

# 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                      JULIO-SEPTIEMBRE DE 1950                      NUM. 7

---

DIRECTOR:  
Dr. Ricardo Tapia Acuña

GERENTES:  
Dres. Alfredo y Luis Márquez.

## SUMARIO:

EDITORIAL. ....	89
Técnica de Traqueotomía Simplificada.—Dr. RICARDO TAPIA ACUÑA. ....	91
Quistes Dentarios del Maxilar Superior. Dr. ANGEL QUIJANO. ....	99
Estudio Analítico de Estadísticas Sobre la Significación Patológica. Dr. ISAIAS BALANZARIO. ....	105
La Etmoiditis Residual. Dr. RAMON DEL VILLAR. ....	119
Noticias Médicas. ....	125
Extractos Bibliográficos. ....	128

---

## 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

---

# HILOBÍ

ANTILUETICO

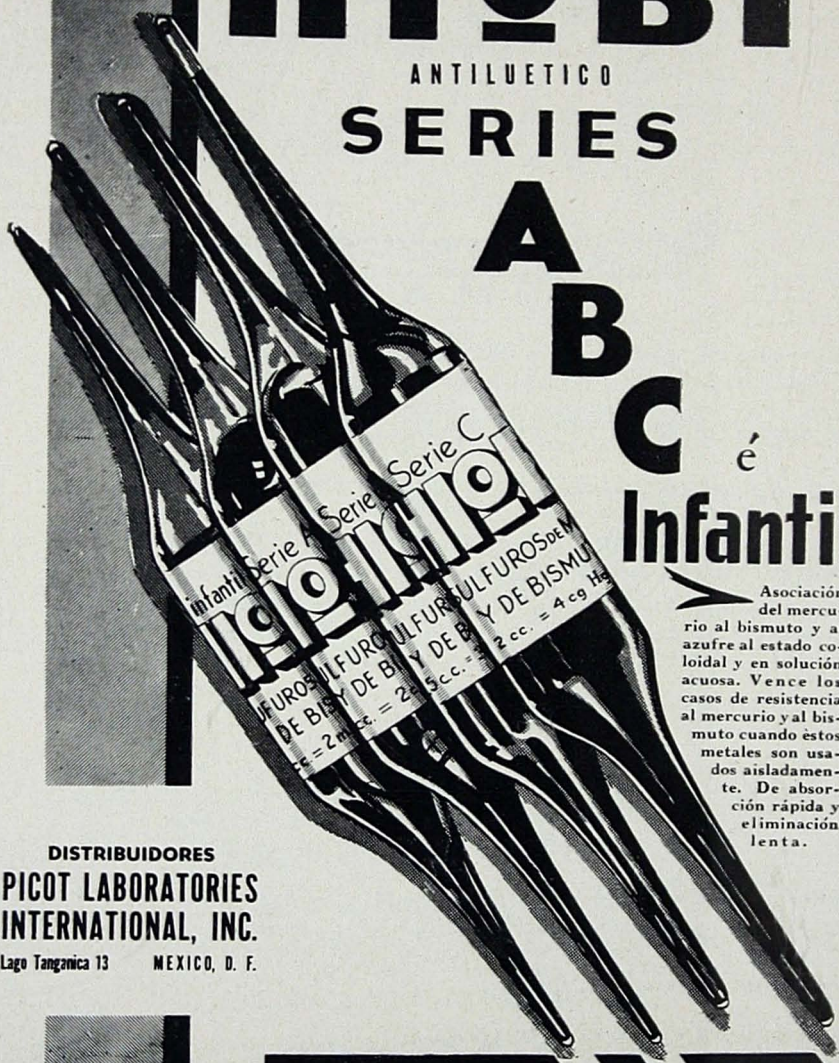
## SERIES

# 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 éstos metales son usados aisladamente. De absorción rápida y eliminación lenta.

DISTRIBUIDORES  
**PICOT LABORATORIES  
INTERNATIONAL, INC.**

Lago Tanganica 13 MEXICO, D. F.

## EDITORIAL

Magnífica acogida tuvo el número anterior de los Anales, el cual estuvo dedicado a la 2a. Reunión Bi-anual de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología y es que en verdad el interés que con motivo de dicha reunión se despertó entre los otorrinolaringólogos fué muy grande. A mayor abundamiento en dicho número se incluyó el symposium en el que los diversos temas del mismo fueron desarrollados por instituciones nacionales cuya importancia es de primer orden y que revela la unión que actualmente existe entre los otorrinolaringólogos mexicanos.

Es de desearse que esta unión en vez de aminorar se haga más firme y estreche los lazos que de compañerismo y amistad ya existen: porque es cosa bien sabida que en la unión está la fuerza.

De estos trabajos en colaboración pueden surgir ideas muy brillantes como el hacer factible que médicos otorrinolaringólogos de la misma categoría trabajen unidos sin que se presenten sombras de inconformidad o de celo profesional que implica una división absurda y suicida.

Estamos viviendo en México una época de trabajo en la que la finalidad principal es la unión. El gremio médico, siempre tan dividido, está ahora desarrollando un enorme esfuerzo porque los compañeros se comprendan mejor unos a otros y se dejen de personalismos para bien de la generación actual, pero especialmente para ejemplo de las generaciones venideras.

Todo parece indicar que no está lejano el día en que el fruto de esta labor sea palpable. Esperamos que llegue el día en que el médico de México o de cualquier otra parte que sea, tenga el respeto y la admiración de sus semejantes y nada mejor para lograrlo que el que cada grupo grande o pequeño trabaje concentrando sus esfuerzos en la honradez y en la repetida unión.



## TRABAJOS ORIGINALES

# Técnica de Traqueostomía Simplificada \*

*Dr. Ricardo Tapia Acuña.*

México, D. F.

La traqueotomía es una operación difícil y que ha dado lugar a multitud de controversias y una variación muy grande en los resultados estadísticos cuyas causas espero poder analizar más adelante.

Verneuil ha dicho que es la intervención quirúrgica "más difícil", refiriéndose al acto operatorio mismo; pero hay que tomar en cuenta que no solamente el acto operatorio constituye un problema sino que lo es y quizá más importante el post-operatorio.

Las dificultades del cirujano estriban en los conocimientos anatómicos y en la sangre fría necesaria para actuar ante un paciente cuya vida se está yendo por la falta del oxígeno necesario. Efectivamente no es nada agradable intervenir en una persona grande o pequeña en la que se ven claramente los deseos de seguir viviendo y la esperanza que, reflejada en la mirada, tiene depositada en el médico. Pero el hábito y el deseo de servir a nuestros semejantes hace que uno se sobreponga y actúe con la rapidéz y la diligencia que las circunstancias exijan. Esto sin embargo no quiere decir que el médico haya perdido su sensibilidad al sufrimiento de los pacientes.

En el post-operatorio el problema no sólo es del cirujano sino muy especialmente de la persona a cuyo cargo ha quedado el paciente. Teóricamente es fácil suponer que una enfermera puede ser entrenada convenientemente, pero la disnea laringea no es acomodaticia, ya que puede exacerbarse repentinamente a cualquier hora del día o de la noche, en un hospital, en un sanatorio privado o, lo que con mayor frecuencia acontece en la propia casa del enfermo. En estas condi-

---

\* Presentado ante la Sociedad Mex. de O. R. L. y B. E., ilustrado con película a colores.

ciones cuan difícil es ponerse en contacto con la persona que ha sido entrenada. Salvo que el cirujano opte por permanecer varias horas al lado de su paciente, casi siempre es una enfermera o un familiar. Esto es todavía más serio cuando se trata del medio rural o en pequeñas poblaciones. Pero suponiendo que se cuente con la enfermera entrenada en un medio hospitalario conveniente con todos los requisitos, para un buen tratamiento y vigilancia, hay que pensar en lo que puede hacerse si desgraciadamente se presenta un emfisema o en un acceso de tos es expulsada la cánula. Este último accidente sería terrible, pues con una incisión lineal y sin fijación de la tráquea, la reintroducción de la cánula significa en realidad una segunda operación en condiciones mucho peores que la original; con la circunstancia de que de no practicarse inmediatamente, sobreviene la muerte por asfixia. Mientras la fistula traqueal no esté completamente formada se cuenta solamente con un tiempo que puede valorizarse en segundos a partir de la expulsión de la cánula.

Esta es la razón principal por la que hace muchos años Sebileau y otros hablaron de la importancia de hacer *traqueostomía* y no una simple traqueotomía. Para la traqueostomía se recurrió a excisiones de fragmentos de la pared de la tráquea a guisa de fenestración, fijando después los bordes de la herida a la piel.

De todas las técnicas sugeridas prevaleció la de Sebileau, quién aconseja en síntesis:

- 1o.—Hacer una incisión de la piel del borde superior del cartílago tiroides hasta el hueco supraesternal.
- 2o.—Dicha incisión es profundizada hasta el espacio pre-laríngeo-traqueal.
- 3o.—El istmo del tiroides es seccionado y ligados los cabos.
- 4o.—Se hace una incisión circular de la tráquea al nivel del segundo o tercer anillo.
- 5o.—Se reconstruyen los planos por puntos separados y se sutura la herida traqueal a la piel, dejando en esta forma terminado el estoma.

Desde luego esta técnica implica una labor de cirugía grande, con despegamientos innecesarios de los planos y la dificultad de practicarse fuera de los hospitales. Por otro lado, hasta hace poco nadie le había dado importancia a la posición del enfermo como no fuera para que el cirujano trabajara en la forma más sencilla, esto es colocando un banco bajo los hombros y siempre en decúbito dorsal.

Algunos cirujanos mexicanos desde principios del siglo traqueotomizaban a sus pacientes en posición *sentado* porque se habían dado cuenta de que en esta posición respiraban mejor y se salvaban en mayor número. Posteriormente otros cirujanos especializados hicieron hincapié en la necesidad de operar con dicha posición del enfermo, sobre todo cuando había disnea intensa. Más tarde Canuyt habló de la necesidad de la posición semisentado en estos últimos casos. Todos estos detalles se han prestado a reflexiones para puntualizar principios de técnica sobre traqueotomía, que den facilidad para el operador, seguridad para el paciente y que reúnan las ventajas de la traqueotomía generalmente aceptada y la de la traqueostomía preconizada por Sebileau y que no tenga las desventajas de una y otra.

A continuación refiero el resultado de todas las reflexiones y los detalles de técnica que han surgido, sancionados por mi experiencia y que en conjunto podrían comprender todo un método operatorio.

