes no hayan sido modificados por el tratamiento local, lo cual sucede cuando hay alteraciones en los tejidos que pueden ser esencialmente de dos clases: la hiperplasia con poliposis, y la supuración permanente de la superficie mucosa. En los primeros, se provoca una oclusión parcial o total de los orificios normales de drenaje de las cavidades, lo cual dada la profundidad y anfractuosidad de la zona esfenoidal, requiere la exanteración completa de la cápsula correspondiente al etmoides posterior. La etmoidectomía intranasal, está especialmente indicada cuando existan pólipos en la parte posterior del cornete medio y en la región etmoidal. Esta intervención además de llenar los requisitos mencionados, a saber, aereación y canalización del recessus esfenoidal, permite lograr un amplio campo, que facilitará cualquier maniobra terapéutica posterior sobre el seno esfenoidal. La intervención quirúrgica está así mismo indicada, cuando hay necrosis ósea o complicaciones intracraneales u oculares que requieren atención inmediata.

Tratamiento quirúrgico radical.—El tratamiento quirúrgico radical en la sinusitis posterior lo hacemos actualmente empleando tres técnicas diferentes, según el caso, de estas tres técnicas, dos son por vía externa y una por vía endonasal. Las de vía externa están indicados principalmente cuando hay infección concomitante de los senos maxilar y frontal, y a través de ellos se alcanza el grupo posterior con facilidad logrando una gran visibilidad y una amplia canalización, por extensas que sean las cavidades esfenoidales. En nuestra opinión precisamente el desarrollo exagerado de las cavidades esfenoidales constituye por sí mismo, una indicación para abordarlas por la vía del seno maxilar aún cuando éste no se encuentre comprometido. La vía intranasal tiene sus indicaciones, cuando las fosas nasales ofrecen una amplitud quirúrgica suficiente, o bien cuando se han hecho operaciones intranasales previas, con objeto de mejorar la aereación y canalización de las cavidades posteriores, sin haber logrado con esto la desaparición de la infección sinusal. Además de las técnicas mencionadas arriba, en

algunas ocasiones, muy raras por cierto, en que hay infección de ambas cavidades esfenoidales sin que el etmoides posterior se encuentre comprometido desde el punto de vista quirúrgico, hemos hecho la canalización de éstas cavidades por la vía del tabique nasal, esta técnica es ampliamente conocida, por su naturaleza no se presta a modalidades individuales, por consiguiente no vamos a describirla. Aquí describiremos solamente algunos detalles de las tres técnicas mencionadas arriba, refiriéndonos a su modalidad de extensión hacia las cavidades posteriores.

Técnica quirúrgica endonasal.—Esta técnica debe llevarse a cabo en un sujeto al que se le haya premedicado cuidadosa y potentemente. Acostumbramos administrar un nembutal la noche anterior a la operación, otro nembutal dos horas antes de la intervención administrado por vía oral, un supositorio de nembutal una hora antes, y una inyección de sedante que puede ser: derivado del opio, morfina, papaverina, o bien un compuesto sintético como el demerol. En algunos sujetos en los que la sedación aparece exagerada en el momento en que va a aplicarse la anestesia local, se les aplicará coramina por vía intramuscular. La anestesia local preferimos llevarla a cabo principalmente haciendo la infiltración de los nervios etmoidales, por la vía orbitaria y del esfenopalatino, por la vía nasal. Terminada la anestesia, ya sea por infiltración o imbibición, o por la combinación de ambos procedimientos, se procura, primero la localización del ostium esfenoidal, por medio de sondeo. Se aprecia entonces la amplitud de la vía, y se determina si es indispensable o no, reseca una parte del cornete medio, casi siempre es preferible hacerlo en forma más o menos extensa, según las condiciones locales de infiltración de los tejidos, pólipos, etc. La resección de la porción posterior del cornete medio, se hace en forma oblicua desde su borde inferior, hacia arriba y atrás, hacia el ostium esfenoidal; esta resección se lleva a cabo con el cincel de Hajek, o bien con una tijera adecuada, una u otra secundadas por la pinza de Luc, la cual con un ligero movimiento rotario desprende en su totalidad la porción requerida. Esto nos da una visión amplia, de la zona esfenoetmoidal. Por lo que al esfenoides se refiere somos de opinión, de acuerdo con la mayoría de los autores, de que el ostium debe respetarse y se hará la entrada al seno con la cucharilla de Ridpath, o con cualquier otro instrumento, pero siempre a través de la pared anterior, tan cerca del tabique nasal como sea posible, de éste punto de perforación inicial, se extiende la abertura un poco hacia arriba y especialmente hacia abajo, paralelamente al septum, dándole una forma lineal vertical, y procurando en-

tonces introducir la pinza sacabocados, que deberá dirigirse hacia la línea media ampliando la abertura precisamente a expensas de la zona inmediatamente al septum hacia arriba y hacia abajo, hasta el piso sinusal dejándolo intacto. El orificio podrá ampliarse más o menos, según se juzgue conveniente, respetando el ostium y la zona que se encuentre situada hacia abajo y hacia afuera del mismo. Es preferible no tratar de llevar a cabo maniobras radicales en el interior de la cavidad sinusal, al cabo de 48 ó 72 horas se estará sorprendido de los cambios saludables que se observan, sobre los tejidos infectados, sobre todo si el tratamiento quirúrgico es seguido del tratamiento médico adecuado. Además es de tenerse en cuenta que las dehiscencias en las paredes óseas de ésta cavidad, son más frecuentes que en cualquiera otra y por consiguiente un raspado es extremadamente peligroso. Para terminar la operación es preferible no taponar a menos que la hemorragia sea considerable, en cuyo caso se utilizarán pequeños pedazos de material reabsorbible, que se aplicarán sobre la zona sangrante dejando la fosa nasal completamente libre. Respecto a los cuidados postoperatorios, acostumbramos aplicar penicilina asociada con, o seguida de sulfamintoterapia, pero debe insistirse especialmente sobre la posición óptima de canalización de la cavidad, colocando al enfermo boca abajo, pudiéndose hacer cambiar de posición, colocándolo sentado, recargando la frente sobre los brazos cruzados hacia adelante, siempre de manera que la nariz quede en posición declive.

