A N A L E S

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Y BRONCOESOFAGOLOGIA

REDACCION
BUCARELI Nº 85
Teléfono: 12-84-77

ADMINISTRACION
MORENA No. 216.
Col. del Valle.

MEXICO, D. F.

V EPOCA JULIO-SEPTIEMBRE DE 1951 NUM. 11

DIRECTOR:
Dr. Ricardo Tapia Acuña

GERENTE:
Dr. Luis Márquez

SUMARIO:

SUBSCRIPCIONES

Precio del Ejemplar	$	6.00
Números atrasados	„	10.00
Subscripción anual, en México	„	20.00
Subscripción anual, en otros países	Dls.	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 èstos metales son usados aisladamente. De absorción rápida y eliminación lenta.

DISTRIBUIDORES

PICOT LABORATORIES INTERNATIONAL, INC.

Lago Tanganica 13 MEXICO, D. F.

REGS. NUMS. 14437 y 14935 U. S. A.

PROP F-F-3

EDITORIAL

Aunque México tuvo su primer libro sobre Oto-Rino-Laringología, hace cerca de noventa años, ésta especialidad fué del dominio del cirujano general hasta hace relativamente pocos años. Es probable que las limitaciones que entonces tenía la especialidad fueron el motivo principal además de ello.

Puede decirse que el Hospital General de México fué la cuna de la escuela otorrinolaringológica de este país pues los creadores de dicho hospital especialmente Don Eduardo Liceaga, con gran visión fundaron al mismo tiempo el servicio de la especialidad.

Los practicantes de dicho hospital asistían a ese servicio más por obligación que por cariño y los relatos del doctor Ricardo Tapia y Fernández indican que ya en esa época se practicaban resecciones submucosas de tabique; pero predominando más intervenciones quirúrgicas de tipo general tales como resección de tumores, traqueotomía, etc.

Pocos años después y al hacerse cargo del servicio el doctor Tapia y Fernández concurrieron personas que realmente se interesaban por aprender la Oto-Rino-Laringología.

Posteriormente se fundaron otros servicios de la especialidad en diferentes hospitales pero la enseñanza no obtuvo la categoría de cátedra en la Universidad hasta veinticinco años después de la fundación del servicio del Hospital General.

En el año de 1942 los especialistas mexicanos recibieron el primer curso de post-graduados a moción del sector otolaringológico de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Otorrinolaringología habiéndose invitado para ello al Profesor Chevalier L. Jackson quien impartió en el Hospital General un hermoso y brillante curso teórico-práctico sobre Broncoesofagología.

Años después se promovieron otros cursos para post-graduados tales son los que organiza la Universidad, la Escuela de Graduados del Hospital General y uno promovido por el Dr. Roberto Sánchez que se llevó a cabo con miembros de la Sociedad Mexicana de Oto-Rino-Laringología y Bronco-Esofagología sobre cirugía reconstructora y plástica de naríz y oídos el cual tuvo tres semanas de duración y fué impartido por el Dr. Oscar Becker habiéndose cubierto con este curso muchos puntos dudosos hasta entonces así han colocado a otorrinolaringólogos mexicanos en condiciones superiores a las de otros cirujanos que practican este tipo de cirugía.

Cabe recordar los nombres de otros dos profesores huespedes que han contribuido con sus valiosas enseñanzas en una forma absolutamente desinteresada en el desarrollo de estos cursos ellos son: Francis Lederer y Arthur Proetz.

Como quiera que sea la necesidad de impartir la enseñanza tanto al alumno de la escuela de Medicina como a los graduados que no estando en posibilidades de hacer frecuentes viajes al extranjero desean sin embargo estar al día en su especialidad, es obvia. Por lo tanto el esfuerzo de instituciones como la oficina de estudios del Hospital General de México merece la protección y el apoyo moral y material de los médicos y de los gobiernos.

TRABAJOS ORIGINALES

La Punción del Antro Mastoideo en el Lactante

Dr. Plutarco Torres Luquín.
México, D. F.

Recientemente me fué traída de Francia la Tesis del Doctor Jean L. HIRONDEL, interno del Hospital Bretonneau, París, en el Servicio del Dr. GRENET y en la Consulta Externa de Oto-Rino-Laringología del Dr. LALLEMENT titulada: "LA PUNCION DEL ANTRO MASTOIDEO. IMPORTANCIA DE LA OTO-MASTOIDITIS EN LA PATOLOGIA DEL LACTANTE". Debido a la importancia del tema presento a ustedes un extracto del mismo, dándoles a conocer ,al final, mi experiencia personal.

"PRELIMINAR.—Entre los problemas de actualidad en medicina infantil, la oto-mastoiditis del lactante ocupa un primer plano, a pesar de lo cual está rodeada de incertidumbre y obscuridad, por dos razones.

La primera, es la excesiva frecuencia de las oto-mastoiditis demostradas a la autopsia (de 60 a 100 por 100 en los niños según los autores), cifra superior a los casos que la clínica puede lógicamente aceptar. La explicación de esto es que se suman las oto-mastoiditis primitivas, responsables de la muerte, y las oto-mastoiditis secundarias y terminales.

La segunda razón, no menos importante, estriba en la dificultad del diagnóstico de mastoiditis. En ocasiones ni la clínica, ni la otoscopía, ni la radiografía, permiten precisar las lesiones del antro. "El drama es la carencia de diagnóstico" dice Cathala y agrega "es preciso investigar si no existe algún signo nuevo que pueda ayudar al diagnóstico".

Es entonces cuando GRENET pensó explorar el antro por medio de la punción directamente. *El antro del recién nacido, es en efecto,*

---

* Leído en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología.

una cavidad voluminosa y superficial que se presta notablemente a un examen fácil, inofensivo y rico de enseñanzas.

La realización práctica de la punción del antro fué obra del Dr. LALLEMENT.

I

ALGUNOS DATOS ANATOMICOS

a) La caja del tímpano y el antro tienen en el recién nacido dimensiones considerables, casi idénticas, en cifras absolutas, a aquellas que guardarán en el adulto. A menudo aún, el antro del recién nacido es más grande de lo que será en el adulto. Estas dimensiones explican la importancia que tienen la supuración de esas cavidades en el recién nacido y la facilidad de la punción en una amplia región de una mastoides pequeña.

b) El antro constituye, en el recién nacido, la única célula mastoidea.

Habitualmente es basto y superficial pareciendo vaciar completamente el block mastoideo. Tiene la forma de un nicho, ensanchado hacia arriba y estrechando en cúpula hacia abajo. Sus dimensiones son las siguientes: altura, 7 a 11 milímetros; anchura, 6 a 8 milímetros; profundidad, 7 milímetros.

c) Las punciones del antro han mostrado que en los recién nacidos sanos, está siempre completamente vacío.

d) La pared externa del antro es la vía de acceso. Sobre esta pared se encuentra delimitada una foseta retroauricular, que la pulpa del dedo percibe con facilidad en el hueso seco o en el vivo. Esta foseta corresponde exactamente al antro.

El antro se encuentra situado atras de la caja y en un plano ligeramente superior en relación a ella. Clásicamente, el antro estaría situado un poco arriba y atras del arco superior del conducto auditivo. oseo. (LINOIR) "Su medio corresponde al ángulo postero-superior del conducto" (MURET).