- 1o.—Posición del enfermo sentado, ya sea adulto adolescente o niño.
- 2o.—Anestesia local variando la concentración del anestésico según la edad del paciente.
- 3o.—Incisión lineal de la piel, mediana partiendo del borde inferior del cricoides al hueco suprasternal. Ligadura de vasos superficiales.
- 4o.—Incisión de aponeurosis superficial, y separación de músculos y tejido conjuntivo hasta el plano pretraqueal.
- 5o.—Separación hacia arriba del istmo del cuerpo tiroides o sección del mismo entre dos piezas y ligadura de los cabos.
- 6o.—Anestesia de la pared traqueal pero sin llegar a la mucosa.
- 7o.—Incisión de la tráquea en V invertida al nivel del segundo



*Fig. No. 1.—Posición del Paciente.*



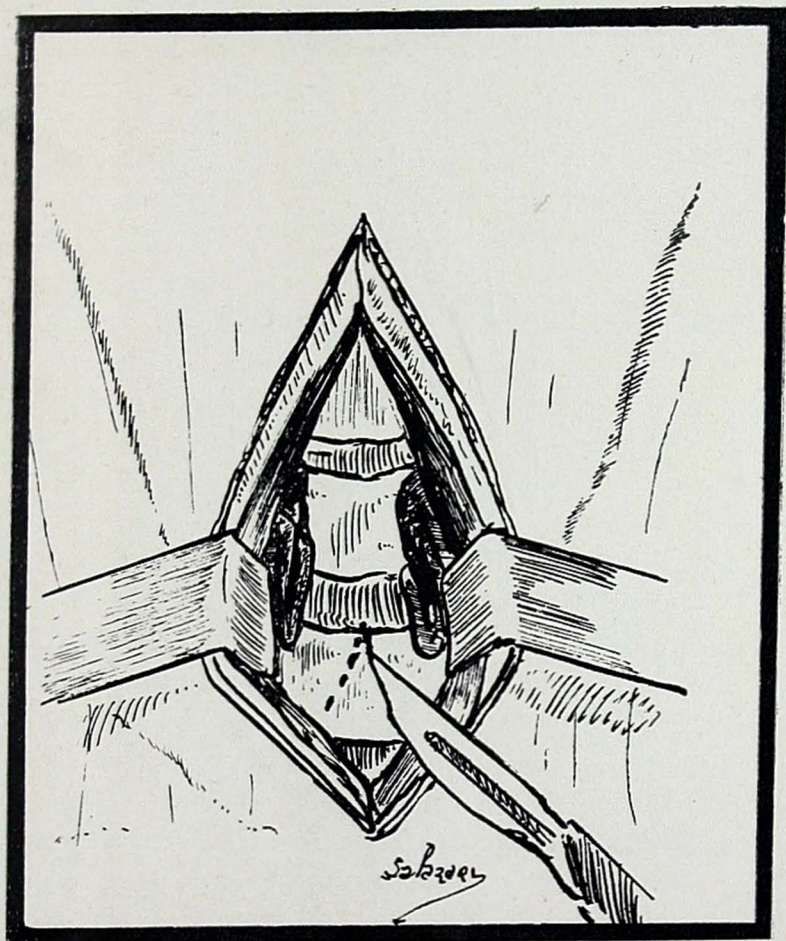


Fig. No. 2.—Se encuentra seccionado el istmo del cuerpo tiroides, descubierta la pared traqueal y se está ejecutando la incisión de la misma en forma de V invertida. (Esquemático).

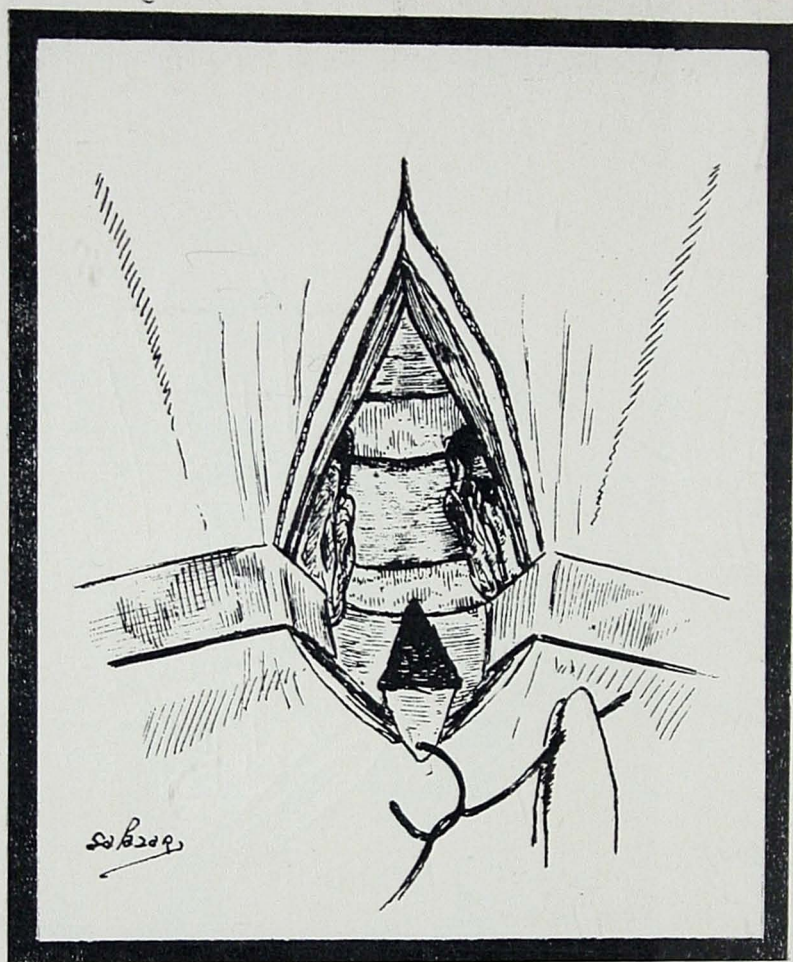


Fig. No 3.—Fijación del colgajo a la piel. (Esquemático).

o tercer anillo traqueales y tracción del vértice del colgajo hacia fuera, por medio de una pinza de tejido.

8o.—Fijación de dicho vértice del colgajo.

9o.—Introducción de la cánula y colocación del apósito.

Siguiendo este método la operación es sencilla relativamente, la disociación de los tejidos es mínima, queda una protección real y efectiva que previene el emfisema tanto cutáneo como del mediastino y, sobre todo, evita el peligro que implica la expulsión de la cánula, pues el enfermo puede continuar respirando aún sin ella el tiempo suficiente para que alguna persona la introduzca nuevamente en su sitio con toda facilidad y sin provocar una falsa vía.

Por otro lado no debe tenerse en cuenta que se presentará el esfacelo del colgajo o que la reconstrucción, aún a plazo corto, será difícil. Son ya más de 150 los casos operados por mí con esta técnica habiendo tenido que decanular a algunos a plazo corto y otros a plazo largo. Entre los de plazo corto muchas veces ha sido innecesaria cualquier maniobra, fuera naturalmente del tratamiento de la lesión obstructiva de la laringe que ameritó la traqueostomía. Entre los de plazo largo algunos han necesitado el cierre quirúrgico de la fistula como a cualquier otro tipo de traqueostomía y en otros dicha fistula ha cerrado a los pocos días de haber retirado la cánula.

Las razones por las que no debe pensarse que el colgajo se va a esfacelar, son de carácter anatómico y fisiológico ya que como se sabe la nutrición de la tráquea proviene de los vasos situados en la pared posterior los cuales no es necesario tocar y dicho colgajo se adhiere a los planos superficiales de la herida nutriéndose probablemente mucho mejor gracias a ello.

Entre los enfermos operados se encuentran adultos adolescentes y niños. Entre estos últimos no he tenido necesidad de practicar plástica reconstructiva después de la decanulación ya que todos estos han sido a corto plazo.

La práctica simplificará enormemente estos tiempos pudiendo efectuarse la operación en un lapso de aproximadamente cinco minutos, por lo general.

El anestésico que he empleado es la novocaina al 1 y al 1/2%. Basta generalmente un solo piquete a través de la piel, para anestesiar la región deseada.

La hemorragia es mínima. Lo más importante es asegurar la ligadura de los cabos de la sección del istmo tiroideo. Desde el momento en que se incide en forma de V, el colgajo angular queda móvil y la respiración traqueal está plenamente asegurada.

#### REFERENCIAS.

TAPIA ACUÑA RICARDO.—“Consideraciones sobre la Disnea de Tipo Laríngeo y su tratamiento”: Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Oto-Rino-Laringología. Tomo XVI, 4a. Epoca, No. 4: 194..

## Quistes Dentarios del Maxilar Superior\*

*Dr. Angel Quijano.*

Monterrey, N. L.

Nos vamos a referir en éste trabajo a los quistes dentarios. Se entiende por quistes dentarios los tumores de este origen, de contenido líquido y cuya pared está tapizada de una capa epitelial y que no deben confundirse con los quistes por reblandecimiento y degeneración de un tumor sólido.

Los tumores de los maxilares son bastante frecuentes y se pueden dividir en dos clases, los de origen dentario y los de origen puramente óseo, esta división tiene mucha importancia, puesto que los tumores de los maxilares pueden provenir de los esbozos dentarios formándose de ésta manera por ejemplo, tumores benignos como los quistes o malignos como los epitelomas adamantinos y los de origen puramente óseo y por lo tanto, similares a los que se encuentran en otras partes del esqueleto tales como los osteomas, fibromas, sarcomas, etc.; hay otros que no son de ninguna de estas dos clases ya que no son propiamente de la mandíbula, sino que la invaden secundariamente y que vienen siendo neoplasias primitivas de las mucosas que lo tapizan.

Los tumores de origen dentario provienen de los esbozos de los dientes por lo cual vamos a recordar someramente la embriología: el esbozo epitelial que dará lugar al diente, proviene de la invaginación del epitelio gingival, el cual, a los cuarenta días de la vida intra-uterina, se hunde en el mesodermio subyacente, viniendo a constituir la lámina epitelial, del borde libre de esta lámina se originan tantos mamelones como dientes de leche tengan que formarse; estos mamelones se pediculizan desprendiéndose de la lámina epitelial, no quedando

---

\* Presentado ante la II Reunión Bi-Anual de la Soc. Mex. de O. R. L. y B. E.

unidos a ella más que por un cordón celular que deberá desaparecer más tarde, pero antes de que suceda ésto, de éste cordón que recibe el nombre de cordón felicular, deberá formarse un nuevo mamelón secundario, el cual se convierte en el folículo que deberá de dar origen al diente de segunda dentición, de este segundo folículo se forma un tercer mamelón que vendría a ser el esbozo de una tercera dentición, pero en el hombre este tercer mamelón debe desaparecer y al persistir puede ser fácil asiento de neoplasias.

Además de los esbozos de la primera y segunda dentición y algunas veces de la tercera, se forman numerosos grupos de botones epiteliales que antes del nacimiento deben desaparecer, sin embargo, se dan casos de persistencia y estos botones vienen a constituir los restos epiteliales de Malassez y cuyo autor ha demostrado la gran importancia que tienen en la patogenia de los tumores epiteliales de los maxilares y los quistes.

Estos últimos desde el simple hasta los quistes multiloculares, provienen de la proliferación de estos restos epiteliales. Las causas que desencadenan la proliferación de los restos epiteliales paradentarios y por lo tanto la formación de los quistes, no ha sido aún bien aclarada, pero indudablemente que la influencia del traumatismo y de la infección son factores muy determinantes, sobre todo ya que se ha puesto bien de manifiesto en los quistes multiloculares, que su desarrollo es exclusivamente a nivel de dientes con caries y por lo tanto, sujetos a la infección y es lógico admitir que los microbios o sus toxinas al penetrar por el conducto dentario irritan los restos epiteliales más próximos a la raíz, ocasionando su proliferación.

Existen tres clases de quistes dentarios: Primero; Quistes dentíferos, los cuales se observan exclusivamente durante la segunda dentición más o menos de los seis a los dieciocho años y en raros casos por arriba de esta edad, cuando el quiste tiene su origen en la muela del juicio; cuando tienen su punto de partida en un diente heterotópico, puede encontrárseles en lugares un poco raros, por ejemplo, bóveda palatina o rama ascendente del maxilar superior o inferior, son por lo general únicos, el contenido siempre es líquido, de color claro o algunas veces café cuando hay glóbulos rojos, contiene también nu-

merosas células epiteliales, tiene como característica primordial el tener un diente bien formado y con los caracteres morfológicos de un diente normal, en casos muy raros pueden encontrarse varias piezas dentarias. Segundo: el quiste unilocular simple, el cual se diferencia del anterior en la ausencia de piezas dentarias en su interior, ni siquiera rudimento de algún diente y porque se desarrolla fuera del periodo de dentición, estos quistes son de volumen más pequeño que los anteriores y se desarrollan principalmente en la raíz de un diente cariado y es de llamar la atención que nunca se les ha encontrado en conexión con un diente sano, tienen mayor predilección a desarrollarse en los incisivos y caninos que en los molares, la pared es más gruesa que en los anteriores y el contenido frecuentemente se vuelve purulento a consecuencia de la infección dentaria, la raíz del diente frecuentemente está al descubierto en la cavidad. Tercero; el quiste multilocular que esta formado por la aglomeración de numerosas bolsas quísticas, pequeñas y que comunican entre sí, pudiendo encontrar también dos o tres bolsas de mayor tamaño, están tapizadas por una membrana muy vascularizada y el contenido es liquido hemático; algunos quistes están separados unos de otros por tabiques.