A través del seno maxilar.—La cirugía etmoidoesfenoidal, siguiendo la vía del antro de Highmore, encuentra su principal indicación en los casos de gran amplitud de los senos posteriores, y cuando existe alguna complicación de neuritis óptica o cuando la fosa nasal es exageradamente estrecha. Se hace la anestesia regional del maxilar superior por la vía orbitaria o suborbitaria, haciendo un botón de infiltración en la zona del agujero esfenopalatino y anestesia local superficial de la mucosa nasal. Se abre la pared anterior del seno maxilar en forma adecuada para exponer ampliamente el ángulo súperinterno de la cavidad, es conveniente en algunos casos hacer la abertura semejante a la de la operación de Denker. En la parte más posterior del ángulo superointerno haciendo una ligera presión hacia arriba se rompe, la lámina divisoria y se está dentro de la zona etmoidal posterior. En este momento es conveniente tener a la vista las radiografías, con objeto de juzgar de la extensión de las cavidades y tomar los puntos de referencia útiles para controlar el raspado. Una vez iniciado éste movimiento, se introduce una cucharilla por la vía nasal dirigiéndola hacia la zona que se

ha despejado a través del maxilar, vigilando por ésta vía su aparición en el campo operatorio. En esta forma se obtienen dos líneas de referencia, una nasal, y otra maxilar, que al converger en el campo operatorio permiten una mejor orientación y mayor precisión en el manejo de los instrumentos. La extirpación del tejido enfermo puede hacerse en parte por la nariz, y en parte por la vía del maxilar, según convenga en cada caso. En una u otra forma, el raspado deberá siempre practicarse con suavidad y cautela pues si bien es cierto que el techo de la cápsula del etmoides es generalmente resistente, existen grandes variaciones individuales, y en algunos casos se encuentra reducida a una lámina papirácea. El peligro es mayor todavía, en el ángulo súpero-interno de la cápsula etmoidal, donde el techo etmoidal se une con la parte posterior de la lámina cribosa, queda en un nivel ligeramente inferior al del techo del etmoides. En esta línea de unión la fragilidad es extrema, aún en condiciones anatómicas normales. Terminada la exanteración del tejido enfermo, se examina la cavidad cuya superficie debe ser tan lisa y unida como sea posible, se hace entonces una canalización suficiente hacia la fosa nasal, y digo suficiente porque su amplitud estará de acuerdo con las condiciones de la fosa nasal y la amplitud misma de las cavidades sinusales. Deberá conservarse toda la mucosa sana que sea posible y conservar así mismo la arquitectura normal intranasal, siempre logrando una aereación adecuada y canalización perfecta de la zona operada.

Trepanación por vía frontal.—La intervención por la vía frontal, se lleva a cabo generalmente cuando se han aplicado ya otros procedimientos quirúrgicos que han fracasado, o bien cuando existe una pansinusitis y el seno frontal requiere canalización. Para los senos posteriores este procedimiento constituye el más radical, pues se extirpa toda la masa lateral del etmoides excepto la mitad posterior de la lámina papirácea y el techo, y se extirpan también la cara anterior y el piso del seno esfenoidal. Por lo que a senos posteriores se refiere y en forma sucinta, la intervención se conduce como sigue: a través de la abertura orbitaria, se introduce la pinza gubia y se quita la pared anterior, del seno esfenoidal respetando hacia arriba el piso del cráneo y hacia abajo la esfenopalatina. Se liga la arteria en el ángulo infero-externo del seno y se procede a quitar el piso hasta la línea media. Es preferible conservar el mucoperiostio, y adaptarlo hacia arriba recubriendo el borde libre del hueso cortado. Si hay hemorragia se acomodará un poco de esponja de gelatina. Los cuidados postoperatorios, son los mismos que en los procedimientos quirúrgicos descritos anteriormente.

Sinusitis y Alergias

CONCEPTO OTORRINOLARINGOLOGICO DE LA ALERGIA NASAL, RINOSINUSITIS ALERGICA.

Hospital Central Militar.

El término rinosinusitis alérgica designa un gran número de cuadros clínicos cuyo substratum es la inflamación alérgica de la mucosa.

Han sido sugeridos un considerable número de términos para designar este síndrome: Rinitis vaso-motora, rinitis alérgica perenne, rinitis paroxismal, rinitis nerviosa, coriza alérgica de contacto, coriza espasmódica, coriza atópica, rinopatía alérgica y rinitis extrínseca e intrínseca. La diversidad de estos nombres indica el gran número de cuadros de orden alérgico que puede presentar la mucosa rinosinusal.

La sugestión de dividirla en rinosinusitis extrínseca e intrínseca, basándose en el punto de partida de alérgeno causal nos parece, acertada. Los factores extrínsecos son principalmente sustancias inhalantes; intrínsecos son los que están en el sujeto mismo y que por cualquier causa se ponen en actividad.

ETIOLOGIA.—Los alérgenos que con mayor frecuencia provocan rinosinusitis alérgica en nuestro medio son:

Estudios Hechos por el Dr. Salazar Mayén en 3000 historias clínicas de enfermos alérgicos, encontró: que 1200 (40%) enfermos, padecían alergia respiratoria, de ellos 296 (24%) padecían asma, 512 . . . (42%) rinosinusitis alérgica, 118 (10%) fiebre de Heno y el 24% restante de manifestaciones asociadas nasales y bronquiales. El polvo es el agente etiológico que con mayor frecuencia provoca alergia respiratoria en la ciudad de México. Hay que hacer notar que las ciudades como Tampico, Mazatlán y México el papel que tienen como alérgenos los hongos, es de gran importancia por la humedad del terreno.