En realidad, en el vivo la foseta retroauricular que corresponde al antro se encuentra exactamente atras del orificio auditivo, siendo el mejor punto de referencia operatorio, el ángulo postero-superior del mismo.

e) La pared externa está constituída por una lámina osea muy delgada, que recubre un tejido esponjoso de espesor variable. Mien-

tras que las dimensiones del antro quedan casi idénticas, el espesor de la cubierta osea aumenta rápidamente con la edad: no pasando apenas de 2 milímetros en el recien nacido, ella es de 4 a 5 milímetros hacia los 5 meses y hacia los 12 o 14 meses, es de 7 milímetros o más.

TECNICA DE LA PUNCION DEL ANTRO.

La punción comprende la penetración de la aguja en el antro y la exploración de la cavidad antral desde un triple punto de vista.

I.—La aspiración del contenido y después su examen.

II.—El contacto oseo.

III.—Su permeabilidad al aire y a los líquidos.

I.—Principios del método.

El antro, cavidad espaciosa y superficial, se ofrece por así decir a la pución.

La primera maniobra a practicar, es la aspiración del contenido.

I.—EL CONTENIDO eventual es aspirado a nivel del punto declive del antro; *su naturaleza, su abundancia, sus datos citológicos y bacteriológicos* constituirán enseñanzas del más alto valor.

La aspiración directa por la aguja de punción es el primer procedimiento que viene al espíritu. Nosotros lo hemos abandonado, pues puede ser dañoso y seguramente infiel.

Puede ser dañoso porque crea en el antro una depresión que peligra de provocar un desplazamiento de secreciones sépticas de la trompa hacia la caja y el antro.

Seguramente infiel, pues el bisel de la aguja queda "al aire" en la cavidad antral y las secreciones que tapisan la mucosa escapan a la aspiración.

Es por esto que nosotros hemos imaginado el PROCEDIMIENTO DE LA DOBLE AGUJA.

Por la luz de la aguja-trocar introducimos una aguja-estilete de extremidad roma, cuyo diámetro exterior es notablemente menor que el diámetro interior de la aguja-trocar.

Este procedimiento asegura una triple ventaja.

1o.—La existencia de un juego notable entre las dos agujas permite la *aspiración sin crear depreción en el antro.*

2o.—Esta aspiración es posible *al contacto mismo de la cara pro-*

funda del antro, luego al punto declive: la menor particula del líquido será, pues, tomada.

3o.—La introducción de la aguja-estilete permite, por otra parte, la exploración del contacto óseo.

II.—EL CONTACTO percibido al estilete puede, en efecto, encontrarse modificado por fungosidades u osteítis.

III.—EL ESTUDIO DE LA PERMEABILIDAD AEREA Y A LOS LIQUIDOS constituye la última parte del examen. La permeabilidad es una de las cualidades fundamentales del antro; consiste en el hecho de que el aire o el líquido introducido en el antro se escurre con facilidad a traves del áditus, la caja y la trompa hasta la faringe.

Las anchas dimensiones del áditus y de la trompa permiten suponer esta permeabilidad, ésta es, en efecto, más considerable de lo que se imaginaria a priori y, normalmente el solo peso del pistón es suficiente a empujar el aire de la jeringa a través del tunel atítico.

La cuestión del drenaje siendo primordial aquí, como para toda supuración, se concibe el interes que presenta esta investigación.

Además, la inyección del líquido suero o sulfamidas solubles con que terminan las maniobras, constituye un verdadero *lavado del antro que tiene el valor de un tratamiento de prueba*, en ocasiones curativo por sí sólo.

II.—Material necesario para la punción.

El material necesario para la punción del antro comprende esencialmente aguja-trocar y una aguja de extremidad roma.

1o.—La aguja-trocar se adapta sobre un mango que permite tener el trocar bien en la mano y reducir el esfuerzo necesario para atravesar la cortical ósea.

2o.—La aguja de extremidad roma o cánula que sirve de estilete explorador y por la cual se aspira el contenido del antro, es mucho más larga y más fina.

3o.—Aparte: Dos jeringas de 2 c.c., varias láminas bien limpias, un tubo de suero coagulado para la siembra.

La punción del antro debe ser sistemáticamente bilateral; todo este material será preparado en doble ejemplar.

III.—Posición del niño y del operador.

El niño es enrollado en una sabana y colocado sobre un plano

resistente, por ejemplo una mesa de examen con una compresa enrollada bajo la cabeza.

Un ayudante, colocado a izquierda del niño le mantendrá la cabeza bien firme vuelta a la derecha o izquierda, según el lado que se puncione.

IV.—Referencias del punto de punción.

Importa de referir y de sentir la foseta retro-auricular. Esta foseta se encuentra situada sobre una línea que une el orificio auditivo externo a la tuberocidad occipital, a 3 ó 4 milímetros detrás de la inserción del pabellón de la oreja, a 7 u 8 milímetros arriba de la extremidad libre de la mastoides y abajo de la cresta innuminada.

V.—Penetración de la aguja-trocar.

Después de haberse aseptisado la región y teniendo el mango del trocar en plena mano, se introduce la aguja, con una presión fuerte y sostenida.

La prenetración es habitualmente fácil y la resistencia maderada.

Más allá de un año, la punción se vuelve difícil; puede, sin embargo, ser intentada hasta los 19 o 20 meses.

Después de una penetración lenta de algunos milímetros, toda resistencia cede bruscamente. Esta sensación de resistencia vencida es constante y permite afirmar que la aguja ha, efectivamente, penetrado en el antro.

—oOo—

¿Qué pruebas se poseen de que la aguja está efectivamente en el antro?.

La permeabilidad, la aspiración de mucosidades o de pus son signos de certidumbre.

La punción ha sido lograda; el trocar es bruscamente hundido en la cavidad antral. El operador quita el mango y el mandrín, no dejando más que la aguja en su lugar y precede en el orden siguiente: (a) aspirar el contenido del antro; (b) estudiar el contacto óseo; (c) apreciar su permeabilidad.

A.—*ASPIRACION DEL CONTENIDO.*

La aspiración es la maniobra por practicar primero, antes de

investigar la permeabilidad que peligra de vaciar el antro de su contenido.

La aguja-roma, adaptada a una jeringa vacía y seca de 2 c.c., es introducida por la luz del trocar *hasta el contacto de la cara profunda del antro.*

Es allí, pegado a la mucosa, donde es preciso aspirar.

1o.—Ya pus aparece en la jeringa.

2o.—Ya la aspiración es bloqueada por un moco-pus espeso.

Siempre manteniendo la aspiración, la aguja se retira; ésta trae en su extremidad una particula de moco-pus.

3o.—*Ya la jeringa no aspira más que aire.* Se retira la aguja manteniendo la aspiración, después se proyecta y se extiende sobre láminas las gotitas que la luz de la aguja contiene habitualmente.

El antro sano es vacío y estéril.

Este axioma nos parece absoluto. Cada vez que hemos puncionado un niño normal o atacado de una afección extra-auricular (septicemia, meningitis, sin determinación auricular,) siempre hemos encontrado los antros en un estado de vacuidad completa. Si se inyectan entonces unas "gotas" de suero fisiológico, estas vuelven absolutamente limpidas (excepto en los casos en que la punción provoca una ligera sangría) y estériles. Cuando hay secreciones se estudiarán en su aspecto macroscópico, citológico y bacteroscópico.

1o.—*ESTUDIO MACROSCOPICO.*

El contenido ofrece dos cualidades a considerar: (a) su *abundancia,* (b) *su naturaleza.*

a).—*Su abundancia*: Las secreciones serán tenidas por abundantes cada vez que aparezcan a la aspiración, *en el cuerpo de la jeringa.*

Las secreciones serán tenidas como mínimas si la aguja, llevada al contacto de la mucosa, *aspira aire al mismo tiempo que mocosidades.*

b).—*Su naturaleza*: El aspecto de la secreción permite distinguir; *La serosidad sangrante* de la que la citología determina la significación; el mocopus más o menos purulento; el *pus franco,* amarillo, siempre un poco hilante.