**SINTOMAS.**—Como estos tumores se desarrollan lenta, insidiosamente y sin dolor, el quiste permanece durante meses o años sin causar ningún trastorno ni molestia y solamente hasta cuando adquiere un volumen considerable y que empiezan a deformar la región es cuando principian a llamar la atención. Durante el tiempo que el quiste está incluido en el espesor del hueso tiene una dureza considerable y uniformemente repartida, pero a medida que el quiste crece, la pared se va adelgazando y por lo tanto, la consistencia vá siendo cada vez más blanda y al hacer la palpación se puede encontrar la crepitación apergaminada y la fluctuación; en un grado más avanzado pueden presentarse molestias o dolores. Se verá que el crecimiento del tumor es muy lento, pero siempre progresivo y sin ninguna tendencia a la regresión. En los casos abandonados sin tratamiento el quiste puede abrirse espontáneamente o bien fistulizarse y en estos casos un estilete introducido por la fístula nos dará la conclusión de

que se está penetrando a una cavidad bastante amplia, posteriormente puede presentarse la infección y cuando ésta se instala aumentarán considerablemente los dolores y se verá edema a nivel de los tejidos próximos, y se presentará supuración persistente que no cederá hasta hacer la resección del quiste.

Si se hace la punción exploradora se encontrará el contenido líquido. El diagnóstico se completará con el estudio radiográfico.

**TRATAMIENTO:** El tratamiento de los quistes dentarios es exclusivamente quirúrgico.

La punción del quiste, la incisión y el legrado del mismo, son operaciones completamente insuficientes; la extirpación completa del quiste es la única terapéutica que elimina por completo el tumor y que pone a salvo de recidivas. Cuando el quiste no es voluminoso, se puede hacer la intervención por la boca, pero cuando es de gran tamaño habrá que hacer las incisiones apropiadas a cada caso en particular, a fin de obtener la luz suficiente para hacer la total resección del tumor, necesitándose muchas veces hacer grandes destrozos, por lo cual no podríamos establecer una técnica más o menos sistematizada y reglada, sino que cada vez habrá que sujetarnos a las condiciones del caso.

Nosotros acostumbramos hacer la intervención con anestesia general endotraqueal con el objeto de no tener problemas respiratorios y que la sangre no escurra hacia la tráquea, pero además siempre ponemos anestesia local y troncular con el objeto de disminuir la hemorragia y el shock quirúrgico ya que se trata de intervenciones de larga duración y muy sangrantes, por la misma razón debe estarse transfundiendo sangre y suero durante la intervención, como decía anteriormente muchas veces los destrozos que hay que hacer son muy grandes y por lo tanto la pérdida ósea y de piezas dentarias es tremenda, sin embargo esto no debe causar preocupación con tal de hacer la extirpación completa del quiste ya que posteriormente cuando todo esté cicatrizado se pueden hacer las prótesis convenientes.

En el Hospital Civil de Monterrey, N. L. nos ha tocado estudiar y operar seis casos de quistes dentarios del maxilar superior de los



cuales cinco son del sexo femenino y uno del masculino. Todos ellos con edades comprendidas entre los ocho a veinte años. Los cinco casos correspondientes a los pacientes femeninos eran quistes dentíferos y en el caso del paciente masculino se trataba de un quiste unilocular. De los seis casos solamente tuvimos que lamentar la defunción de uno de ellos, se trataba de una enferma que falleció a las 12 horas después de terminada la operación y la causa de la defunción la atribuimos al shock quirúrgico, el resto de los pacientes en la actualidad están todos con sus aparatos protésicos sin tener prácticamente ninguna deformidad ni trastornos fonatorios ni de masticación.

No quiero terminar sin antes recalcar el hecho de que a excepción de un solo caso todos los demás pacientes son del sexo femenino, pues bien pudiera ser en esta clase de tumores exista alguna relación con el sexo o bien con la función endocrina y al respecto quiero señalar el hecho que dos de las pacientes a pesar de ser mayores de 14 años, tener su función menstrual normal y completos y normales todos los caracteres sexuales secundarios, carecían por completo del vello del pubis, claro que los estudios posteriores se encargan de aclarar lo que exista al respecto.



# Estudio Analítico de Estadísticas sobre la Significancia Patológica de las Amígdalas \*

*Dr. Isaías Balanzario.*

México, D. F.

## EL PORQUE DE ESTOS COMENTARIOS.

El estudio del problema de las amígdalas continúa siendo uno de los capítulos más extensos e importantes de la Otorrinolaringología por su íntima vinculación con la patología general, y, por ende, el tema siempre es de actualidad.

Al hablar del problema de las amígdalas se refiere uno a su importancia funcional, a su significancia patológica, pero sobre todo, a las indicaciones de su extirpación.

Aún cuando en el momento actual la amigdalectomía y la adenoidectomía constituyen intervenciones ampliamente aceptadas por la mayoría de los médicos por el resultado benéfico obtenido desde el punto de vista preventivo y curativo en algunas afecciones tanto locales como generales, es necesario advertir sin embargo, que los resultados de éstas intervenciones, en muchos casos son difíciles de valorar. A ésta falta de evidencia absoluta, se debe que aún existan dos criterios diferentes: uno, que concede una gran significancia patológica a las amígdalas y por lo tanto al tratamiento quirúrgico concomitante; otro, que niega esa significancia y por lo tanto, afirma que la amigdalectomía tiene indicaciones sumamente restringidas.

Esta diferencia de criterio demuestra que aún no contamos con hechos convincentes y por lo mismo, con reglas científicamente rígidas y unánimemente aceptadas para evaluar la significancia de las amígdalas en el estado de salud y desarrollo del sujeto, de aquí que la

---

\* Presentado ante la Soc. Mex. de O. R. L. y B. E.

decisión del médico deba basarse en su propia experiencia, en las últimas investigaciones clínicas y en la estadística minuciosa y amplia de otros.

Entre los estudios estadísticos más conocidos están seguramente los de A. D. Kaiser que han sido publicados en un folleto titulado "Children's Tonsils 'In or Out'" y en artículos titulados "Significancia de las amígdalas en el desarrollo del niño" y "Efectos de la amigdalectomía en las afecciones respiratorias de los niños" publicados en las siguientes revistas médicas:

Journal of the American Medical Association.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

American Journal of Diseases of Children.

The Journal of Pediatrics.

También aparecen con el título "The Tonsil and Adenoid Problem" en el Capítulo 40 del Tomo II del libro "Practice of Pediatrics" de Brennemann.

Como éstos estudios constituyen un trabajo muy documentado, fruto de la observación continua durante 10 años, sus conclusiones parecen convincentes y siempre son tomadas en cuenta por todos los que hacen especulación científica en relación con las amígdalas y aún hay algunos que aceptan íntegramente sus aseveraciones como F. Bamatter de Ginebra quien en su libro "El problema de las amígdalas en la Infancia" y al tratar sobre la relación de las amígdalas y la infección reumática dice: "nos atenemos, por lo que se refiere a esto, a la experiencia reunida por A. D. Kaiser en su gigantesco material casuístico de Rochester".

Entre nosotros, uno de nuestros más distinguidos pediatras, se inspiró en parte en las experiencias de Kaiser, a las que considera como clásicas, para presentar en el Segundo Congreso Pan-Americano de Pediatría, un interesante trabajo titulado "Revisión de las indicaciones de la amigdalectomía en Pediatría", y quien negando significación patológica a las amígdalas, afirma que no debe autorizarse la operación como preventiva o curativa en todas aquellas indicaciones derivadas de un papel como foco infeccioso.

En virtud de los criterios tan opuestos que se expusieron en los

comentarios de éste trabajo, tuve interés en leer las experiencias de Kaiser y después de algunas meditaciones, he creído encontrar algunos puntos discutibles, no sólo porque no se siguieron ciertos principios fundamentales del análisis científico sino porque pienso que hay algunos errores en la interpretación de las gráficas que presenta. Como por otra parte se ha demostrado ya la influencia tan grande que han ejercido tanto en E.E. U.U. como fuera de ese país las mencionadas experiencias, considero que todavía es de actualidad presentar éstos comentarios para que ayuden al especialista y al médico general a ratificar o rectificar su propio criterio en tan apasionante problema.

### EN QUE CONSISTEN LOS ESTUDIOS DE KAISER.

Su estudio se enfoca al verdadero tema de discusión sobre el problema de las amígdalas, es decir, si la cada vez más grande incriminación que se da a ellas, es científicamente correcta y si es de significación para la salud del niño.

Acepta que en casos evidentes de hipertrofia o infección, las manifestaciones clínicas son suficientes para encausar al médico hacia la extirpación quirúrgica pero que, sin embargo, la evidencia clínica no fué clara en la mayoría de los niños operados. Dice que como "no hay ninguna prueba científica convincente a mano para explicar la parte que el tejido amigdalár toma en la economía del niño", considera necesario seguir el desarrollo en un grupo de niños hasta la adolescencia, registrando el número de infecciones durante varios años para conocer aunque sea en parte los efectos de éste tejido. Para ello comparó niños más o menos de la misma edad, de las mismas condiciones ambientales, el número fué de 4,400, en todos se aconsejó la amigdalectomía pero, por varias razones, solamente la mitad del grupo se sometió a ella y la otra mitad fué aprovechada para servir de control. Fué así como se hizo el estudio simultáneo y cuidadoso entre los dos grupos. Dice Kaiser: "Si el desarrollo esperado en el grupo en que las amígdalas fueron extirpadas, sigue una tendencia significativamente diferente del grupo en el cual las amígdalas no fueron

extirpadas, podría presumirse que la presencia o ausencia de las amígdalas, tiene alguna influencia en el desarrollo físico del niño".

Trata de determinar también si por la extirpación de las amígdalas, algunos padecimientos disminuyen como la infección orofaríngea, el resfriado común, las infecciones del tracto respiratorio superior, la otitis media purulenta, la adenitis cervical, la tuberculosis, los padecimientos reumáticos, los estados alérgicos, el sarampión, la escarlatina, la tos ferina y la difteria, los vómitos y la anorexia, la sordera y algunos defectos en la articulación de la palabra, y en fin, si por la misma extirpación, mejora el estado nutricional. En ésta forma, hace una revisión de las indicaciones que más frecuentemente se plantean al laringólogo y al pediatra.

### COMENTARIOS.

I. Pienso que el interesante estudio estadístico de Kaiser es difícil de valorar porque se omitieron factores tan interesantes que influyen en sus resultados, como la edad, la raza, la herencia, las condiciones sociales, las condiciones de la alimentación, las características del padecimiento que originó la indicación operatoria (severidad, frecuencia y duración), y la aparición de enfermedades intercurrentes durante el período de observación. Estas omisiones son desventajosas a la tesis que defiende la significancia patológica de las amígdalas, la que, a pesar de todo, conserva todo su valor como se verá más adelante.