ANATOMIA PATOLOGICA.—Como Hansel ha demostrado en su trabajo experimental, los cambios histopatológicos que ocurren en

la mucosa de la nariz y de los senos para-nasales en pacientes con rinosinusitis alérgica son, en principio, similares a los que ocurren en la mucosa bronquial en asma alérgica. Al principio se puede observar edema e infiltración eosinofílica de las capas epiteliales y sub-epiteliales. En etapas más avanzadas, hay engrosamiento, hiperplasia, degeneraciones polipoides de la capa epitelial, edema, infiltración eosinofílica así como mononucleares en la capa sub-epitelial, hipertrofia y actividad hipersecretoria de las glándulas mucosas, dilatación de los vasos y proliferación del tejido conectivo. El proceso puede también extenderse a los huesos donde cambios parcialmente hipertróficos y atróficos pueden aparecer. Cuando una infección secundaria se establece, los leucocitos eosinófilos son reemplazados por neutrófilos. Por los cambios histopatológicos que sufre la mucosa rino-sinusal es fácil comprender el porqué de la frecuente asociación con la infección.

SINTOMATOLOGIA.—En los padecimientos alérgicos, cuando la mucosa rinosinusal es órgano de choque (shock) la sintomatología que con mayor frecuencia suele presentar puede ser dividida en cuatro grupos:

1.—Hidrorrea nasal, caracterizada por secreción acuosa clara, que contiene muy poco moco. Si esto persiste por varios días la secreción será de mayor densidad.

2.—Hidrorrea nasal, asociada con crisis de estornudos y obstrucción nasal.

3.—Cefalea de origen sinusal, depresión mental, lascitud y manifestaciones constitucionales.

4.—Déficit en la ventilación nasal, manifestaciones rinofaríngeas, secreción post-nasal gruesa con eosinofilia no marcada pero suficiente para ser de significación para el diagnóstico y prurito naso-oculo-faríngeo.

En caso de complicarse la rinosinusitis alérgica con un proceso infeccioso, la sintomatología será más compleja por añadirse los síntomas de la infección. La complejidad de estos síntomas es naturalmente muy grande y la determinación clínica de qué es lo que corresponde a cada una de ellas es casi imposible.

Lo primero que ocurre pensar es cómo actúa la infección en el cuadro alérgico. Hay cosas que sabemos, otras que sospechamos y otras que ignoramos totalmente. El hecho innegable es que algunas infecciones respiratorias dan cuadros alérgicos, siendo los gérmenes los que actúan como alérgenos por sí mismos o por sus toxinas, pudiendo ha-

cerlo a través de las modificaciones tisulares que provocan y producir así la sintomatología de que hablamos.

De esto se desprende el porqué una forma de sinusitis favorece la aparición de la otra.

DIAGNOSTICO.—El primer paso para establecer el diagnóstico es el interrogatorio cuidadoso, teniendo especial cuidado en los antecedentes familiares de alergia y la forma del principio del padecimiento. Por los datos obtenidos, haremos las pruebas cutáneas necesarias. Si hay razón para sospechar de un alérgeno inhalante, se hará una prueba nasal directa con el alérgeno que se sospeche. La lectura de las pruebas se valorizan de acuerdo con el cuadro clínico del paciente.

Sin embargo, algunos alergólogos han demostrado que las pruebas cutáneas muchas veces son negativas, mientras que las pruebas directas nasales por insuflación o por técnica intramucosa dan reacciones positivas. Cuando hay sospecha de un alérgeno ingestante están indicadas dietas de eliminación y de prueba. Si hay infección asociada en la nariz o senos para-nasales debe hacerse un cultivo de las secreciones y hacer pruebas en la piel con vacuna autógena.

Queremos recalcar la importancia que tiene el conocimiento citológico de la secreción nasal en el diagnóstico de los padecimientos alérgicos nasales. Cuando sea posible, el mismo rinólogo deberá practicar estos exámenes, pues basta una simple coloración de Giemsa y llevarlo al microscopio para ver el número de eosinófilos presentes en la secreción, dato en que se apoya para sospechar un padecimiento alérgico. En caso de encontrar que los neutrófilos son los que predominan, se sospechará una infección agregada cuando sepamos que el paciente es alérgico. Es necesario, sin embargo, hacer estudios citológicos por largo tiempo, porque no pocas veces sucede que no se observan eosinófilos en los primeros exámenes, ya porque la descarga nasal sea muy profusa y no contenga células, o porque el examen es hecho muy al principio de la alergia nasal y a veces por motivos que desconocemos.

Los resultados de estos repetidos estudios citológicos, deben ser interpretados solamente en correlación con los síntomas clínicos, con los cambios de la mucosa nasal y con la bacteriología de la misma.

La exploración armada se hará con todo cuidado para descubrir las causas que pueden favorecer el desarrollo del proceso alérgico, valorizando con criterio cada uno de los signos encontrados; comprendiendo ésta: rinoscopia anterior (con o sin retracción), faringoscopia, transiluminación, sondeo y punción, proetz, radiografías (simple, tomografía y con sustancias opacas). En ocasiones será necesario hacer antroscop-

pía para conocer con exactitud el estado de la mucosa de los senos maxilares y así justificar un acto quirúrgico.

PRONOSTICO.—Los resultados dependen de muchos factores. El paciente debe dar una cooperación inteligente, debiendo saber que no todos los casos pueden ser curados. Si es posible encontrar el factor o factores etiológicos se simplificará el tratamiento. Es por ello importante hacer las pruebas y la interpretación correcta, así como el tratamiento adecuado nasal.

TRATAMIENTO.—Cuantas veces sea posible encontrar los alérgenos causantes de la rinosinusitis alérgica, el tratamiento será etiológico; pero desgraciadamente esto es lo que acontece con menos frecuencia. Pasamos por alto el tratamiento anti-alérgico por ser cada caso un problema individual.