2o.—*ESTUDIO CITOLOGICO.*

La investigación microscópica debe llevarse sobre la totalidad de una o varias láminas, especialmente donde el frotis es más grueso.

La lámina muestra:

a) *Sangre*: La sangre puede ser pura. Los elementos figurados son normales en su aspecto; la proporción poli-linfos es idéntica o muy aproximada a la normal.

Algunas veces existen una *reacción manifesta de polinucleares no alterados.* Estos son muy numerosos y constituyen 95% de los elementos blancos. Esta fórmula traduce, sin ninguna duda, el estado inflamatorio de la mucosa antral.

b) *Moco más o menos purulento*: Comprendiendo polinucleares, cuyo agrupamiento en masas, caracteriza la reacción purulenta; y *grandes células endoteliales* sin significación potológica bien definida.

c) *Pus franco*: Los polinucleares alterados, agrupados en grandes masas constituyen la casi totalidad de los elementos celulares. A esos polinucleares se mezclan numerosas células endoteliales.

3o.—*ESTUDIO BACTERIOLOGICO.*

La punción permite un examen bacteriológico completo de las secreciones antrales, por examen directo y por cultivo.

El medio de elección parece ser la gelosa ascitis.

Los resultados bacteriológicos no tienen la importancia que sería tentada, a priori, de asignarles.

El estreptocoso y sobre todo el neumococo son los más frecuentemente identificados; pero el descubrimiento de gérmenes en el moco-pus antral es lejos de ser constante y su ausencia no permite eliminar una antritis ni aún una osteítis.

B.—*ESTUDIO DEL CONTACTO OSEO.*

La aguja-roma, manejada como un estilete, es de nuevo introducida por la luz del trocar. Uno o dos golpes pequeños, francamente dados enseñan sobre el estado de la cara profunda del antro; normalmente, el contacto es duro y seco.

Dos sensaciones son patológicas:

1o.—*El contacto algodonado*, blando, que pide, para ser afirma-

do, que sea particularmente acentuado. Traduce la presencia de fungosidades.

2o.—*El contacto osteítico.* El hueso enfermo dá la sensación clásica de azúcar mojada. Se deja hundir, aplastar por la presión del estilete. Ligeros movimientos laterales imprimidos a la aguja revelan con claridad la superficie irregular del hueso.

C.—ESTUDIO DE LA PERMEABILIDAD AL AIRE Y A LOS *LIQUIDOS.*

Una jeringa de 2 c.c., llena de aire, es directamente ajustada sobre la aguja-trocar.

1o.—*La permeabilidad es perfecta,* si el aire penetra en el antro bajo el solo peso del pistón; notemos que su descenso es ritmado por los movimientos respiratorios.

2o.—*La permeabilidad es limitada,* si se debe ejercer una cierta presión ejercida sobre el pistón; la importancia de esta presión mide el grado de impermeabilidad.

3o.—La permeabilidad es nula, si cualquiera que sea la presión ejercida sobre el pistón, el aire no pasa. El antro es entonces "bloqueado".

4o.—Una permeabilidad limitada o nula al principio del examen puede restablecerse al curso del mismo.

Estas enseñanzas serán confirmadas por la investigación de la permeabilidad a los líquidos. Se inyecta por la aguja-trocar, sin forzar, algunos centímetros cúbicos de suero fisiológico o de solución de sulfamidas.

Este líquido se escapa sea por el conducto, sea por las narinas o bien es tragado como lo testimonían los movimientos de deglución.

Pero sobre todo, esta inyección líquida determina un *lavado de los antros* cuyo valor terapéutico no es despreciable.

Digamos desde ahora que, salvo urgencia ese lavado constituye *un tratamiento de prueba*: sus resultados se agregan a los proporcionados por el triple estudio del contacto óseo, del contenido del antro y de su permeabilidad.

ESTUDIO CRITICO DE LAS DIVERSAS EXPLORACIONES.

Consideramos sucesivamente: El contenido; el contacto; la permeabilidad.

A.—*EL CONTENIDO*: y su estudio cito-bacteriológico.

El interes mayor de la punción es poder tomar directamente, al contacto de la mucosa, una particula de secreciones contenidas en el antro y hacer su examen citológico. Sin querer discutir desde ahora la significación del pus mastoidiano, limitémonos a formar nuestro punto de vista formal. "todo pus o moco-pus en el antro traduce una antritis, esto no implica, por otra parte, que toda antritis debe ser operada".

La realidad de una tal antritis nos parece, pues, sólidamente establecida, no obstante la teoría de Lee Mee según la cual, el antro no sería, a menudo, mas que un "depósito" donde se acumula un pus exógeno.

B.—*EL CONTACTO*:

De todas las exploraciones es esa donde el coeficiente de interpretación personal es más elevado; pero los resultados, cuando son positivos son de una precisión notable.

Es preciso saber golpear la pared profunda con pequeños golpes secos como si se quisiera hacer resonar el hueso; es presico saber apoyar con una presión firme para apreciar la resistencia del hueso que a veces se deja hundir como un madero apolillado; es preciso saber imprimir el estilete, ligeros movimientos laterales, al contacto del hueso, para reconocer la superficie lisa o irregular.

Un contacto patológico posee un valor diagnóstico absoluto.

C.—*LA PERMEABILIDAD*:

Esta investigación merece un lugar aparte: en efecto, ella no enseña sobre las lesiones propias del antro, sino sobre *sus relaciones con las cavidades vecinas*: por este hecho, posee un interes patogénico considerable.

A menudo, no obstante una paracentesis reciente, el antro purulento es impermeable. Bien más, hay casos en que el pus sale expontáneamente al orificio externo de la aguja desde que el mandrín ha sido retirado. El pus, puede, pues, perfectamente estar bloqueado, aún bajo tensión, en la mastoides.

Sin embargo, *un antro auténticamente patológico puede ser permeable*. Desde que un antro contiene una cantidad considerable de

pus, es que hay retención efectiva y estancación aún si la persistencia de sus comunicaciones con la caja, debieran en principio, permitir el drenaje. Por una parte la situación alta del aditus, uniendo el antro y la caja por su techo, y por otra parte el decúbito habitual del recién nacido hacen del antro la parte más declive del tunel atítico, lo que explica que no drene, aún teniendo la posibilidad de hacerlo teóricamente.

A la inversa, un antro impermeable puede ser sano, puesto que ésta impermeabilidad puede ser la consecuencia de una lesión de cercanía tal como una otitis o un simple catarro tubario. Sin embargo, un antro en estas condiciones, es siempre sospechoso.

—oOo—

INDICACION DE LA PUNCION DE ANTRO.

La punción del antro encuentra sus indicaciones en cuatro circunstancias principales: 1a.—La otitis manifiestamente complicada; 2a.—Los trastornos digestivos graves; 3a.—Los síndromes infecciosos indeterminados; 4a.—Accesoriamente, las afecciones cerebromeningeas.

1a.—*La otitis manifiestamente complicada*:

La parecentesis ha dado pus; la defervesencia ha sido incompleta. Nuevas paracentesis han sido necesarias que son menos y menos eficaces.

La fiebre, que dura o se reanima, requiere formalmente la punción.