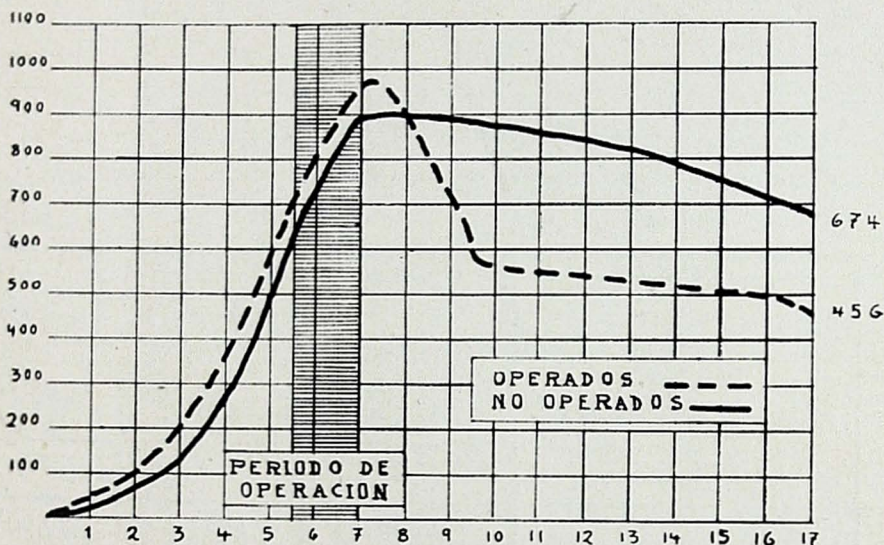
II. Pienso que uno de los errores en los que todos incurrimos frecuentemente, es considerar como único tratamiento útil de los trastornos derivados de la infección focal amigdalara, la extirpación de las amígdalas. Es evidente que la intervención es fundamental pero debe ir precedida y seguida de tratamiento médico adecuado en cada caso particular. Cuando falta se atribuye el fracaso terapéutico a una indicación operatoria indebidamente planteada.

III. Considero también que enfoca con amplitud desmesurada, el papel que la tonsila puede desempeñar en tan variadas afecciones como la escarlatina, el sarampión, la tos ferina, la tuberculosis. Si con la amigdalectomía se pretende impedir la aparición de éstas afecciones,

ciones, se fracasará en numerosos casos, por la razón muy sencilla de que no son infecciones focales y que el papel de la amígdala en ellas sería a lo sumo el de una de tantas puertas de entrada o de epifenómeno.

IV. Basándose en los datos estadísticos representados en la gráfica No. I, Kaiser opina que la amigdalectomía no mejora ni menos previene el resfrío o catarro común.

GRAFICA N° 1



Gráfica No. 1.—Resfriados (4 ó más al año) en 2,200 niños amigdalectomizados y en 2,200 niños no amigdalectomizados. Gráfica tomada de las estadísticas de A. D. Kaiser.

En ésta gráfica se ve que antes y durante el período de la operación, la incidencia de resfriados es ligeramente mayor en los operados, incidencia que se invierte ostensiblemente de los 8 a los 17 años, de tal manera que en ésta edad enfermaron del grupo no operado 674 y del grupo operado tan sólo 456. Con éstos datos afirma que "los operados mostraron una ligera ventaja sobre los niños que no lo fueron, una ventaja que no puede ser considerada como estadísticamente significativa.

Ahora bien, para saber si un fenómeno es estadísticamente signi-

ficante, la bio-estadística nos brinda la prueba llamada de la asociación positiva o negativa de los fenómenos o "prueba de seguridad", utilizada para establecer las relaciones de causalidad entre ellos; se hace determinado el valor de  $X^2$ . En éste caso se utiliza la fórmula corta de Pearson encontrando que el valor de  $X^2$  es de 56.59 (Gráfica 2.) lo que indica que es significativo o en otras palabras: que la disminución de casos de resfriados en el grupo sujeto a observación, es consecuencia de la amigdalectomía y por lo tanto que se le debe restituir su amplia indicación en éste padecimiento.

## GRAFICA No. 2.

DETERMINACION DE  $X^2$ .

(Prueba de la asociación positiva o negativa de los fenómenos).

<i>Sujetos en observación.</i>	<i>No enfermaron</i>	<i>enfermaron (resfriados)</i>	<i>Sujetos Expuestos.</i>
OPERADOS (AMIGDALECTOMIA.)	1744	456	2,200
NO OPERADOS	1526	674	2,200
TOTAL	3270	1130	4,400

$$X^2 = \frac{(1744 \times 674 - 1526 \times 456)^2 \times 4,400}{3270 \times 1130 \times 2,200 \times 2,200} = 56.59$$

$$X^2 = 56.59$$

$X^2$  es estadísticamente significativo lo que indica que existe relación de causalidad entre la operación y la disminución del número de enfermos.

"LA AMIGDALECTOMIA DETERMINO UNA DISMINUCION DEL NUMERO DE CASOS DE RESFRIADOS EN EL GRUPO SUJETO A OBSERVACION".



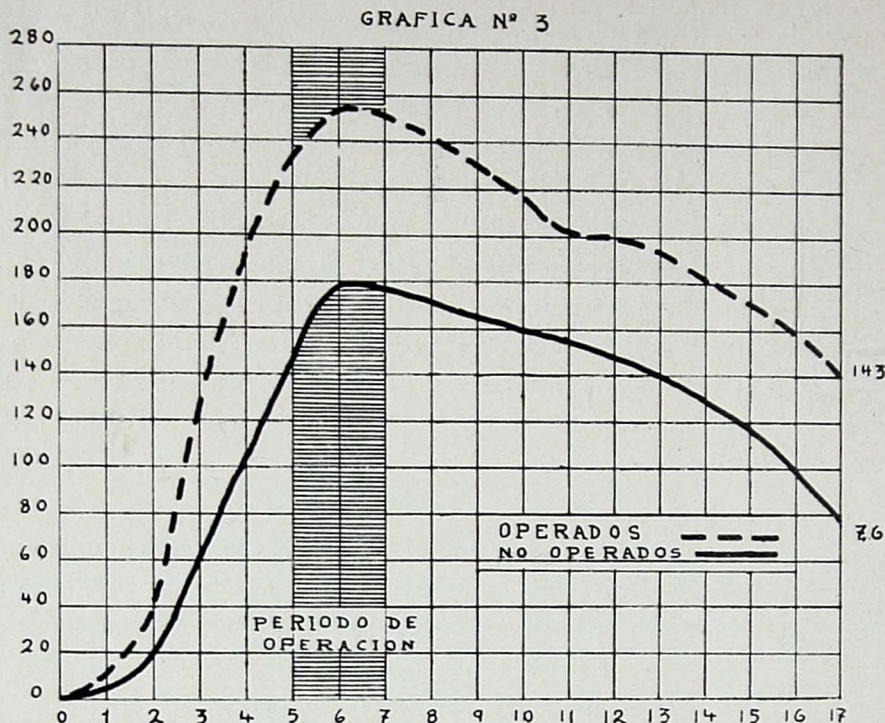
V. *Indicaciones para prevenir infecciones por debajo del anillo de Waldeyer.*

Según la Gráfica No. 3, la faringitis, la laringitis, la bronquitis y la bronconeumonía, se presentaron con mayor frecuencia en el grupo operado durante el período de 10 años de observación. "Parece, dice Kaiser, que la ausencia de las amígdalas, o aumentó la oportunidad para contraer éstos padecimientos o bien el grupo operado representó a los sujetos más susceptibles y entonces la operación no fué responsable de la incidencia más elevada de infecciones pulmonares". Con ésta disyuntiva, algunos de sus lectores, han elegido la opinión que más les conviene y es así como dan a entender que la operación es hasta perjudicial en éstos casos.

Se ve en efecto una mayor incidencia en el grupo operado durante todos los 10 años posteriores a la operación, pero pienso que esto no es más que un espejismo de la gráfica. En ella hay que tomar en cuenta lo siguiente:

- a. Que la frecuencia en el grupo operado fué mayor antes de la operación.
- b. Que la incidencia disminuyó en el grupo operado un 4.2% y en el no operado sólo 3.1%.
- c. La disminución de la incidencia en el grupo operado aunque no es estadísticamente significativa, demuestra que hubo una real aunque ligera disminución de infecciones pulmonares en los operados.

En todo estudio comparativo entre dos fenómenos o grupos de individuos, éstos deben tener características iguales o muy semejantes para que sean comparables y el estudio sea digno de confianza. Por lo que se refiere a la experiencia en las infecciones pulmonares, los grupos no son semejantes pues el operado presenta una mayor frecuencia que puede deberse a la amigdalopatía o a otros factores etiológicos agregados. En todo caso debe tomarse en cuenta esta diferencia para la interpretación final. Si la incidencia hubiera sido la misma en ambos grupos antes del período operatorio, la diferencia posterior hu-



Gráfica No. 3.—Infecciones del aparato respiratorio por debajo del anillo de Waldeyer en 2,200 niños amigdalectomizados y en 2,200 niños no amigdalectomizados. Gráfica tomada de las estadísticas de A. D. Kaiser.

hiera resultado significativo... Será necesario esperar, entonces, otras experiencias para obtener conclusiones definitivas.

#### VI. Padecimientos reumáticos.

La revisión de Rochester nos enseña que durante el periodo de 10 años de observación de los niños, se vió que el 1.1% contrajo carditis reumática después de la operación, mientras que en los niños no operados, el 1.3% contrajo el mismo padecimiento. La diferencia no es significativa.

Buscó otra relación posible entre las amígdalas y la infección reumática estudiando las consecuencias en un grupo de niños reumáticos (597); se vió que el índice de mortalidad fué de 13% en los niños no operados y sólo de 4% en los operados.

Si en dos grupos en estudio, el mismo número de sujetos sufre el mismo índice de morbilidad, pero si los amigdalectomizados presen-

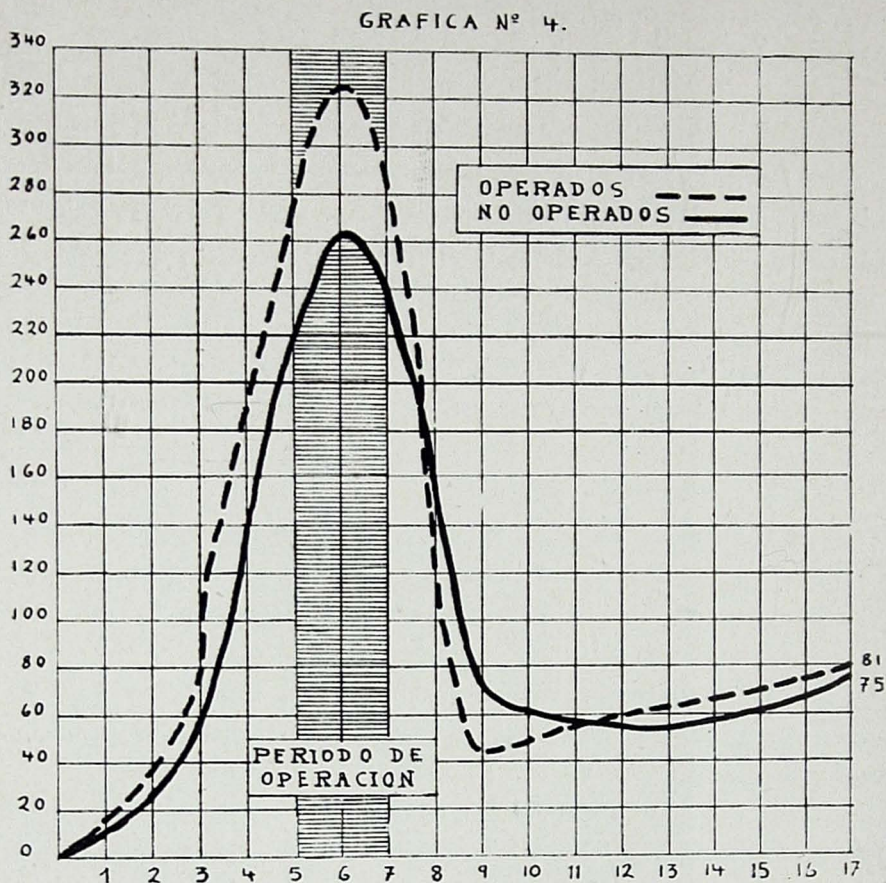
tan más tarde padecimientos menos frecuentes, duraderos y severos, puede asegurarse que la operación tuvo influencia benéfica como ya lo observó el Dr. Daniel Roldán Posada en su estudio estadístico hecho en el Hospital Infantil de México. En la experiencia de Kaiser, las recaídas por reumatismo fueron también menos frecuentes, duraderas y severas, suposición que tiene bases serias pues hay que hacer notar que en los enfermos de carditis reumática, la amigdalectomía hizo descender el índice de mortalidad de 13% a sólo 4%, diferencia que es estadísticamente significativa pues la Desviación Standard es de 5.7. Por lo tanto la amigdalectomía es benéfica en sujetos reumáticos.