El tratamiento de la sinusitis infecciosa crónica, en la que interviene un factor alérgico, o de la sinusitis alérgica, en la cual existe un factor infeccioso que complica el cuadro, es, ha sido y será por largo tiempo, motivo de discusión de porqué algunos trastornos endócrinos modifican o determinan cuadros alérgicos complejos.

Según Hansel todo acto quirúrgico en la nariz y senos paranasales debe ser hecho con la idea de restaurar la función y eliminar la infección haciendo a un lado el factor alergia en el cual existen síntomas y cambios patológicos iguales como si no existiera una condición alérgica.

En todos los casos de sinusitis crónica, debe tratar de identificarse los factores que determinan su cronicidad, especialmente los alérgicos, los metabólicos y los endócrinos.

Si se sospecha un factor alérgico se debe tratar de identificarlo para hacer desensibilización específica; si no es posible, hacer tratamiento desensibilizante general.

Tratamiento local a base de lavados con suero fisiológico a través del ostium (penicilina y sulfas son inútiles).

En caso de infección de un solo seno indica infección y no alergia.

En las sinusitis múltiples o cuando existen imposibilidad de sondeo.

Proetz.

El tratamiento quirúrgico se impone a veces. La sinusectomía es el ideal (imposible para el seno maxilar y muy difícil en los senos etmoidales).

VI

La Sinusitis en los Niños

Hospital Infantil de México.

Ofrecemos a ustedes en este trabajo los frutos que de la tarea cotidiana en el servicio de Oídos Nariz y Garganta del Hospital Infantil hemos obtenido.

Mueve nuestra intención para escribir este trabajo el sentir que muy poca o casi ninguna importancia se le dá en el campo de nuestra especialidad a la sinusitis en los niños; tanto los médicos generales como los pediatras y aun entre los otorrinolaringólogos.

Antes de iniciar el desarrollo del tema se hace necesario hablar un poco sobre los que podríamos llamar antecedentes de las sinusitis. Es forzoso considerar la relación que existe de entre un coriza agudo, cualquiera que sea su etiología, y las infecciones de las cavidades que se relacionan con la nariz.

Toda afección catarral de la mucosa nasal por benigna que sea, provoca congestión de la mucosa, ingurgitación de las estructurales laterales y por lo anterior, dificultad para el paso de la corriente de aire inspirada. Esa obstrucción sostenida por algún tiempo más o menos largo es una verdadera oportunidad para que los gérmenes que produjeron la primitiva infección o los que comunmente existen en la fosa nasal, se encuentren en un medio ideal para su desarrollo y proliferación más o menos exuberante. Este fenómeno que inicia su desarrollo en la mucosa de la fosa nasal, se extiende fácilmente en el niño, por simple contigüidad, a la mucosa que tapiza las cavidades paranasales, en donde por la misma topografía anatómica se pueden constituir recovecos que albergan mucosidad, a una temperatura especial, sin aereación, que favorecen muy atinadamente se inicie el proceso que propiamente llamamos sinusitis.

Una vez aclarado el concepto que explica la sinusitis a partir del catarro común, vamos a explicar que en el niño son más frecuentes las sinusitis, sencillamente porque en el niño los catarros son también más frecuentes.

Las causas que condicionan esa mayor frecuencia de los padecimientos riníticos en los niños son las siguientes: mayor sensibilidad a los cambios de temperatura, mayor percibilidad de las reacciones alérgicas por los diferentes alérgenos que en los primeros años de la vida del chico se van poniendo en contacto con su organismo a medida que él se desarrolla, (formando anticuerpos que manifiestan trastornos de la mucosa nasal como órgano de choque electivo) otras causas serían las enfermedades propias de la infancia que la mayoría se manifiestan por trastornos riníticos del tipo del catarro común. Hemos dejado entre los últimos la existencia constante en el chico de tejido adenoideo más o menos abundante y, también más o menos susceptibles de infecciones que manifiestan su patología capitalmente por la obstrucción nasal; por último y sin que exista una relación de causa a efecto tenemos que tomar en cuenta las infecciones del tejido amigdaliano, no como una causa directa de la sinusitis, hay que aclarar bien este concepto, sino como una de las causas que van a condicionar el estado rítmico favorable para que se desarrolle la infección de los senos. Finalmente aun cuando no todos lo aceptan consignaremos también la dentición difícil.

Uno de los propósitos que nos impusimos al escribir sobre este tema es el no escogerles a ustedes trozos de la literatura consultada y respaldada por los nombres de las eminencias que de este tema se han ocupado, sino decirles lo que nosotros hemos encontrado con nuestros propios medios y exclusivamente en nuestro país.

Con motivo de una Tesis Recepcional, se efectuó en el Hospital Infantil, un laborioso trabajo de investigación que viene a completar, el desarrollo de este tema y sin cuyos precisos datos nuestros argumentos quedarían sin base, porque precisamente se trata de fijar en qué edades existen realmente las cavidades paranasales en nuestro niño mexicano.

Es excepcional ver los senos frontales antes del quinto año de la vida. Del sexto al séptimo empiezan a esbozarse y no es sino hasta el octavo ó duodécimo que aparecen más o menos distintos. Su desarrollo completo no lo alcanzan sin embargo sino alrededor de los veinte años.

Celdillas etmoidales.—La época de la vida más temprana en que pueden ser reconocidas está colocada del año y medio a los dos años.

Antro Maxilar.—El Antro Maxilar se vuelve visible hacia el segundo año de la vida y hacia la edad de dos y medio a tres años tiene suficiente desarrollo para aparecer triangular en las exposiciones sagitales.

Senos Esfenoidales.—Pueden ser reconocidos en el niño del tercer al cuarto año de la vida y a los seis años han alcanzado casi un completo desarrollo.

Aun cuando estos datos no corresponden exactamente con los de los investigadores extranjeros, tampoco los de ellos corresponden exactamente entre sí, y por lo mismo creemos que los asentados por el Dr. Letechipia deben ser aceptados como el desarrollo tipo de las cavidades paranasales el niño cuyas condiciones raciales en primer lugar, de alimentación y de medio ambiental, son también distintas a las de otros países pero que coinciden desde el punto de vista clínico con nuestras propias observaciones.