Seguramente eso traería, a menudo, la indicación operatoria: pero también en algunos casos apartará un diagnóstico de mastoiditis que se creía cierto; en tales casos, la fiebre es debida a otra infección tal como el despertar de un foco bronco-neumónico.

2a.—*Los trastornos digestivos graves*:

Existen innegablemente mastoiditis que no se declaran más que por un ataque del estado general, notablemente por un síndrome coleriforme con fiebre más o menos elavada.

La punción del antro será hecha de urgencia.

(a). Cuando el estado general del niño es tan grave que un tal ataque peligra de dejar pasar el momento operatorio.

(b). Cuando un escurrimiento de oído se produjo en los días, semanas y aún meses precedente, aún si la otitis parezca actualmente curada.

3a.—*Los síndromes infecciosos indeterminados*:

Consideramos que la punción del antro debe ser parte de los exámenes complementarios sistemáticos, de la misma manera que un hemocultivo, un sero-diagnóstico, una radiografía pulmonar un examen de orina y, en los casos dudosos, esta punción puede ser repetida tantas veces como sea necesaria.

4a.—*Accesoriamente, las afecciones cerebro-espinales*:

Todas las complicaciones eventuales de una mastoiditis son otras tantas causas que justifican la punción.

—oOo—

INDICACION DE LA ANTROTOMIA.

(Deducidadas de los datos proporcionados por la punción).

1a.—"La antrotomía es una intervención benigna" (RIBADEU DUMAS).

Esta noción de benignidad es primordial y debe estar presente en el espíritu del médico y del otólogo cada vez que se discutan las indicaciones operatorias.

Aún si fuere ineficaz, la antrotomía no agrava el estado del niño.

2a.—La antrotomía debe ser ejecutada tan pronto como sea posible.

El pronóstico depende, en parte, de la precocidad de la decisión operatoria.

Ciertamente, aún los casos más desesperados son justificados de la antrotomía; nosotros hemos visto curar niños a quienes el menor choque operatorio hubiera debido, al parecer, ser fatal.

—oOo—

La punción del antro, cualquiera que sea el estado del niño proporciona, sin embargo, indicaciones precisas.

LA ANTROTOMIA ES FORMALMENTE INDICADA:

1.—Cada vez que el pus macroscópico en cantidad apreciable aparece en el fondo de la jeringa durante la aspiración, aún si la permeabilidad es buena.

2.—Cada vez que hay un poco de pus, con impermeabilidad, sobre todo si hay pus franco o si el pus o el moco-pus contiene gérmenes al examen directo o al cultivo.

3.—Cada vez que el contacto óseo revele osteitis o fungosidades.

LA ANTROTOMIA SERA ACONSEJADA:

En un niño presentado por otra parte las indicaciones clásicas de orden general, si la punción dá cuenta de una permeabilidad limitada o trae una mucosidad purulenta, aún en cantidad ínfima. La intervención puede revelar un foco localizado de osteítis tórpida.

LA ESPECTACION ES INDICADA:

1a.—En el caso precedente, en ausencia de indicaciones de orden general particularmente urgentes.

2a.—Cuando una mucosidad apenas purulenta es retirada de un antro perfectamente permeable.

3a.—Cuando un antro impermeable no contiene mas que una mucosidad no purulenta.

Estos resultados testimonían un cierto grado de infección mastoidianas susceptibles, tarde o temprano, de acentuarse y de exigir entonces la antrotomía, pero que bien puede mejorarse bajo el solo efecto de los lavados del antro. Fuera de los casos urgentes, cada vez que hay infección atenuada con conservación de la permeabilidad, nosotros aconsejamos el lavado del antro, sino a título curativo cuando menos a título de tratamiento de prueba.

El estado general, la curva de peso serán seguidos con atención. Si los lavados tienen una acción favorable, serán renovados, sino no se vacilará en intervenir.

LA ABSTENCION.

Cuando la exploración muestra un antro sano, bien permeable y vacío de todo contenido.

En definitiva, la punción del antro, *bien que no puede aportar por sí sola y en todos los casos, el elemento decisivo, permite sin embargo,* con el mínimun de probabilidades de error, evitar una intervención supérflua o dar, en tiempo oportuno, la indicación operatoria.

Por lo expuesto "nos parece *que a la hora actual, la oportunidad de la antrotomía no podría discutirse sin el concurso de la punción del antro*".

—oOo—

Tales son los puntos más interesentas de la tesis del Doctor HIRONDEL la que como ya dije me pareció atrayente y desde luego tuve la idea de poner en práctica su maniobra; pero las dificultades comenzaron a surgir y la primera fué la adquisición del trócar necesario.

El trocar del Autor no había sido posible conseguirlo; era pues necesario construir uno aquí y para ello ocurrí a varios talleres mecánicos sin lograr mi objeto hasta tropezar con la Casa Garabaglia Sánchez en la Av. Uruguay 27, especialistas en construcciones y composturas de Aparatos Científicos de Precisión, donde un hábil obrero, poniendo todo su empeño, me construyó el aparatito que en seguida describo. Se compone principalmente de un mango grande y fuerte, tal como lo recomienda el Autor. (Fig. núm. 1-A) una aguja trocar con su mandrín respectivo (B y C de la misma figura), dos roldanitas una de dos milímetros de espesor y otra de uno (D y D'); además una pieza adicional que, como tope y mediante rosca, se interpone entre la punta de la aguja y la base o porta-cánula de la misma a fín de dejar como parte activa de la dicha aguja las dimenciones necesarias (Fig. 1-E).—Tiene también por objeto esta pieza tope intermedia, a la que se le dió una longitud de un centímetro y medio, el poder descontar de ella, la longitud necesaria cada vez que la punta del trocar sea maltratada por el uso y sea necesario repararla, a fín de que la parte activa del mismo siga conservando sus dimenciones originales. Las rondanas tienen por objeto aumentar o disminuír, en cualquier momento, la extensión de esta pieza tope a fin de modificar, según los casos la longitud útil de la aguja-trocar; así las cosas, mediante el empleo de estas roldanitas micrométricamente construidas, se pueden dar tres extensiones diferentes a la parte activa del trocar, la primera ajustando la roldana de dos milímetros, con lo que la extensión de dicha aguja se disminuye en esa misma cantidad, para ser empleada en los niños más pequeños, es decir en aquellos cuya

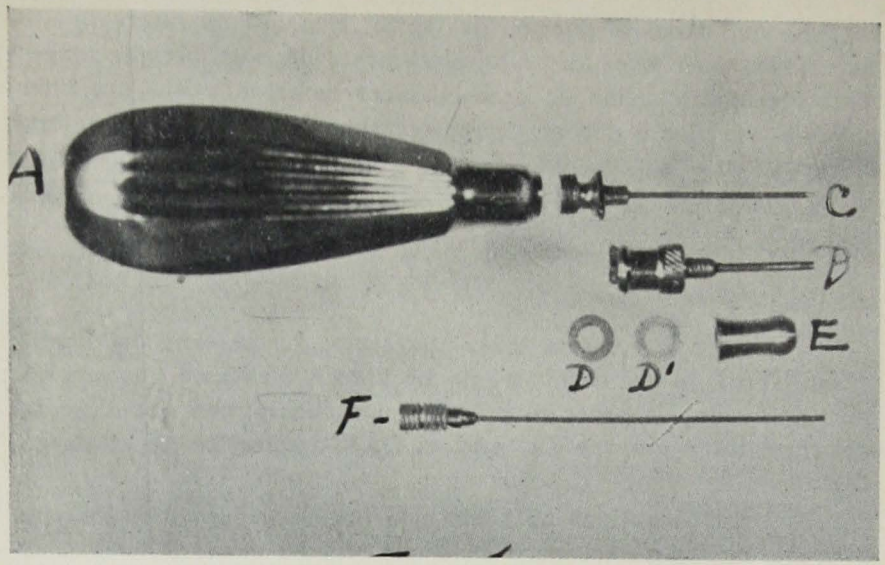


Fig. 1.