#### VII. *Otitis media supurada.*

El 15% de los operados sufrieron otitis media supurada al principiar la observación mientras que en grupo de control sólo el 12%. Tres años después de la amigdalectomía, las infecciones bajaron mucho más en los operados, sin embargo, en los 7 años siguientes mostraron una ligera desventaja, circunstancia que aprovechan también muchos para afirmar que la amigdalectomía no mejora éstas condiciones patológicas.

Creo que hay que tomar en consideración las siguientes circunstancias:

- a. Que en los operados la incidencia fué mayor antes de la intervención y mucho menor tres años después; éste descenso más acentuado indudablemente habla en favor de los buenos resultados de la amigdalectomía.
- b. La tendencia ligeramente ascendente en ambos grupos en los siguientes 7 años, supone que se han agregado nuevos factores etiológicos.
- c. No se puede esperar que disminuyan considerablemente los casos de otitis media purulenta con sólo practicar la amigdalectomía, puesto que no todos se deben a la patología amigdaliana; pero sí, como ya lo dijo el Dr. Ramón del Villar, en todas las otitis de origen tubario en que la obstrucción de la



Gráfica No. 4.—Otitis media purulenta en 2,200 niños amigdalectomizados y en 2,200 niños no amigdalectomizados. Gráfica tomada de las estadísticas de A. D. Kaiser.

trompa de Eustaquio se debe a una infección orofaríngea, se ha visto que sus resultantes son favorables en un alto porcentaje.

VIII. Es obvio que en Medicina y Cirugía Experimental, los resultados preventivos se aprecian estudiando las relaciones entre el número de sujetos que forman el grupo sano al principio de la experiencia y el total de enfermos al final de ella. Por el contrario, los resultados curativos se aprecian analizando las relaciones entre el nú-

mero de individuos que forman el grupo enfermo al principio de la experiencia y el número de curados al final de ella.

Por lo que respecta a la amigdalectomía, sus resultados también pueden analizarse desde éstos dos puntos de vista: preventivo y curativo en cada uno de los padecimientos (resfriado común, otitis media purulenta, infecciones del tracto respiratorio superior, padecimientos reumáticos, etc.) que se consideran como motivos para la indicación operatoria. Pero éstos aspectos preventivo y curativo, deben analizarse en forma separada con individuos, cifras, cuadros y gráficas diferentes pues en el primer caso la observación debe iniciarse con individuos sanos y en el segundo con individuos enfermos.

Volviendo a las experiencias de Kaiser, creo que no se siguieron estos principios fundamentales y para demostrarlo tomemos cualquier observación, la del resfriado común por ejemplo, expuesta en la gráfica No. I. Si se quieren apreciar los resultados de la amigdalectomía desde el punto de vista preventivo, debe iniciarse la observación con 1260 individuos (que resultan de descontar 940 enfermos del grupo de 2200) que se encontraban libres; de ésta afección al terminar el periodo operatorio o sea a los 7 años de edad; debe terminarse conociendo cuantos individuos *de esos mismos* 1260 enfermaron posteriormente a la operación. Pero nos encontramos con la dificultad de que no se especifica éste dato ni hay manera de saberlo; en consecuencia, no es posible hablar de resultados preventivos.

Si se quieren apreciar los resultados desde el punto de vista curativo, debe principiarse la observación con 940 individuos que padecían la afección cuando se inició la experiencia (al terminar el periodo operatorio o sea a los 7 años de edad) y terminarla conociendo cuantos individuos *de los mismos* 940 continuaron con el padecimiento (son 456). Con una simple resta se sabrá el número de curaciones (484). Pero, ¿se tiene la seguridad de que los 456 enfermos al final de la experiencia fueron de los mismos 940? No se especifica. ¿Habrá acaso entre esos 456, casos nuevos? Seguramente sí, pues de lo contrario equivaldría a afirmar que la amigdalectomía tiene efectos preventivos de 100% en el Catarro Común donde tantos factores etiológicos intervienen. Los resultados curativos de la amigdalectomía

se encuentran entonces desventajosamente modificados por la adición de esos nuevos casos.

El estudio comparativo del grupo de 2200 operados con el otro de control de 2200 no operados es desde luego indispensable para eliminar otros factores distintos a la amigdalectomía en la aparición y frecuencia de cada uno de los padecimientos que Kaiser estudia, pero no basta, como ya se ha demostrado, para llegar a conclusiones definitivas.

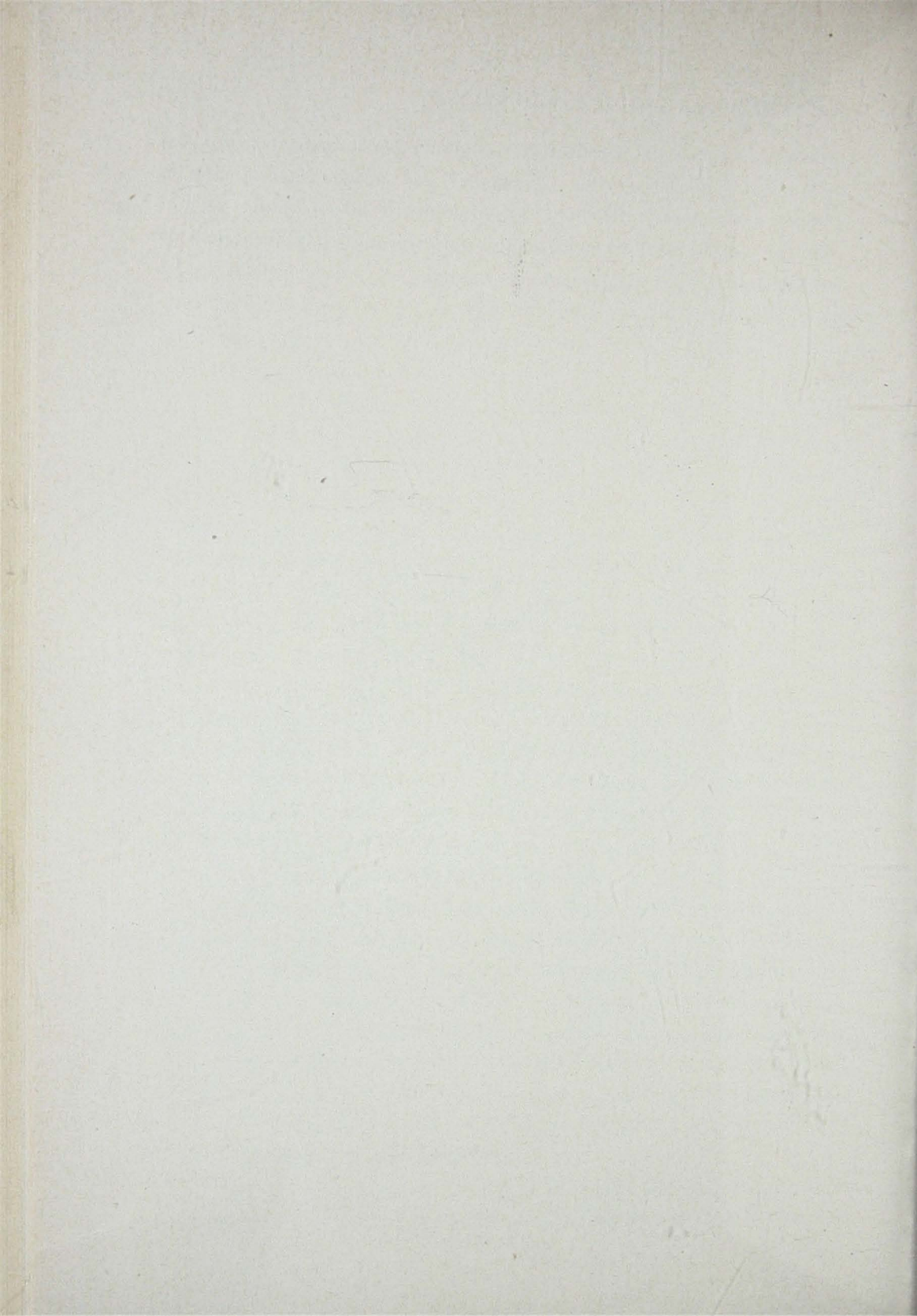
IX. Por lo que respecta a la infección orofaríngea, a la adenitis cervical, a los vómitos, a la anorexia y al estado nutricional, los cuadros estadísticos mostraron una tendencia significativamente favorable para el alivio de éstos padecimientos.

Dicho todo lo anterior, debo afirmar que las experiencias de Kaiser son, desde todos puntos de vista y a pesar de lo ya expuesto, de un inmenso valor. Algunos piensan que las estadísticas tienen, en no pocos casos, la única utilidad de probar lo que se quiere que pruebe, sirviendo así a ideas preconcebidas. Yo no pienso así. Lo que sucede es que en la investigación de los fenómenos biológicos, el número de factores es tan grande que es casi imposible tomar todos en cuenta. También porque en la interpretación de esos fenómenos aparecen falacias. Por eso, vendrán nuevos estudios y todos mostrarán aspectos vulnerables y es que la ciencia, en su desmedido afán de descubrir se precipita, pero es indudable que deja conocimientos y experiencia y un pequeño tramo del camino hacia la verdad.

Ninguno de éstos comentarios lleva la intención de restar importancia a las ya clásicas experiencias de Rochester, pues por el número considerable de sujetos, por la circunstancia de utilizar grupo de control, por los años de observación, por el análisis independiente de cada uno de los padecimientos que son causa de indicación operatoria y porque trata de precisar el resultado de la amigdalectomía no con elucubraciones teóricas sino con las cifras y gráficas convincentes de los resultados curativos, siempre serán consideradas como de las más valiosas aportaciones a la Medicina.

Estos comentarios sólo llevan la intención de señalar algunas omisiones y de indicar otros factores en la interpretación de las cifras

estadísticas, pero que desde luego cambian en algunos aspectos, los resultados finales: en éstas condiciones, las mismas experiencias de Kaiser dan más significación fisiopatológica a las amígdalas y más significación terapéutica a la amigdalectomía, todo para beneficio de los pacientes.





## La Etmoiditis Residual \*

*Dr. Ramón del Villar M.*

*México, D. F.*

Es mi objeto exponer en este trabajo un cuadro clínico definido que, a mi entender, pasa con frecuencia inadvertido o bien se le confunde con otros padecimientos nasofaríngeos de carácter crónico.

Es de observación común el hecho que después del acceso agudo de catarro común queda durante algunos días, y a veces semanas, una secreción de tipo mucóide que resbala al cavum y causa positiva molestia a quien lo sufre; esta secreción es difícilmente extraída por la porción anterior de las fosas nasales durante el acto de limpiar la nariz en forma corriente con el pañuelo; pero, en cambio, si la corriente de aire se hace pasar con fuerza de la cavidad faríngea al exterior por la parte superior de una de las fosas nasales, haciéndolo por separado en cada una, si se puede expeler la mucosidad generalmente poco espesa, filante, de color claro, transparente y muy abundante. Este hecho nos explica claramente su procedencia, por los siguientes datos: los antros maxilares, los senos frontales y las celdillas etmoidales del grupo inferior —comunmente llamadas anteriores— hacen su avenamiento hacia el meato medio y, por lo tanto, en la estación de pie sus secreciones tienden a venir hacia la porción anterior de las fosas nasales, pero cuando el individuo está en decúbito dorsal o lateral, como ocurre normalmente durante el sueño, estas secreciones pueden ir hacia la nasofaringe, como es bien sabido. Los senos esfenoidales se vacían siempre hacia rinofaringe y, tanto si el individuo está en posición vertical como en horizontal, van directamente hacia abajo, no pudiendo

---

\* Presentado ante la II Reunión Bi-Anual de la Soc. Mex. de O. R. L. y B. E.

ser arrojadas hacia adelante ni con esfuerzo. Solo las secreciones que provienen de los grupos etmoidales cuyo avenamiento se efectúa hacia el meato superior pueden resbalar por las coanas, tanto si el individuo está de pie como si está acostado, pero con la característica de que la corriente de aire, pasado con fuerza por la porción superior de la fosa, puede acarrearlas para adelante, pues durante cierto tiempo permanecen acumulándose sobre el cornete medio, antes de resbalar, por su cantidad, hacia atrás. Estos hechos sirven también para dar la explicación de gran parte de la sintomatología de las etmoiditis residuales.