Una vez expuesto éste orden de ideas es fácil concluir categóricamente que los niños teniendo mayor incidencia en sus padecimientos riniticos, cualquiera que sea su etiología; además demostrado que existe una indudable relación entre el catarro y la afección sinusal, y para mayor abundamiento existiendo cavidades paranasales desde muy temprana edad, lógicamente tienen mayor peligro de sufrir las infecciones sinusales. Pensamos no obstante que esas sinusitis deban ser con frecuencia relativamente benignas y por eso es que pasan desapercibidas y nos lo explicamos recordando que en el niño el drenado de las cavidades es más fácil por presentar los orificios naturales mayor amplitud y situación más favorable.

SINTOMATOLOGIA.—Ya que hemos expuesto cómo y por qué debe preocuparnos la sinusitis en los infantes, pasamos enseguida a estudiar el cuadro sintomático que nos guía para que clínicamente podamos diagnosticar infección de las cavidades sinusales. Preciso es aclarar cuándo un catarro no es más que un catarro común, cuándo es un catarro crónico y cuándo es cualquiera de los dos, complicado con una infección de las cavidades anexas porque también pensamos como ustedes en este momento que no todos los catarros van a producir fatalmente sinusitis.

El cuadro del coriza no complicado tiene por duración media de tres días mínimo a diez días máximo si nosotros nos encontramos con un chico que sus catarros duran más de diez días, o que duran menos, pero que con uno o tres días de descanso se presentan durante otra semana y ésto se repite más o menos frecuentemente, debemos aceptar ésto como un primer aviso de que algo que no es lo simple o lo común y corriente de todo catarro está sucediendo en ese chico. Si por otra

parte encontramos un niño que por tiempo indefinido, puede llamarse a ésto desde una semana hasta varios meses, el chico presenta secreción mucosa contante hacia adelante y que nosotros nos damos cuenta de ella porque la vemos escurrir o asomar por las ventanas de la nariz y que esa secreción mucosa aun siendo cristalina, y halina, amarillenta o verdoosa la tomamos en cuenta como único signo que consignan sus padres, porque no pueden darse cuenta de la que que también escurra hacia retronariz, nosotros podemos reconocer en éste caso al típico niño que por costumbre llamamos "mocosos" aun y cuando no presentado esta contingencia, se refieren a la edad y en esa edad es muy frecuente ese aspecto patológico.

Así pues, tomando para nuestra Clinica cualquiera de los casos que hemos descrito y advertidos del aviso que el cuadro significa, sometemos a esos enfermitos a un examen detallado con el fin de investigar qué es lo que anda mal en ése pobre y simpático "mocosos".

Por otra parte, no quiero decir que todos estos niños deban ser sinusianos, solamente quiero asentar que todo enfermito con catarros de larga duración, o de corta duración pero frecuentes, o aquellos por cuyas ventanas nasales asoma secreción mucosa perenne puede ser un sinusiano en potencia, o más sencillamente puede ser muy fácilmente un sinusiano.

A la exploración de fosa nasal encontramos: congestión de las estructuras laterales, los meatos ocupados por secreción mucosa, a veces muy abundante a veces escasa que puede ser halina, clara, blanquecina, espesa, amarillenta y hasta verdoosa. Tomamos como signo patognómico la existencia de abundante mucosidad espesa y verdoosa en meato medio e inferior. El Dr. Ramón Del Villar describe un signo que completa este cuadro patológico de las sinusitis en los niños y que consiste en edema del piso de la fosa cuya cavidad está invadida por la infección, este edema puede presentarse a veces muy ligero, o francamente ostensible, pero siempre parece ser la reacción de la mucosa ante un irritante prolongado.

Redondea el cuadro por describir el aumento de volumen de las estructuras laterales que con los anteriores completa la causa prima de todo este proceso de infección invasora que se inicia con la obstrucción nasal que evita las funciones fisiológicas.

Posteriormente nos auxiliamos con el laboratorio, se preparan frotis para conocer los gérmenes en cuestión, reacciones especiales y dosificadas de ph., investigaciones de procesos alérgicos y todo lo que puede conducirnos al conocimiento de la etiología. Por último el examen

radiográfico, y la diafanoscopia nos dan los elementos para formar conclusiones finales de diagnóstico, ya se trate de un catarro simple o de una sinusitis, que es lo que se trataba de investigar.

No podemos menos que anotar aquí una observación muy particular que Del Villar ha hecho en los adultos y que va probablemente a ser motivo de un artículo que especialmente escriba él a este respecto, trata de lo que él llama "etmoiditis residual" y que la describe como un desarrollo somero del tratamiento.

TRATAMIENTO.—El Dr. Roberto L. Sánchez dijo en una ocasión algo que nos obliga a orientar la terapéutica hacia lo que él expresa en esta forma "la nariz tapada es la vía abierta a todas las enfermedades respiratorias". Conforme a éste relato a ustedes los distintos pasos en el tratamiento de los chicos con sinusitis se lleva a cabo en el servicio como trabajo de rutina.

- a).—Se inicia el tratamiento, cuando es necesario, con la extirpación o eliminación de los focos sépticos en boca, y rino farínge (amígdalas, adenoides, caries etc.).
- b).—Se usa el tratamiento de Proetz diario y durante dos semanas como máximo.

Muchas veces esto es suficiente para dar de alta al enfermo. Otras y también frecuentes, es necesario lavar el antro con una punción directa ya sea a través del ostium natural o de la pared externa del antro a la altura del meato inferior. Con esta medida se consigue un aumento en el porcentaje de curaciones. Pero es necesario también referirles que en ocasiones se hace necesario una y hasta dos punciones más y lavados al seno para poder considerar la sinusitis curada y aun más en pocas ocasiones, pero no realmente excepcionales, se recurre al tratamiento de Claué.