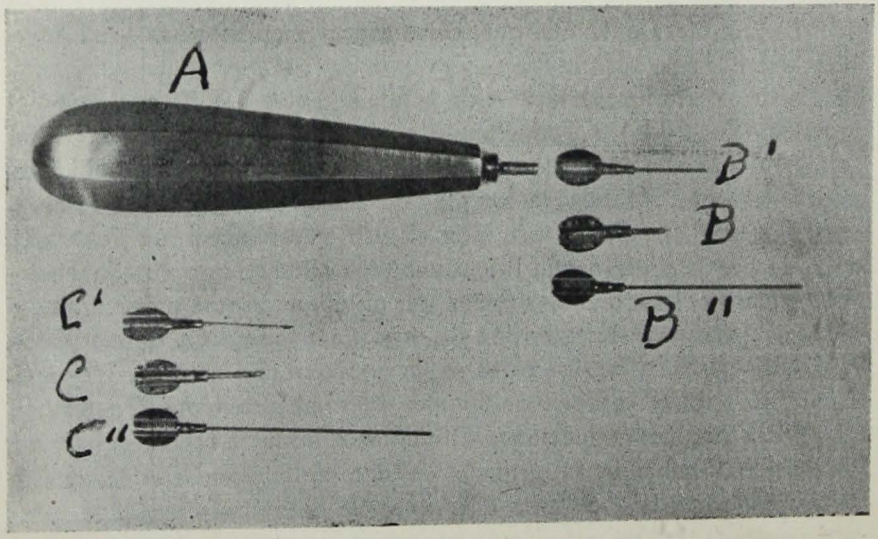


Fig. 2.

edad varía entre el nacimiento y los 5 o 6 meses; la segunda dimensón se obtiene empleando la roldana de un milímetro, misma longitud en que se disminuye el trocar en su extensión original, para ser empleado en niños de mayor edad, de 6 a 12 meses, y por último cuando no se interpone roldana alguna, la aguja-trocar tiene toda su extensión para ser empleada en niños mayores aún, entre los 12 y 15 meses. Aparte la aguja roma-estilete, la que se mueve libremente dentro de la aguja-trocar.—Fig. 1-F).

Obtenido el trócar había entonces que practicar la punción en el cadaver verificando, de paso, la exactitud de las relaciones y datos anatómicos señalados.

Nuevos escollos hubo que vencerse en este otro aspecto. En efecto, en el Hospital General encontramos que, no habiendo Servicio de Pediatría sino solo de Maternidad, los cadáveres que se nos proporcionaban eran siempre muy pequeños, de niños recien nacidos; era necesario recurrir al Hospital Infantil en donde podríamos obtener cadáveres de mayor edad, pero obstáculos de diversas órdenes dificultaban mi labor y fué solo hasta que obtuve la ayuda de mi buen amigo el Doctor Francisco Valdivia Paredes, Médico de dicho Centro, que logró hacer bajo su responsabilidad, algunas punciones en cadáveres de niños de mayor edad, encontrando que las relaciones y dimenciones coincidían exactamente con las indicadas por el Autor y además coincidían también con las encontradas por el Doctor Valdivia de diversos trabajos de investigación anatómica ejecutados con anterioridad en niños de la misma edad. En algunos de estos trabajos ejecutados sobre cadaver fuí acompañado por los Doctores Vicente Flores Barrueta y Alberto Arellano Belloc.

Conseguido el trocar, verificadas las relaciones y practicada la punción en el cadáver, faltaba entonces quien gratuitamente hiciera las investigaciones de Laboratorio necesarias en frotis y cultivos. En este nuevo aspecto me prestó su valiosa colaboración el Doctor Aurelio Briones, del Consultorio Núm. 5 de la Secretaría de Asistencia, quien me proporcionó todos los elementos, he hizo las investigaciones requeridas.

Gracias, pues, a los buenos amigos Doctores Valdivia, Flores Barrueta, Arellano Belloc y Briones por su ayuda desinteresada y eficaz.

Posteriormente logramos conseguir el trócar del Autor Doctor HIRONDEL (Fig. núm. 2) que consta de un mango (A) y dos trocars con sus respectivos mandrines, una más pequeña (B y B') con su aguja estilete (B") y otra mayor (C y C') con su respectiva aguja estilete (C").

BIBLIOGRAFIA

HIRONDEL Jean L.—La ponction de l'antre mastoidien. Importance de l'oto-mastoidite dans la pathologie du nourrison. Tesis. Hospital Breatoneau. Paris. 1941.

BOURGEOIS Robert.—Les indications opératoires de l'antrotomie chez la nourrisson. La punction de l'antre. Les Annales d'Oto-Laryngologie. Bolletin de la Societé de Laryngologie des Hopitaux de Paris. 1943. Números 4, 5 y 6. (Avril Mai-Juin). Pag. 54.

AUBRY Maurice.—Chirurgie de l'Oreille; Nez, Pharynx et Lerynx. Masson y Cia 1948.

LEMAITRE F. et BALDENWEK L.—Enciclopédie Médico. Chirurgicale Tomo I de Oto-Rhino Laryngologie. L'Otitis du nourrisson. 1951.

◆

El Aporte Radiológico al Diagnóstico del Cáncer de Laríngе *

En primer lugar debemos recordar que no se debe pedir a la radiología el diagnóstico de cáncer de la laringe.

No podemos hacer radiológicamente el diagnóstico de la naturaleza de un proceso.

Lo que se le debe pedir al examen radiográfico es otra cosa: la topografía, extensión y profundidad de un proceso que el clínico, ya supone que es un cáncer por el examen clínico y confirmado por la biopsia.

También puede suceder que el clínico, observe por el espejo laríngeo, una tumoración lisa sin alteraciones en la mucosa y que clínicamente no puede resolver sobre su naturaleza, ya que no encuentra mucosa enferma para hacer la biopsia. En estas condiciones la radiografía puede resolver el problema, mostrando que se trata de un gran saco aéreo: laringosele. Pero éste es el caso excepcional, lo frecuente es que el clínico se halle frente al primer caso y desee estudiar la extensión y profundidad del proceso.

La arquitectura laríngea se presta muy bien para el estudio radiológico ya que está compuesta de elementos de distinta densidad.

1) Esqueleto óseo cartilaginoso.

2) Partes blandas.

3) Cavidades aeriformes.

La visión que tiene el clínico de la laringe es la que ve a través del espejo, como si miráramos por el extremo de un tubo, y la que puede deducir a la palpación.

a) La radiografía aporta una gran contribución al estudio de la laringe al mostrarla en su proyección lateral en toda su extensión.

La superficie de la mucosa endo-laríngea que corresponde principalmente a la parte anterior, queda impresionada como una línea nítida

---

* Enviado para su publicación por el "Comité Latino Americano para el Estudio del Cáncer Laríngeo".

que reproduce los detalles anatómicos de las valéculas, epiglotis hasta la comisura y línea subglótica anterior.