Las celdillas etmoidales que se vacían en el meato superior y en el supremo varían notablemente en número, pudiendo ser de 0 a 9, según un estudio de Van Alyea (1), quien hizo el examen de 100 especímenes y desembocan en los meatos por un número variable de orificios o conductos. De aquí que también las etmoiditis residuales varíen de intensidad de un sujeto a otro y algunos no pueden presentarlas por carecer de celdillas en esa región.

Ahora bien, la etmoiditis residual es un proceso generalmente sub-agudo, no supurativo, que sigue al catarro común y que puede pasar a la cronicidad transformándose en proceso de etmoiditis posterior supurada si las condiciones estructurales y mecánicas de la nariz no permiten su espontánea curación o si son tratadas incorrectamente.

Su aparición y persistencia se deben al hecho de que los ostiums de las celdillas etmoidales supero-posteriores (grupo medio) están colocados en la parte más estrecha de la nariz, correspondiendo, en un corte vertical, casi al vértice de un triángulo isocel, y a que fácilmente se condiciona en ese sitio un círculo vicioso.

Este círculo vicioso consiste en lo siguiente: en el periodo de estado de una coriza común toda la mucosa nasal está congestionada, pero en la porción más estrecha de la fosa, o sea la parte alta, desde los primeros momentos de la inflamación, contactan las dos mucosas o sean la de la superficie septal y la lateral, impidiéndose así la libre salida de las secreciones mucosas formadas en las celdillas medias principalmente y posterior o posteriores en ocasiones; ésto a su

vez, trae consigo el edema de la región de los ostiums que permite que continúe el contacto de las dos superficies mucosas mencionadas, aún después de que el resto de la mucosa nasal ha vuelto a la normalidad. Queda así pues condicionado un estado de edema sub-agudo o crónico de la mucosa de las celdillas etmoidales del grupo a que vengo haciendo referencia. Sin embargo, el drenaje solo excepcionalmente estará totalmente impedido al grado que se forme una etmoiditis completamente retentiva, que si se infecta pueda hacerse supurativa, dando lugar entonces ya a los cuadros conocidos de etmoiditis posterior que han sido bien descritos por numerosos autores y magistralmente por Coates (2) y Shambaugh (4).

Si a las anteriores causas de congestión se añaden agentes mecánicos e irritativos de la región, el padecimiento puede alargar su duración y hacerse crónico como tal, sin ser supurativo y sin dar la sintomatología clásica de las etmoiditis; pero sí siendo entonces una de las muchas causas de la llamada descarga post-nasal.

Los agentes a que me referí antes, por su orden de importancia, son: a), desviaciones muy altas del tabique o espesamiento del mismo (óseos o de la mucosa), habitualmente poco visibles; b), tabaquismo, que produce irritación de toda la mucosa nasal, pero particularmente de las áreas más altas; c), alcoholismo, que obra en la misma forma; d), el uso prolongado de vasoconstrictores de acción enérgica, que permitiendo la libre circulación del aire por los meatos medios e inferiores, pero no por los altos, donde no son aplicados fácilmente, hacen que la congestión que sigue a la aplicación de la droga, sea más intensa; e) según Proetz (4), el uso de drogas que contienen fenol, mentol, eucaliptol, y clorobutanol especialmente, por producir congestión pasiva de toda la mucosa; f).—La sequedad atmosférica y el polvo. La sintomatología clásica de la etmoiditis residual es sobre todo subjetiva, pues el enfermo da los siguientes datos: después de un coriza agudo ha quedado con sensación de plenitud y de cierta humedad en la nariz, a pesar de que su respiración se ha restablecido; siente que hay mucosidad que no puede "sonar" con el pañuelo o lo hace con gran dificultad, en cuyo caso obtiene una cantidad abundante de secreción con los caracteres descritos al principio de este trabajo, pero que le es

más fácil hacer pasar esa secreción hacia la faringe con una inspiración nasal muy forzada; siente que espontáneamente pasa también esa secreción a la faringe, pero no en forma continua como en la descarga post-nasal crónica, sino solo en ciertos momentos y a veces lo compara a la caída, de la nariz a la faringe, de una gran gota; sólomente al estar acostado puede esa mucosidad acumularse en el cávum.

Al explorar por rinoscopia anterior, lo más común es encontrar la fosa nasal normal y los meatos visibles libres; por rinoscopia posterior también se observa el cávum libre, pues solo excepcionalmente se tendría la suerte de ver caer la secreción ya acumulada, en forma de una gran masa mucoide clara.

La diafanoscopia mostrará frontales y maxilares claros cuando el proceso exista aislado, que es el caso objeto de esta descripción.

El estudio radiográfico mostrará claridad de los grupos etmoidales, aún en la posición de Rhese (posición para canal óptico) que se piensa es la mejor para visualizar radiográficamente el laberinto etmoidal, pues la secreción no se acumula en el interior de las celdillas sino en el meato.

El diagnóstico diferencial con la tan ingrata y frecuente descarga post-nasal, que como dice Tremble (5), es: "uno de los trastornos más molestos, tanto desde el punto de vista del enfermo como del rinólogo" debe ser hecho teniendo en cuenta los datos anotados particularmente la falta de continuidad en el paso de la secreción y la normalidad del cávum a la rinoscopia posterior.

De la etmoiditis retentiva se diferencia sobre todo por la ausencia de molestias dolorosas en la cabeza, por la falta de síntomas generales y por la negatividad de hallazgos radiográficos.

Respecto al tratamiento cabe decir que aun cuando casi siempre las etmoiditis residuales tienen tendencia a la curación espontánea, al cabo de unos días o a lo más unas pocas semanas, si se observa su tendencia a la cronicidad o si ya se ha hecho realmente crónica, precisa de medidas terapéuticas conservadoras dirigidas a impedir el contacto de las mucosas de la región enferma.

Fox, Harned y Peluse, abogaron por que el estado retentivo del etmoides en general fuese tratado por el método de Proetz; pero

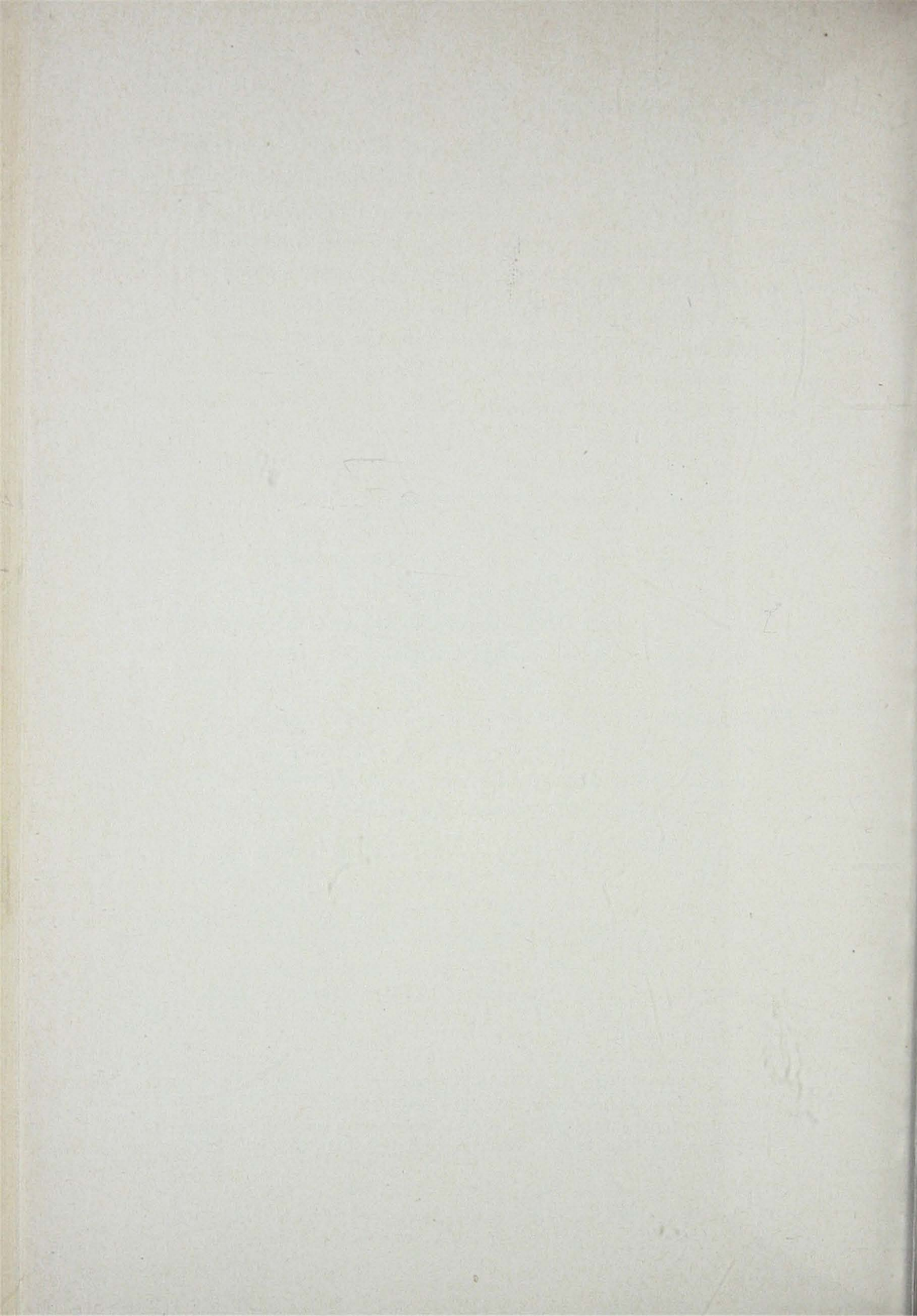
yo he podido observar que hay ocasiones en estos casos que el método de desplazamiento, en vez de mejorar la etmoiditis residual, la empeora, tal vez por que aumenta la congestión en un espacio tan angosto como es el meato superior. En cambio, la correcta aplicación del método de Dowling, colocando los taponos pequeños, empapados en solución de argirol al 5%, en forma muy suave en el meato superior y aplicando calor bajo la forma de diatermia a la región, rápidamente alivia la congestión local, rompe el círculo vicioso, termina con el edema del interior de las celdillas, acaba por lo tanto la hipersecreción y cura la etmoiditis residual.

El tratamiento quirúrgico del septum nasal se reservará solamente para los casos de obstrucciones mecánicas.



#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—VAN ALYEA, O. E., "Nasal Sinuses". William & Wilkins Eds. Baltimore. 1942.
- 2.—COATES, G. M.: "The Problem of the Ethmoid". Ann. Otol. Rhin. and Laryng. 4: 42 (march) 1935.
- 3.—SHAMBAUGH Jr. G. E.: "Observations of Low Grade Chronic Infections of the Ethmoid Sinuses". Journal of the Amer. Med. Ass. 112: 1926 (april) 1935.
- 4.—PROETZ, A. W.: "Post-Nasal Drip. The Current American Nightmare" Ann. Otol. Rhin. and Laryng. 54: 739 (Dec.) 1945.
- 5.—TREMBLE, G. E.: "Mechanics of the Nose, with special referenece to Nasopharyngeal Discharge".—Arch of Otolayng. 51: 205 (feb.) 1950.