- c).—Como tratamiento domiciliario la aplicación de gotas a la nariz, de solución de sulfato de efedrina al 0.25% en posición de Proetz dos veces al día.
- d).—Cuando hay o se sospecha un fondo alérgico, se ensayan los antihistamínicos conocidos y los desensibilizantes a la mano, terminando si no hay éxito con la honesta y moral remisión del enfermito al alergista.
- e).—Aún y cuando es un tratamiento casi deshechado de la ma-

yoría, en ocasiones se emplea también el tratamiento de Dowling, y diatermia, naturalmente sin tomarlo como tratamiento de base o de fondo sino como coadyuvante.

- f).—La aplicación de lámpara de rayos infrarojos en sesiones hasta de 10 minutos, cada tercer día es favorable.
- g).—El aerosol con penicilina en 50,000 unidades una a dos veces al día.
- h).—Terminado todo tratamiento con las consideraciones generales relativas a higiene habitual, alimentación ligera, hidrocarbonada de preferencia, toma de abundantes líquidos y reposo en la medida que sea posible.

Como final insertamos lo que Sánchez piensa a propósito de la terapéutica inapropiada particularmente doméstica. Ningún padecimiento se presta tanto a la automedicación, a la pésima automedicación, como la rinitis. Cuando el médico se presenta a ver a un niño, sea cual fuera su mal, ya la familia lo ha curado con gotas a la nariz y entre más dedicada, cariñosa y solícita y cumplida sea la madre, más grande la cantidad usada, más frecuentes han sido las aplicaciones y en consecuencia mayor habrá sido el daño causado al epitelio y a sus defensas naturales y más atenta y repetida la invitación a las complicaciones.

CONCLUSIONES

- 1.—Los niños más fácilmente padecen trastornos rinofaríngeos que el adulto.
- 2.—Hay una indudable relación entre los trastornos riniticos y los sinusales.
- 3.—Los niños presentan cavidades paranasales desde los primeros años de la vida. Por las conclusiones anteriores.
- 4.—La sinusitis en los infantes es más frecuente de lo que se cree.

SEÑOR DOCTOR:

LABORATORIOS WYETH-STILLE, S. A. recomiendan a usted para casos de estomatitis, gingivitis, en tratamientos pre y post operatorios etc., su nuevo producto

P O N D E T S

Reg. No. 35701 S. S. A.

PONDETS son pastillas con delicioso sabor a fruta, conteniendo cada una 20.000 unidades de Penicilina G Potásica soluble.

PONDETS son específicos contra gérmenes determinantes de las infecciones bucofaríngeas.

PONDETS son de acción prolongada.

PONDETS son económicos, estando al alcance incluso de personas de modestos recursos.

PONDETS son aceptados con gusto por los niños.

PRESENTACION: Frascos con 5, 50 y 100 pastillas de *PONDETS*, envueltas cada una en papel celofán.

ROGAMOS A USTED, SEÑOR DOCTOR, que para toda clase de informes así como muestras y literatura, se sirva dirigirse a:

WYETH-STILLE, S. A.

Versalles Núm. 80

México, D. F.

Literatura exclusiva para médicos.

Reg. Prop. No. A-409-50 S. S. A.

Al día en Anemias...



15 microgramos de vitamina B. 12 por c. c.

DOCEVITAL

Laboratorios **SILANES, S.A.**

AV. AMORES 1304 MEXICO, D.F.

Perhepar VITAMINADO

Marga Reg.

HECHO EN MEXICO

RICHTER

INGERIBLE

Reg. No. 27352 S. S. A.

Cada ampollita de 10 cm³ contiene:

Extracto de hígado con la fracción antianémica. (equivalente a 40 g. de hígado fresco a 1 U. antianémica F. E. U.)	0.4	g.
Citrato de hierro amoniacal.	0.2	g.
Citrato de cobre	0.0006	mg
Vitamina B1.	2	mg.
10 ampollitas de 10 cm ³ equivalente a 666 U. I.		
Glicerina.	1.0	g.
Alcohol etílico.	2.0	g.
Vino Oporto.	5.4	g.
Jarabe simple c. b.	10	cm.

"Hematopoyético y para la deficiencia de vitamina B1"

PRODUCTOS GEDEON RITCHER (América) S. A.

Bld. Miguel Cervantes Saavedra No. 5.

México, D. F.

LANTOL

COUTURIEUX

RODIO COLOIDAL ELECTRICO

ANTI-INFECCIOSO OMNIVALENTE
EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS
PROVOCA UNA HIPERLEUCOCITOSIS
Y UNA BAJA DE LA TEMPERATURA

1 a 4 Ampolletas en las 24 Horas

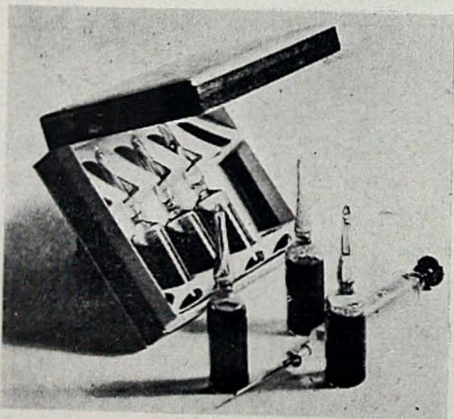
ESTE MEDICAMENTO ES DE EMPLEO DELICADO.

Reg. Núm. 2245 S.S. A. Prop. A-2

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S.A.

RHIN. NUM. 37

MEXICO, D. F.



' ' S U L M A S U L ' '

(COMPRIMIDOS)

Reg. 32759 S. S. A.

Cada pastilla contiene:

Sulfadiazina	0.25 g.
Sulfatiazol	0.25 „
Goma arábiga	0.06 „
Talco	0.04 „
Almidón	0.04 „
Estearato de Magnesio	0.01 „

Indicaciones:

Agente quimioterápico contra algunas infecciones.

Dosis: La que el médico señale.

Vía de administración: Oral.