En esta proyección, cuando una lesión infiltrante o vegetante está implantada en las partes anteriores de la laringe, ya que en la parte posterior es excepcional la sombra tumoral aparece en relieve sobre la superficie o extendiéndose en profundidad con toda la claridad.

b) La tomografía nos da la imágen de frente con características de simetría que son perfectas, nos muestra las cuerdas vocales y banda con toda nitidez, y por lo tanto la noción del lado de la lesión, su extensión y profundidad.

La superficie de la mucosa endo laríngea queda impresionada marcando una línea sinuosa que reproduce los detalles anatómicos bien conocidos.

Con esta técnica, cuando una lesión está implantada en la pared lateral, de la endolaringe, si es vegetante la sombra tumoral aparece en relieve y si es infiltrante se extiende en profundidad con toda nitidez.

Es importante destacar que estas técnicas tienen cada una su indicación bien precisa y si bien puede ser conveniente hacer sistemáticamente la placa lateral y la tomografía no siempre son necesarias las dos.

Por ejemplo: los tumores correspondientes a la parte superior de la epiglotis, de su cara laríngea y repliegue glótico anterior, puede ser suficiente la placa lateral; en cambio lo que corresponde a la glotis es necesario emplear la tomografía.

Para poder llegar a una mejor precisión vamos a detallar cuales son las posibilidades que la radiografía puede dar al clínico frente a un tumor de la laringe.

Por razones de orden práctico dividiremos a la laringe en las tres partes bien conocidas:

1) Región supra glótica.
2) Región glótica.
3) Región subglótica.

No entraremos en detalle en cuanto a la limitación de cada una de ellas recordando que corresponde a la glotis solamente la cuerda vocal.

1) En la parte de la región supra glótica tenemos en primer lugar la epiglotis.

El clínico que ha visto por el espejo que existe un cáncer de la

epiglotis, confirmado por la biopsia, le interesa de manera fundamental para el tratamiento:

a) *La propagación del tumor en profundidad.*
b) *La propagación del tumor en extensión descendente.*

a) La propagación en profundidad nos la dará la proyección lateral, la que es suficiente. Esta nos mostrará la invasión del espacio pre-epiglótico en distintos grados: hasta el ligamento tiro-hioideo o hasta el hueso hioides o valécula o base de lengua.

La clínica por sí sola puede tener dificultad para resolver en un primer grado la propagación en profundidad en esta región.

La consecuencia importante que se desprende de la radiografía, cuando se realiza esa propagación es la de que es necesario hacer una laringectomía agrandada con espacio pre-epiglótico, hueso hioides y base de lengua o bien que él caso es inoperable.

También la radiografía nos podrá mostrar en los casos de tumor de la cara laríngea de la epiglotis la existencia de un cráter que invade el espacio pre-epiglótico y entonces las pocas probabilidades de ser tratado por los Rayos X.

b) Un tumor de la cara laríngea de la epiglotis cuando es muy vegetante no permite al clínico ver por el espejo su extensión descendente y controlar el polo inferior del tumor. Y esto es un punto importante para los que tienen tendencia a la cirugía parcial, ya que les permitirá hacer una intervención con conservación de las cuerdas vocales.

La radiografía estudia este problema en la proyección lateral.

El tumor infiltrante o vegetante de la cara laríngea de la epiglótis muestra irregularidades en la conocida línea oblícua que está bien representada en la placa lateral y si esas irregularidades descienden hasta el pie de la epiglótis. La radiografía nos dirá si se extiende el tumor hasta la comisura anterior, no modificándola.

La radiografía nos muestra pues si hay separación de esta línea oblícua de la cara anterior del cartílago tiroides.

En esas condiciones se podrá apreciar cómo el tumor se extiende, tomando la comisura, lo que dificultaría hacer una laringectomía parcial del tipo horizontal con conservación, por lo tanto, de la voz y de la respiración por vías naturales.

2) *Parte media.* En esta parte, desde el punto de vista radiográfi-

co, podremos estudiar, no solo la glotis, sino también los ventrículos especialmente.

Aquí en esta zona, se debe usar sistemáticamente la tomografía porque nos muestra los distintos planos bien separados y nos evita la interposición de la sombra que puede provocar el cartílago tiroideo; Esta técnica complementa, con gran ventaja, los datos que ofrece la proyección lateral. Se estudiará en esta zona, repetimos, el cáncer de la cuerda vocal y de los ventrículos. Su extensión en profundidad y especialmente la extensión descendente hacia la subglotis.

En el ventrículo su extensión en profundidad puede ser también muy útil. Además existe un tipo de cáncer glótcio anterior donde la radiografía es fundamental.

La proyección lateral de estos casos presta una gran utilidad.

Se trata de un tumor cuyo crecimiento intra-laríngeo llega a ser muy pequeño, propagándose rápidamente hacia afuera con invasión del cartílago tiroides, pudiendo ser interpretado como un tumor primitivo de la glándula tiroides. La radiografía lateral nos mostrará, en estos casos, como está destruído el borde anterior del cartílago tiroides cuando el tumor hace su invasión en esta zona y da lugar a la imagen "en pico de loro" formada por el fragmento que aún queda del borde anterior y el borde inferior del cartílago en su parte anterior.

Lo interesante en estos casos, es que la biopsia puede ser negativa repetidas veces y la radiografía será la que mostrará la extensión y tipo del proceso.

3) *Parte inferior o subglótica.* Los tumores de esta zona o sea los subglóticos:

a) anterior.
b) lateral.
c) posterior.

a) anetrior. La línea traqueal anterior se confunde con el ligamento crico-tiroideo del conocido espacio claro triangular. Cuando existe un tumor a ese nivel, esta línea es desplazada hacia atrás y ocupando, según su desarrollo parte o todo el espacio claro. Cuando el tumor se extiende hacia arriba desvía la línea oblícua de la epiglótis que termina en la comisura. Lo que se observa muy frecuentemente en estos casos, dado lo avanzado del proceso, cuando el enfermo consulta al especialista.

b) Lateral. El subglótico lateral se puede apreciar también como

el anterior simplemente en la radiografía lateral. Pero es indudable que puede ser ocultado, cuando no está muy desarrollado hacia abajo, por la densidad del cartílago tiroideo, especialmente en la zona que más nos interesa o sea el borde inferior. La tomografía nos lo pondrá bien en evidencia mostrando toda su extensión hacia arriba y hacia abajo.

c) Posterior. El cáncer subglótico posterior es muy excepcional y se confunde con el espesamiento de las partes blandas prevertebrales, gotera faringo laríngea.

Como conclusión de esta región que nos interesa, diremos que en los casos de cáncer subglótico anterior usaremos la radiografía lateral y en los cánceres subglóticos lateral preferimos la tomografía.

◆

ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD

SESION ORDINARIA

JULIO

....En el aula "José Terrés" del Hospital General a las veintiuna horas del día tres del mes de julio del año de mil novecientos cincuenta y uno, se reunieron en Sesión Ordinaria veintitrés miembros de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, dando principio a la Sesión con una proposición del Secretario en la que se sugiere en lugar del resúmen del acta de la Sesión anterior, se guardara una copia sacada a máquina del desarrollo de la sesión anterior, tomada con grabador de alambre. No fué aprobada y se continuará haciendo un resúmen de cada sesión de trabajo. .....

....A continuación como segundo número de la orden del día el Dr Echeverría desarolla un magnífico trabajo titulado "RESECCION TOTAL DE ESOFAGO, POR CANCER DEL TERCIO SUPERIOR". .....