## NOTICIAS MEDICAS

### CURSOS BASICOS Y DE ADIESTRAMIENTO.

Ha recibido la Sociedad una comunicación de la Escuela de Graduados de la Universidad Nacional Autónoma de México invitando a todos los miembros de la misma para asistir a los cursos básicos y de adiestramiento en Otorrinolaringología y Broncoesofagología que se llevará a cabo los días comprendidos entre el 1 de octubre y el 4 de noviembre venideros en el Instituto de Cardiología y los hospitales Militar, Infantil y Colonia.



### ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS

Está próxima a efectuarse la Novena Asamblea Nacional de Cirujanos en el Hospital Juárez los días 19 al 25 de noviembre próximo. Simultáneamente se efectuará el 3er. Congreso de Anestesiología cuyas bases tendremos el gusto de insertar en nota aparte. Entre las secciones de la 9a. Asamblea no quedará incluida la sección de Otorrinolaringología y Broncoesofagología como ha acontecido en anteriores. Los organizadores en cambio han encargado a dos otorrinolaringólogos la organización de la sección de "Cabeza y Cuello".

En las últimas ocasiones, la Asamblea Nacional de Cirujanos, había seguido la costumbre de dirigirse a la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología para que nombrara al Presidente y Vice-presidente de la sección respectiva. Debido probablemente a que se excluyó como hemos dicho antes la sección correspondiente, la invitación a los miembros de la Sociedad, ha llegado a través de los presidentes de las secciones de "Cabeza y Cuello" y de "Cirugía Plástica y Estética".

La directiva de la Sociedad comunica lo anterior a los socios de la misma incitándoles a que concurran a dichas secciones de la Asamblea, pudiendo anticipar que en la de Cirugía Plástica y Estética procurarán concentrar en una sola sección todo lo relacionado con la Otorrinolaringología.



### TERCER CONGRESO NACIONAL DE ANESTESIOLOGIA.

1o.—Queda establecido que el Tercer Congreso Nacional de Anestesiología, no existirán ponencias y que los asistentes en general presentarán temas libres; en representación de Hospitales, Sanatorios, Instituciones y los temas individuales libres que espontáneamente deseen presentar.

2o.—La duración máxima en la lectura de los trabajos, será de 15 minutos y el comentario correspondiente e individual, no excederá de 5 minutos. El limite en cuanto a número de comentarios, quedará a discreción de la Directiva del Congreso en cada sesión en lo particular, de acuerdo con la extensión y número de comentaristas en cada trabajo.

3o.—El número de trabajos que diariamente serán presentados será de 5, salvo en los casos en que por la extensión de los trabajos obligue a limitar a número anterior.

4o.—El ponente contará con un tiempo máximo de 10 minutos en total para contestar los comentarios que hayan sido hechos a su trabajo.

5o.—Queda establecido que el comentario de comentarios no debe establecerse en las sesiones ordinarias de este congreso.

6o.—En los trabajos correspondientes a las sesiones de Congreso, serán de Instituciones, Sociedad y miembros asistentes, invitados extranjeros o nacionales.

7o.—Los trabajos enviados por los congresistas extranjeros deberán venir traducidos al español y solo en caso de imposibilidad de hacerlo así, deberán ser remitidos al Comité Organizador del Congre-



so, cuando menos un mes antes de su celebración, a fin de proceder a su traducción.

8o.—Los comentarios hechos en idioma extranjero, serán traducidos al español por los intérpretes designados que actuarán durante el Congreso.

9o.—Queda aceptado por el Comité Organizador y por la Sociedad Mexicana de Anestesiología, que como requisito indispensable los trabajos que se presenten en el Tercer Congreso Nacional de Anestesiología deberán ser lo más objetivo y práctico que se pudiere, es decir, bajo la forma de película, proyecciones fijas, cuadros sinópticos, demostraciones y conclusiones y a tal efecto habrá secciones encargadas durante el Congreso de las proyecciones fijas o móviles presentadas por los asistentes congresistas, así mismo, los miembros de la Sociedad Mexicana de Anestesiología y los asistentes extranjeros, serán convocados para que hagan sus respectivas demostraciones prácticas de técnica y procedimientos de anestesia, en las salas de operaciones destinadas por la 9a. Asamblea Nacional de Cirujanos y Tercer Congreso Nacional de Anestesiología.



### TERCER CONGRESO PANAMERICANO DE OTORRINO- LARINGOLOGIA Y BRONCOESOFAGOLOGIA.

Se aprobó que se lleve a cabo el 3er. Congreso Panamericano de Otorinolaringología y Broncoesofagología en la ciudad de la Habana en el año de 1952. Es de esperarse que dada la vecindad de esa bella ciudad con México, habrá una nutrida concurrencia de especialistas mexicanos.



### NUEVO LIBRO

En poder de nuestro Director se encuentra un hermoso trabajo del doctor Juan Manuel Tato, de Buenos Aires Argentina, titulado Lecciones de Audiometría que es una versión taquigráfica de doce lecciones y un interesante apéndice todo ello debidamente revisado y corregido por el autor.

## EXTRACTOS BIBLIOGRAFICOS

### TUMORES ESOFAGICOS

Patología diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Archives of Otolaryngology*. Julio de 1950 *P. E. Ireland M. D.* Toronto, Canadá.

El autor sumariza que el endoscopista debe acudir a la ayuda del radiólogo, del anatomopatólogo y del cirujano si el caso lo requiere. Añade a ésto que los deberes de todo endoscopista son: Proporcionar para un diagnóstico anatomopatológico correcto, piezas de biopsia tomadas del sitio adecuado. Reportar y describir el sitio y extensión del tumor. Servir de fuente de información al cirujano sobre la operabilidad del tumor: Si hay presencia de parálisis del nervio recurrente, o fijación del esófago. Ayudar a la recuperación post operatoria con las broncoaspiraciones, evitando así las complicaciones broncopulmonares. Practicar esofagoscopias post operatorias para examinar la anastomosis; y si el caso lo requiere hacer las dilataciones perorales de la anastomosis esofágica.



### OZENA

*Archives of Otolaryngology* Julio de 1950. *William C. Thornel.*

Por una vez más nos encontramos con un nuevo reporte en la literatura médica, sobre un tema tan desconsolador. El autor hace un estudio comparativo del resultado de los tratamientos médicos con "las nuevas drogas". Cree que éste estudio no hace estadística hasta el momento actual. Afirma que con el uso de la estreptomycin se obtienen dramáticos resultados rápidamente, aunque pronto, al suspen-

der la medicación el enfermo vuelve a presentar mal olor nasal y costras. La terapéutica con la Nitrofurazona, también empleada localmente produce el mismo resultado. El autor ha asociado ambas el resultado final es desconsolador.

Se está empleando el cloromicetín, aunque el autor afirma que está en estudio en toda la unión americana, deja entrever que hay alguna mejoría por lo que respecta a las costras y al mal olor nasal, ya que la atrofia no puede restaurarse jamás a la normalidad.



## HEMATOLOGIA

The Laryngoscope. Julio de 1949. *John Joseph Shea* M. D.

Los adelantos en el campo de la hematología, son de vital interés para el otorrinolaringólogo: Las epidemias de mononucleosis infecciosa durante los años de la guerra, han hecho aumentar la importancia de éste padecimiento. Las fracciones sanguíneas han venido a ayudarnos en el tratamiento de la falta de coagulación, previniendo infecciones, etc. Nuevos agentes químicos han retardado al desenlace fatal de la leucemia, por ejemplo la mostaza nitrogenada. Esta se ha aplicado también con buenos resultados en el linfoma. Dos nuevos productos extraídos de la espinaca y del hígado nos han sido entregados: el ácido fólico y la vitamina B12, los cuales tienen una poderosa acción en la anemia macrocítica. Además ya casi entendemos completamente todo el proceso de la coagulación, pudiendo tratar padecimientos relacionados con él.



## OTITIS EXTERNA.

Estudio citológico de las secreciones. *Ben H. Senturia*, M. D. The Laryngoscope. Junio 1950.

Este trabajo tiene su importancia. El autor concluye:

1o.—El examen citológico de las secreciones en los casos de otitis externas, nos informa siempre de la presencia de células epiteliales uniformes, gran cantidad de bacterias y ausencia completa de leucocitos.

2o.—Si en el estudio citológico de las secreciones encontramos neutrófilos, linfocitos y células de pus; es casi seguro que se trate de un padecimiento de oído medio circunscrito o complicado con otitis externa difusa.

3o.—El examen citológico de las secreciones tomadas del conducto auditivo externo, generalmente permite un diagnóstico diferencial definitivo en aquellos casos en los que es difícil asegurar una otitis media o una externa.

4o.—El procedimiento consiste en usar una mezcla de colorantes especiales, que permite hacer rápidamente el estudio en el consultorio mismo; lo cual es importante no sólo como guía diagnóstica, sino efectivo para la terapéutica.



## EL LUGAR QUE OCUPA ACTUALMENTE LA OPERACION OBLITERATIVA EN LA CIRUGIA DEL SENO FRONTAL.

*Edward H. Lyman, M. D. The Laryngoscope. Mayo 1950.*

El autor concluye que:

1o.—La literatura sobre cirugía de seno frontal es enorme y plagada de controversias.

2o.—Los antibióticos son una gran ayuda en las infecciones de éste seno, pero no sustituyen a la cirugía, cuando ésta es indispensable.

3o.—Los casos que requieren cirugía los cataloga en tres categorías.

4o.—Existen ciertos casos en los que se hace indispensable la obliteración del seno. A éstos los considera dentro del primer grupo. Casi siempre en ellos hay una infección que se ha propagado hasta el hueso frontal, produciendo cambios irreversibles en la mucosa y en el hueso. Si está indicada la obliteración del seno frontal, ésta debe hacerse incluyendo la extirpación de la pared anterior y el piso del se-

no; pero no debe tocarse la pared posterior a no ser que tengamos la certeza que en ella han ocurrido cambios patológicos irreversibles, o que hay una caries que está dando complicaciones intracraneales. El resultado cosmético de ésta operación tan destructiva es bueno. Para ello hay que hacer la incisión curva a través de la ceja. La incisión en T invertida debe abandonarse. Hay que asegurarle al paciente que se va a someter a cirugía plástica más tarde, cuando se haya vencido el primer problema que es la infección.

5.—Otras sinusitis frontales crónicas en las cuales el hueso no está infectado pueden tratarse por la operación de Lynch modificada con objeto de dejar el conducto nasofrontal intacto. Estas pertenecen al segundo grupo.

6o.—Existen por último otros casos que no están englobados en los anteriores grupos: como cuando el conducto nasofrontal ha sido destruido por el padecimiento o por una operación anterior. Estos casos son tratados con éxito por la inserción permanente del tubo de oro de Inqals. Estos casos forman el tercer grupo.



## OBSERVACIONES POSTERIORES DE LOS EFECTOS DE LA INSUFICIENCIA TIROIDEA EN LA MUCOSA NASAL.

*Arthur W. Proetz, M. D. The Laryngoscope Julio 1950.*

Los cambios característicos de la mucosa nasal provocados por la insuficiencia tiroidea descansan sobre tres observaciones:

1o.—En el 87% de los casos en los que se sospecha la deficiencia tiroidea, basándose en el aspecto de las estructuras intranasales exclusivamente, se ha encontrado un metabolismo basal sub-normal.

2o.—En un gran porcentaje de estos casos la terapéutica específica ha dado resultados sorprendentes.

3o.—En casos seleccionados, no complicados; se ha obtenido una mejoría notable usando la hormona tiroidea. Al suspender la medicación, los síntomas han vuelto a hacer acto de presencia.

Claro que para diagnosticar éstos padecimientos, lo primero que necesita el otorrinolaringólogo es pensar que existen. Un metabolismo basal bajo será una evidencia. Una prueba terapéutica efectiva es concluyente.



### HISTAMINA EN EL TRATAMIENTO DE CIERTOS TIPOS DE CEFALALGIA Y VERTIGO SUBSECUENTES A LA OPERACION DE LA FENESTRACION.

*George E. Shambaugh Jr.* M. D. Archives of otolaryngology Junio de 1950.