ESTE MEDICAMENTO ES DE EMPLEO DELICADO

Hecho en México en los Laboratorios

TERAPIA INFANTIL, S. A.

Cia. Elaboradora de Medicamentos y Alimentos Exclusivos para Niños.

Querétaro 131.

Prop. No. H-1.

México, D. F.

ESTADOS HEMORRAGICOS *Hemicoavit inyectable Liofilizado*

Reg. No. 34273 S. S. A.

Fórmula:

Acido ascórbico (Vitamina C)	300 mg.
Metilchalcona de hesperidina	100 mg.
Esculina	15 mg.
Vitamina K	15 mg.
Borato de fenilmercurio (conservador)	1:25000

Frasco ampula de 10 cm³.

Indicaciones:

Profilaxis y tratamiento en estados hemorrágicos.

Dosis: A juicio del médico.

Fabricado por:
WYNLIT PHARMACEUTICALS,
INC. E. U. A.

Distribuido por:
INGRAM LABORATORIOS DE
MEXICO. México, D. F.

Bememica

Reg. No. 35467 S. S. A.

UN TRIUNFO
DE ESTABILIDAD
Y POTENCIA

Complejo B más vitamina B12 con los siguientes valores vitamínicos:

Clorhidrato de Tiamina (Vitamina B1).....	10 mg.
Riboflavina (Vitamina B2)	10 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (Vitamina B6) ..	5 mg.
Pantotenato de Calcio	50 mg.
Nicotinamida	250 mg.
Vitamina B12	0.015 mg.

La Vitamina B12 ha demostrado ser el hematopoyético más potente que se conoce y al mismo tiempo por ser el factor protéico animal permite el aprovechar a su máximo una alimentación cualitativa y cuantitativamente deficiente, constituyendo un verdadero tónico y reconstituyente en el sentido más amplio de la palabra. Además la vitamina B12 mejora o hace desaparecer totalmente los trastornos neurológicos frecuentes en algunas formas de anemia.

y SIEMPRE QUE SE DESEE NORMALIZAR EL METABOLISMO CELULAR Y LA NUTRICION DEL PACIENTE.

ELABORADO POR:

CARLOS GROSSMAN, S.A.
Sadi Carnot No. 86 México, D. F.



AL SERVICIO EXCLUSIVO
DE LA PROFESION MEDICA



Nacional Monte de Piedad
FUNDADO EN 1775

ALHAJAS

Por sus alhajas prestamos
parte proporcional a su valor;
traigalas a la Institución de mas
solido prestigio, acuda al:

Nacional Monte de Piedad
TRADICIÓN Y CONFIANZA

Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología

Presidente Honorario: Dr. Ricardo Tapia y Fernández.

Presidente: Dr. Juan Becerril.

Secretario Perpetuo: Dr. Luis Vaquero Sánchez.

Tesorero: Dr. Roberto Sánchez.

Secretario: Dr. Javier Castillo D.

Socios Honorarios: Dr. Chevalier L. Jackson.

Dr. Paul H. Holinger.

Dr. George E. Shambaugh.

LISTA DE SOCIOS

NOMBRE

DIRECCION

Dr. Agustín Aguilar	Sur 5 y Ote. 4 Orizaba, Ver.
Dr. José T. Aguilera	5 de Mayo 10-52. Amsterdam 78.
Dr. Humberto Alcocer	Puebla 144-D.
Dr. Juan Andrade Pradillo	Emparan 39-1 Juan Escutia 79.
Dr. Pedro Andrade P.	Av. Morelos 42.
Dr. Miguel Arroyo Guijosa	Luis Moya 31-2.
Dr. Abraham Ayala González	Plaza de la República 46.
Dr. Isaias Balanzario	Lerma. 90.
Dr. Juan Becerril	Donceles 86 Segovia 71. Alamos.
Dr. Pedro Berruecos	Medellín 94-3.
Dr. Andrés Bustamante G.	Medellín 94.
Dr. Emilio Bracho Mijares.	Alvaro Obregón 107 ote.
Dr. Gabriel Camarena G.	Juárez 409, Guadalajara, Jal.
Dr. Eduardo Canudas y Orezza	Xicotencatl 175 Veracruz, Ver.
Dr. Rodolfo Cortés Ochoa	Av. Morelos 87 Guadalajara, Jal.
Dr. Javier Castillo Dibildox	Amsterdam 295.
Dr. José Cruz Zambrano	Quintana Roo. No. 1.
Dr. Leo Deutsch	Edificio Condesa C-5. Saenz 45.
Dr. Inocencio de Lara	Av. Matamoros 636 Pte. Torreón Coah.