....El primer comentario es a cargo del Dr. Ricardo Tapia quien considera ser un trabajo de gran interés, encuentra que el concepto de la traqueotomía en el caso de inundación traqueobronquial está muy justificado, especialmente cuando se necesita no movilizar demasiado al enfermo, ni provocar estiramientos bruscos que puedan ocasionar la broncoscopía espiradora. Le pregunta al Dr. Echeverría que ventajas se encuentran cuando se reseca el estómago sobre la esófagoenteroanastomosis. Para terminar felicita al Dr. Echeverría y espera que su trabajo no quedará inédito; nos comunica que nuestra revista la están solicitando en varios lugares en el mundo; por lo tanto los trabajos que allí se publican serán ampliamente conocidos. .....

....A continuación comenta el Dr. Juan Becerril y le pide se sirva aceptar las felicitaciones calurosas por un trabajo tan original y de tanta trascendencia, recuerda el final tan terrible que tenían esta clase de enfermos, considera que es un buen medio de lucha para mejorar este tipo de enfermos. .....

....A continuación toma la palabra el Dr. Echeverría que expresa que, en cuanto a la traqueotomía está de acuerdo con el Dr. Ricardo Ta-

pia en que pueda considerarse como una nueva indicación, precisamente porque en estos casos el reflejo tucígeno cuando se ha hecho la resección de esófago, sobre todo si es alta, es inhibido. Piensa que vale la pena considerar la traquectomía rutinaria en estos casos y estar preparado en el Post-operatorio para practicarla en un momento; por lo que se refiere a la operación de Torec con el método de la Anastomosis subcutánea, el mismo autor ha abandonado su procedimiento. . .

. . . .El tercer punto de la orden del día, es un trabajo del Dr. Leo Deutsch titulado "SIGNIFICADO DEL APOFISIS ESTILOIDES EN LA FORMACION DE ATRESIAS". . . . . .

. . . .El Dr. Luis Vaquero comenta en primer lugar y encuentra muy completa la exposición embriológica que hace el autor, pero que justamente no concuerda el asunto embriológico y la parte clínica, los datos estadísticos de la agencia del conducto auditivo desde fines del siglo pasado hasta el año de 1946 en que salió una monografía de un Sr. Bonilla con una bibliografía bastante completa. Como el Dr. Deutsch lo expuso, en ninguna condición la causa de la agenesia es la hipertrofia de la base del apófisis estiloides; la causa de la agenesia son trastornos en el desarrollo del anillo timpánico. . . . . .

. . . .El Dr. Leo Deutsch contesta los comentarios; agradece al Dr. Luis Vaquero su amabilidad por discutir su plática, en lo general está de acuerdo con él y expresa que este hecho de la atresia por la falta de desarrollo del anillo timpánico fué discutido por Alexander quien afirma que el apófisis estiloides es un derivado de una formación embriológica, y ésta como todas ellas tiene más ímpetu de agresión y el anillo timpánico se desarrolla bastante tarde, en la duodécima semana, mientras que el cartílago hioides ya se encuentra en este tiempo, sin embargo esta opinión fué rechazada por Malex, quien dice que lo originario es la falta de desarrollo del anillo. . . . . .

. . . .A continuación tomó la palabra un socio cuya voz no fué posible identificar y que preguntó si existe algún caso de autopsia en que esté demostrado que es la apófisis del estiloides la que obstruye el conducto. El Dr. Leo Deutsch le contesta que existen bastantes trabajos de Alexander y Marks en el archivo aparece un trabajo en el cuál el confirmó, que la causa de la atresia fue la cabeza del estiloides. . .

. . . .A continuación se pasa a los Asuntos Varios como cuarto número de la orden del día. El Dr. Ricardo Tapia, recibe una carta del Dr. Chevalier Jackson que da lectura, en la cual piden se nombre un delegado ante la Sociedad Panamericana de Otorrinolaringología. . .

. . . .El Dr. Becerril opina que no se va a poner en discusión si queremos pertenecer o nó, pues ya la Sociedad ha hecho acto de presen-

cia en los Congresos de igual importancia como el de Chicago; piensa que necesitamos un Delegado que reúna condiciones especiales para que esté en posibilidades de asistir a los diversos lugares donde se efectúen los Congresos y que además domine el habla inglesa, que se pone a votación. .....

....El Dr. Ricardo Tapia toma la palabra para hacer una aclaración y refiere que los Estatutos indican que los idiomas oficiales son: el Castellano, el Inglés, el Francés y el Portugués. .....

....En seguida toma la palabra el Dr. Eduardo Echeverría quien propone se designe al Dr. Ramón del Villar porque reúne las condiciones que el Presidente ha indicado. .....

....El Dr. Becerril dice que como no hay más que un solo cándidato, se aprueba por unanimidad el nombramiento de nuestro Delegado en el Congreso Panamericano al Sr. Dr. Ramón del Villar. Se pasa a nombrar a un suplente, se propone al Dr. Luis Vaquero y también se aprueba por unanimidad; ordenando el Sr. Presidente que la Secretaría tome nota para extenderles sus Credenciales. .....

....En seguida el Secretario pone a consideración de la Asamblea las solicitudes para ingreso a la Sociedad, de dos médicos quienes se acordó en la sesión anterior se consultarían los Estatutos para decidir si eran admitidos o no; dichos Doctores, son: Gilberto Martínez Cárdenas y Rafael González Rivas. Se acuerda, al primero contestarle ser aceptado en virtud de estar presentado ante la Sociedad por dos de sus socios, y tener todos sus datos completos, en cuanto al Dr. González Rivas se le contestará que tan pronto como envíe sus datos completos y haga su presentación como lo piden los Estatutos, se volverá a considerar su caso. .....

....El Dr. Ricardo Tapia recuerda que en Asamblea en sesiones anteriores se tomaron desiciones a este respecto; al final se aprueba, que, como en aquella ocasión, se dejara a la Directiva la opinión de aceptar o rechazar a los solicitantes y que se les exigiera además de su solicitud, el ser presentados por dos miembros de ella, además de presentar su título; fecha y Facultad donde se obtuvo y tiempo que tiene de ejercer la profesión. Recuerda que ya se ha dado el caso en que la Sociedad ha rechazado a una persona porque no nos pareció lo suficientemente moral para aceptarla; considera que este requisito debemos tenerlo en nuestros Reglamentos; sugiere que vayamos muy despacio pero con paso firme, y que no debe aceptarse a cualquiera que lo solicite porque eso redunda en perjuicio de la seriedad y prestigio que debe tener la Sociedad. .....

....En seguida toma la palabra el Dr. Daniel Gurría Urgell quien co-

munica a la Asamblea que la Universidad Nacional al celebrar su IV Centenario de su fundación, organiza un Congreso Nacional Científico y entre sus ramas comprende la Medicina con una parte especial dedicada a la Otorrinolaringología. Que el Comité organizador lo señala para organizar a su vez esta parte del Congreso y que por lo tanto invita a la Asociación para que concurran de la Sesión de Otorrinolaringología con un trabajo. Las personas que han sido nombradas también para colaborar en la organización, son los Dres. Pedro Berruecos y Andrés Bustamante Gurría. Las condiciones que debe llenar un trabajo para ese Congreso son principalmente que sea en lo posible de ciencia original y segundo que los trabajos deben presentarse ante el Comité organizador el sábado próximo, cuando menos el Título, que los trabajos deben tener veinte cuartillas y la exposición no tarde más de quince minutos incluyendo las proyecciones. . . .