Un síndrome que consiste en mareo, acufenos, sensación de plenitud en el oído hipoacusia y otalgia, aparece frecuentemente en un oído fenestrado varios meses o años después de la intervención. Este síndrome es muy parecido al de la llamada "hidropesía del laberinto".

La administración de histamina muy diluida, casi siempre mejora al enfermo.

El mecanismo de acción de la histamina diluida no es conocido. Se piensa que tal vez una sensibilización local del laberinto ótico a la histamina, pueda ser la causa de esos síntomas; y que una mínima dosis de histamina por vía parenteral, actúe desensibilizando el laberinto.



### ESTREPTOMICINA EN EL TRATAMIENTO DE LAS OTITIS MEDIAS TUBERCULOSAS.

*Leon L. Titche* M. D. Archives of Otolaryngology Junio 1950.

Se usó la estreptomicina en 32 pacientes con otitis media de origen tuberculoso. Entre ellos había 35 oídos enfermos. Se les aplicó la droga por vía parenteral, resultando 18 oídos cuya perforación cicatrizó; mejoría en 11 oídos; no se obtuvo respuesta en 6. Se instiló la estreptomicina en el oído medio en cuatro enfermos que no están considerados en el estudio de los tratados por vía parenteral, encontrándose mejoría en tres y cicatrización de la perforación timpánica en uno.

**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:** Frasco 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 No. 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 cm<sup>3</sup> 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 <sup>3</sup> 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

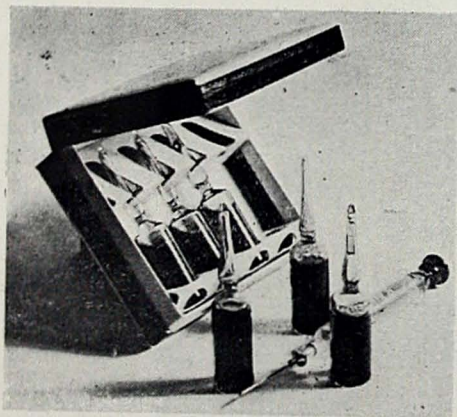
ESTE MEDICAMENTO ES DE EMPLEO DELICADO.

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 arábica .....	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.

Via de administración: Oral.

ESTE MEDICAMENTO ES DE EMPLEO DELICADO

Hecho en México en los Laboratorios

TERAPIA INFANTIL, S. A.

Cía. Elaboradora de Medicamentos y Alimentos Exclusivos para Niños.

Querétaro 131.

Prop. No. H-1.

México, D. F.

# A Z O T Y L

Antiséptico Respiratorio

Gripe - Profilaxis pre y post-operatorio



GRUPO ROUSSEL, S. A.

Varsovia No. 19.

México, D. F.

Reg. Núm. 12967 S. S. A.

"Literatura exclusiva para médicos".

Prop. No. A-261/50

# Bememica

Reg. No. 35867 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 NUTRICIÓN 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.

Dr. Daniel Gurria Urgell

## LISTA DE SOCIOS

- |  |   |
|--|---|
| Dr. Agustín Aguilar<br>Sur 5 y Ote. 4.<br>Orizaba, -Ver.                           | Dr. Juan Becerril.<br>Donceles No. 86.<br>Segovia 71 Alamos.                      |
| Dr. José T. Aguilera<br>5 de Mayo 10-52<br>Amsterdam No. 78.<br>Ciudad.            | Dr. Pedro Berruecos<br>Medellín No. 94-3.<br>Col. Roma, D. F.                     |
| Dr. Humberto Alcocer<br>Medellín No. 94.<br>Col. Roma, D. F.                       | Dr. Andrés Bustamante D.<br>Medellín 94-3.<br>Mazatlán 154-A.<br>Col. Roma, D. F. |
| Dr. Juan Andrade Pradillo.<br>Emparan No. 39-1.<br>Juan Escutia No. 79.<br>Ciudad. | Dr. Emilio Bracho Mijares.<br>Alvaro Obregón 107 Ote.<br>Tampico, Tamps.          |
| Dr. Pedro Andrade P.<br>Av. Morelos No. 42.<br>Ciudad.                             | Dr. Eduardo Canudas y Orezza<br>Xicotencatl 175.<br>Veracruz, Ver.                |
| Dr. Arroyo Guijosa<br>Medellín No. 94.<br>Col. Roma, D. F.                         | Dr. Jaime Carrillo de la Rosa<br>Orizaba No. 185.<br>Col. Roma, D. F.             |
| Dr. Abraham Ayala Glez.<br>Plaza de la República 46.<br>Ciudad.                    | Dr. Gabriel Camarena G.<br>Juárez No. 409.<br>Guadalajara, Jal.                   |
| Dr. Isaias Balansario.<br>Lerma No. 90.<br>Col. Cuauhtémoc, D. F.                  | Dr. Jaime Carrillo Jr.<br>Medellín No. 86-21.<br>Col. Roma, D. F.                 |

## LISTA DE SOCIOS

- Dr. Rodolfo Cortés Ochoa.  
Av. Morelos No. 87.  
Guadalajara, Jal.
- Dr. Javier Castillo Dibildox.  
Amsterdam No. 295.  
Col. Condesa, D. F.
- Dr. Enrique Culebro.  
Durango No. 12.  
Cuernavaca No. 64.  
Col. Roma, D. F.
- Dr. Héctor Dávalos.  
Edif. "La Nal." Desp. 405.  
Chihuahua, Chih.
- Dr. Leo Deutsch.  
Edificio Condesa C-5.  
Reforma No. 510.  
Calle Sáenz No. 45.  
Ciudad.
- Dr. Inocencio de Lara  
Av. Matamoros No. 636 Pte.  
Torreón, Coah.
- Dr. Antonio de la Maza.  
Gabriel Leyva No. 40.  
Col. Reforma No. 12.  
San Luis Potosi, S.L.P.
- Dr. Ramón del Villar.  
Amsterdam No. 295.  
Col. Condesa, D. F.
- Dr. Eduardo Echeverría.  
Artículo 123 No. 97.  
Ciudad.
- Dr. Manuel Flores Castro.  
Ocampo 418.  
Guadalajara, Jal.
- Dr. Manuel Fernández Posada  
Guerrero No. 1.  
Ciudad.
- Dr. Alberto Gallegos Dominguez  
Hospital Central Militar.
- Dr. Máximo García Castañeda.  
Humboldt 17-4.  
Ciudad.
- Dr. José García Sambrano  
Quintana Roo 1 Desp. 1.  
Col. Roma, D. F.
- Dr. Adolfo Garza  
Diego Montemayor No. 716.  
Monterrey, N. L.
- Dr. Roberto Garza González  
Escobedo 607 Sur.  
Cuauhtémoc No. 231 Nte. Int.  
Monterrey, N. L.
- Dr. Rafael Giorgana.  
Donato Guerra No. 9.  
Ciudad.
- Dr. Mario Galindo Hernández  
Victoria No. 114.  
Ciudad.
- Dr. Luis González Rentería.  
Insurgentes No. 210 5o. piso.  
Ciudad.
- Dr. Javier Gómez Orozco  
López Cotilla No. 420.  
Guadalajara, Jal.
- Dr. Marcelino Gómez Orozco.  
Prisciliano Sánchez No. 407.  
Guadalajara, Jal.
- Dr. Mario González Ulloa  
Tuxpan No. 20.  
Nicolás Sn. Juan No. 202.  
Col. Roma, D. F.
- Dr. Carlos Guerra González  
Independencia No. 71.  
Independencia No. 65.  
San Luis Potosi, S.L.P.
- Dr. Gaspar Hernández  
Madero No. 55-106.  
Jalapa No. 13.  
Ciudad.
- Dr. Carlos Herrera Garduño  
Dr. Mora No. 9.  
Santander No. 57.  
Col. de los Doctores, D. F.
- Dr. Paul H. Holinger.  
700 N. Michigan Avenue (Chicago)  
Chicago, Ill. U.S.A.
- Dr. Chevalier L. Jackson  
3401 N. Brood St.  
Philadelphia, Pa. U.S.A.
- Dr. Gustavo Jeréz Tablada.  
Tabasco No. 332 (Esq. Oaxaca).  
Av. Industria No. 196.  
Col. Roma, D. F.
- Dr. Luis Labastida.  
Palma No. 405.  
Dirigir correspondencia al Pabellón  
22 Hosp. General.
- Dr. Manuel López López.  
Regina No. 7.  
Alpes No. 450.
- Dr. Oliverio Lozano Rocha  
Juárez No. 324 Pte.  
Torreón, Coah.

## LISTA DE SOCIOS

- Dr. Benjamin Macias  
Donceles No. 80 Dpto. 3.  
Ciudad.
- Dr. Benito Madariaga  
Colima No. 211.  
Col. Roma, D. F.
- Dr. Fernando Meléndez  
Insurgentes No. 74.  
Hamburgo No. 18.  
Ciudad.
- Dr. Félix Michel  
Donato Guerra No. 140.  
Guadalajara, Jal.
- Dr. Efrén Marín  
Orizaba No. 185.  
Col. Roma, D. F.
- Dra. Ma. Elena Martínez Ortega  
Aramberri No. 1849 Pte.  
Monterrey, N. L.
- Dr. Rubén Mingran Camargo.  
Hospital Central Militar.  
Lomas de Sotelo, D. F.
- Dr. Federico Molas  
San Juan de Letrán No. 9.  
Dr. García Diego No. 215.  
Ciudad
- Dr. Angel Pérez Aragón  
Rio Sena No. 68.  
Balsas 6. Col. Cuauhtémoc  
Col. Cuauhtémoc. D. F.
- Dr. Ernesto Pérez Fuentes  
Hosp. Central Militar.  
Lomas de Sotelo, D. F.
- Dr. Angel Quijano.  
Edif. Canavati Desp. 218-219.  
Padre Mier No. 167 Pte.  
Monterrey, N. L.
- Dr. Walter Reinking  
Dr. Mora No. 9.  
Sierra Leona No. 323.
- Dr. Francisco Rivadeneyra  
5 de Febrero No. 488.  
Ciudad.
- Dr. Daniel Roldán Posada.  
Puebla No. 118.  
Col. Roma, D. F.
- Dr. José Sánchez Cortés  
16 de Septiembre No. 59.  
Guadalajara, Jal.
- Dr. Roberto Said Laserre  
Alzate No. 57 Col. Sto. Tomás, D.F.  
Ave. Uno No. 116.  
San Pedro de los Pinos, D. F.
- Dr. Roberto L. Sánchez  
Querétaro No. 131.  
Col. Roma, D. F.  
Virreyes No. 950.
- Dr. George E. Shambaugh  
122 S. Michigan Avenue  
Chicago Ill. U. S. A.
- Dr. Leonardo Silva E.  
Humboldt No. 26.  
Ciudad.  
Ebro No. 58.
- Dr. Carlos Tapia Acuña  
Yucatán No. 24.  
Col. Roma, D. F.
- Dr. Ricardo Tapia Acuña  
Bucareli No. 85.  
Cuevas Rubio No. 60.  
Ciudad.
- Dr. Ricardo Tapia Fernández  
Londres No. 67-2 Col. Roma, D. F.  
Tuxpan No. 16.
- Dr. Rafael Tejero Lapham  
Monterrey No. 101 Desp. 203.  
Col. Roma, D. F.
- Dra. Isabel Torices  
Díaz Mirón No. 154.  
Col. Sto. Tomás, D. F.
- Dr. Plutarco Torres Luquín  
Chapultepec No. 463.
- Dr. Luis Vaquero  
V. Carranza No. 27.  
Poo No. 39.  
Ciudad.
- Dr. José Vargas Luqo.  
4a. Ave. Norte No. 14.  
Tapachula, Chis.
- Dr. Ricardo H. Villanueva  
Ejido No. 37-7.  
Ciudad.



# 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%

#### PROPORCIONANDO:

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

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

#### CADA 30 GM. CONTIENEN:

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

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

ENVASADO EN FRASCOS DE 228 GM.

\*Marca Registrada

**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.