LISTA DE SOCIOS

- Dr. Antonio de la Maza Gabriel Leyva 40 Col. Reforma 12. San Luis Potosí, S. L. P.
- Dr. Ramón del Villar Amsterdam 295.
- Dr. Héctor Dávalos. Edificio La Nacional Desp. 405 Chihuahua Chih.
- Dr. Eduardo Echeverría Artículo 123 No. 97.
- Dr. Manuel Flores Castro Ocampo 418 Guadalajara, Jal.
- Dr. Manuel Fernández Posada Insurgentes 210.—5o. Piso.
- Dr. Máximo García Castañeda Guerrero 1.
- Dr. Adolfo Garza Escobedo 607 Sur. Monterrey N. L.
- Dr. Luis González Rentería Guerrero No. 1.
- Dr. J. Rafael Giorgana Versalles No. 72.
- Dr. Javier Gómez Orozco López Cotilla 420 Guadalajara, Jal.
- Dr. Marcelino Gómez Orozco Prisciliano Sánchez 407 Guadalajara, Jal.
- Dr. Mario González Ulloa Tuxpan No. 20 Nicolás San Juan 202.
- Dr. Daniel Gurriá Urgell Ezequiel Montes 21. Reforma 1605.
- Dr. Carlos Guerra Glez. Independencia 65.
- Dr. Alberto Gallegos D. San Luis Potosí S. L. P.
- Dr. Alberto González Valverde. . . Hospital Central Militar.
- Dr. Mario Galindo Hernández. . . Lomas de Sotelo D. F.
- Dr. Roberto Garza Glez. Hospital Central Militar.
- Dr. Gaspar Hernández Lomas de Sotelo D. F.
- Dr. Carlos Herrera Garduño Victoria 114.
- Dr. Paul H. Holinger Escobedo 607 Sur.
- Dr. Chevalier L. Jackson Madero 55-106. Jalapa 13.
- Dr. Gustavo Jerez Tablada Dr. Mora 9. Santander 57.
- Dr. Luis Labastida. 700 N. Michigan Avenue Chicago, III.
- Dr. Manuel López y López 3401 N. Brood St. Philadelphia, Pa.
- Dr. Oliverio Lozano Rocha Madero 28-203 Av. Industria 196.
- Dr. Benito Madariaga Uruguay 182-9. Dirigir correspondencia al Pabellón 22. Hosp. Gral.
- Dr. Fernando Melendez Regina 7. Alpes 450.
- Dr. Felix Michel Juárez 324 Pte. Torreón Coah.
- Dr. Federico Molas Colima 211.
- Dr. Efrén Marín Insurgentes 74. Hamburgo 18.
- Dr. Rubén Mongran Camargo. Donato Guerra 140. Guadalajara, Jal.
- Dra. Ma. Elena Martínez O. Ramón Guzmán 77.
- Dr. Angel Pérez Aragón Dr. García Diego 215.
- Orizaba 185.
- Hospital Central Militar.
- Lomas de Sotelo D. F.
- Aramberri 1849 Pte.
- Monterrey N. L.
- Sena 38. Balsas 6, Col. Cuauthémoc.

LISTA DE SOCIOS

Dr. Ernesto Pérez Fuentes.	Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo D. F.
Dr. Walter Reinking	Dr. Mora 9. Sierra Leona 325.
Dr. Angel Quijano.	Padre Mier 167 Pte. Monterrey N. L.
Dr. Francisco Rivadeneyra	5 de Febrero 488.
Dr. Daniel Roldán Posada	Puebla 118
Dr. José Sánchez Cortés	16 de Septiembre 59 Guadalajara, Jal.
Dr. Roberto Said Laserre	Av. Uno 116 Alzate 57.
Dr. Roberto L. Sánchez	Querétaro 131 Virreyes 950.
Dr. George E. Shambaugh	122 S. Michigan Avenue Chicago, III.
Dr. Leonardo Silva E.	Humboldt 26 Ebro 58.
Dr. Carlos Tapia Acuña	Yucatán 24.
Dr. Ricardo Tapia Acuña	Bucareli 85. Cuevas Rubio 60.
Dr. Ricardo Tapia Fernández	Lordres 67-2. Tuxpan 16.
Dr. Rafael Tejero Laphan	Czda. de la Piedad 91.
Dra. Isabel Torices	Díaz Mirón 154.
Dr. Plutarco Torres Luquín	Av. Chapultepec 463.
Dr. Luis Vaquero	V. Carranza 27. Po. 39.
Dr. José Vargas Lugo	4a. Ave. Norte No. 14 Tapachula, Chis.
Dr. Ricardo H. Villanueva	Ejido 37-7.
Dr. Joaquín Zermeño R.	Niños Héroes 58-A. Donato Guerra 1-507.

COLUBIAZOL

SULFA-SOLUCION MUCOSODERMICA

BUCOFARINGE ANGINAS

GRUPO ROUSSEL, S. A.

VARSOVIA No. 19

MEXICO, D.F.

REG. No. 20339 S. S. A.



LEDINAC

AMINOACIDOS PARA LA TERAPIA ORAL

El LEDINAC, proteína hepática hidrolizada de *Lederle*, es una combinación de aminoácidos y péptidos, en forma agradable al paladar, y derivados de la proteína hepática por un simple proceso digestivo enzimático que retiene las sustancias nutritivas encontradas en el hígado. *Ventajas del LEDINAC*—

1. Los aminoácidos contenidos en el LEDINAC se derivan exclusivamente del *hígado mamífero*—la fuente corporal más rica en sustancias nutritivas.
2. El LEDINAC contiene, en una dosis diaria, todos los requisitos diarios mínimos de las vitaminas del Complejo B—incluyendo el *ácido fólico FOLVITE**, factor anti-anémico.
3. El LEDINAC es de *sabor agradable*, y sumamente *soluble*. Puede ser mezclado con una gran variedad de alimentos líquidos y sólidos.
4. El LEDINAC no causa estreñimiento.

FORMULA:

Proteína Hepática Digerida	54,0%
Maltosa	38,5%
Condimentos (inclusive chocolate y sacarina)	7,5%

Nitrógeno del grupo amido libre	1,0%
incluyendo los aminoácidos Arginina, Histidina, Lisina, Triptófano, Fenilalanina, Metionina, Treonina, Leucina, Isoleucina, Valina y Cistina.	

Acido Pantoténico	2,30 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (B6)	0,24 mg.
Biotina	2,70 gamma
Inositol	23,00 mg.
Colina	120,00 mg.
Acido Fólico FOLVITE	1,50 mg.
Calcio	106,00 mg.
Fósforo	297,00 mg.
Hierro	4,80 mg.
Calorías	103,8

PROPORCIONANDO:

Carbohidrato	32,5%
Grasa	3,5%
Proteína	50,0%

CADA 30 GM. CONTIENEN:

Clorhidrato de Tiamina (B1)	1,00 mg.
Riboflavina (B2)	2,00 mg.
Niacinamida	6,60 mg.

ENVASADO EN FRASCOS DE 225 GM.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
 AMERICAN CYANAMID COMPANY · 30 ROCKEFELLER PLAZA · NEW YORK 20, N. Y.

Representantes Exclusivos en México.

Laboratorios Lederle, S. A.

JOSE MARIA RICO 418 — APARTADO POSTAL 39 — MEXICO 12, D. F.