. . . .Toma la palabra el Dr. Becerril para manifestar al Dr. Gurría que la Sociedad por su conducto da las gracias por su invitación; creé que no se duda de la asistencia o nó de la Sociedad al Congreso que por lo que se refiere a nombrar dos personas que le ayuden en el desempeño de sus labores, se pone a votación y se propone al Dr. Luis Vaquero, al Dr. Máximo García Castañeda y al Dr. Ricardo Tapia como candidatos y el Presidente resuelve nombrar a los tres Doctores para que colaboren con el Comité organizador. . . . . .

. . . .Después de muchas consideraciones sobre la dificultad de presentar un trabajo de verdadero valor científico y de indiscutible originalidad y en la premura del tiempo para comunicarlo aunque sólo fuera su título, propone el Dr. Eduardo Echeverría un trabajo que puede hacerse en cooperación para efectuarse en corto plazo y que es original en nuestro País y en el Extranjero que se refiere al uso de la SK y de la SD, en la sinusitis supurada. Proporciona el material y sugeire se tomen pruebas de rutina y se haga toda la experimentación bajo una misma rutina de trabajo para que simultáneamente pudieran tomarse casos en distintos Hospitales. . . . . .

. . . .Después de muchas consideraciones sobre los trabajos que se pudieran o nó presentar, se resuelve que cada socio los haga del conocimiento de la comisión organizadora y que ella dictamine sobre su aceptación. . . . . .

. . . .No teniendo más asunto que tratar, se levantó la sesión a las veintitrés horas diez minutos. . . . . .

◆

SESION ORDINARIA

AGOSTO

....En el aula "José Terrés" del Hospital General, a las veintiuna horas del día siete de agosto del año mil novecientos cincuenta y uno, y con asistencia de veintitrés socios, se llevó a cabo la Sesión Ordinaria desarrollándose la orden del día como a continuación se indica. ..

....Antes de iniciar el primer número del programa, el Presidente de la Sociedad hace saber a todos los Socios, que se encuentran con nosotros los Sres. Dres. Gabriel Alvarez y Manuel Zúñiga, del Servicio de Anatomo-Patología del Hospital Juárez; agradecemos nos honren con su presencia. .....

....Se desarrolla el trabajo del Dr. Benjamín Macías del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Juárez, quien presenta el trabajo titulado: "CONSIDERACIONES SOBRE EL INJERTO EN LA TIMPANOMASTOIDECTOMIA". Trabajo A. .....

....Comenta en primer lugar el Dr. Bustamante quien opina que se trata de los mejores de este año, presentados en la Sociedad, que goza de todas las primacías de un trabajo científico de envergadura; que es lo que hemos visto suceder en nuestros enfermos y que él acostumbra hacer el injerto total tomado de la primera y se refiere su observación a los enfermos con injerto de piel de la pared posterior del conducto, que encontró durante muchos años abundante secreción ceruminosa; lo felicita y está encantado de haber oído su trabajo. .....

....A continuación comenta el Sr. Dr. Ramón del Villar quien se muestra satisfecho de ver que los problemas de la especialidad son abordados por los médicos jóvenes que no se conforman con lo leído en sus textos para calmar su inquietud y dedicarse a sus propias investigaciones. Recuerda lo que la experiencia ha demostrado con hechos en este problema y que denota desde luego que algo no está bien. Refiere enfermos operados a quienes se les dejó injerto total de piel. que al ser reoperados se les encuentra el injerto necrosado en unos y colesteatoma en otros. Alabó muy calurosamente el esfuerzo del médico ponente y pide un aplauso de la Asamblea. .....

....En seguida comenta el Dr. Luis Vaquero quien encuentra el trabajo de gran importancia y se refiere especialmente a las recidivas del colesteatoma aparte de la formación de tapones ceruminosos. Recuerda que la necrosis del colgajo es muy frecuente cuando éste es grande y por lo tanto no todo se nutre, ésto lo observó hace muchos años en la Laringostomía. La recidiva del colesteatoma no cree que se deba al colgajo de piel del conducto, piensa más bien que sea un defecto

en la canalización de la cavidad que requiere para esto, la existencia de un túnel o conejera. .....

....El Dr. Javier Castillo Dibildox aprovecha la presencia de los médicos del Servicio de Histopatología del Hospital Juárez para preguntarles si es que no existen transformaciones histológicas en los tejidos que se usan para este colgajo, principalmente cuando se emplea la piel de pared posterior del conducto. A lo que contesta el Dr. Alvarez diciendo que todos los tejidos con folículos pilosos que se ponen en cavidades, se atrofian y no dan pelos, y que los órganos más diferenciados tienen dificultad nutricia y se atrofian fácilmente pero que no tienen experiencia particularmente en esta piel del conducto auditivo en la situación del problema que nos ocupa. .....

....En seguida el Dr. Juan Becerril se expresa en los mismos términos que los demás comentaristas y propone este trabajo para presentarlo en el Congreso de la Universidad en su IV Centenario, y sugiere que se complete hasta quedar sin ningún interrogante. .....

....Vuelve a tomar la palabra el Dr. Alvarez del Hospital Juárez que confiese que es la primera vez que ve a un clínico que hace clínica, acercarse al anatomopatólogo y con gran dedicación y esfuerzo hace toda la técnica para llevarla al Laboratorio, y que confiere gran mérito científico en el trabajo del Dr. Macías por haber encontrado la existencia de glándulas no descritas y negadas por otros autores. .....

.....El Dr. Carlos Tapia comenta el término otomastoiditis por el de timpanomastoides, le parece más propio el segundo término. .....

....Finalmente el Dr. Macías contesta los comentarios y expresa, por lo que se refiere a las condiciones particulares del colgajo, diciendo que si no cambian las condiciones de la piel, si se trata de una piel en estado patológico. Por lo que se refiere al Dr. Vaquero indica que con motivo de otro trabajo hará un estudio de la piel que reúna las mejores condiciones para este injerto. No piensa que ese colgajo sea el origen del colesteatoma, lo plantea simplemente y observa; además piensa que es fácil dejar conejeras al operar, y éstas al ser cubiertas por piel pueden dar acúmulos descamativos parecidos al colesteatoma, y termina diciendo que es difícil en tan corto tiempo resolver este problema. .....

....El segundo trabajo de la orden del día fué el denominado: "UN DIAGNOSTICO ETIOLOGICO, COMPROBADO RADIOGRAFICAMENTE, DE UN CASO DE SORDOMUDEZ", por el Dr. Pedro Berruecos. .....

....Primeramente comenta el Dr. Carlos Tapia Acuña, quien manifiesta conoció el caso y le impresionó lo bien logrado de la radiografía

en la que se puede notar la osificación de la cloquea; relata que él encontró, al hacer la audiometría, algunas marcas de audición en esa enferma. Piensa que con la desmutización, la enfermita obtendrá gran beneficio y felicita al Dr. Berruecos. .....

....En seguida el Dr. Deutsch se alegra de que la Radiología haya progresado tanto en México en estos últimos años, especialmente por lo que se refiere al estudio del oído; afirma que ya se puede controlar un examen radiográfico del laberinto y hay estudios sobre la osificación del mismo. Muestra algunas diapositivas sobre los trastornos pue se notan radiográficamente de la osificación del laberinto, los trastornos iniciales en los canales, y posteriormente la reabsorción hasta perder la luz de los conductos. Demuestra que los trastornos similares acontecen en procesos tuberculosos. Cree que en el caso presentado no se trata de una meningitis traumática, sino que se debe a laberintitis con puerta de entrada por el conducto auditivo interno. .....

....Finalmente el Dr. Pedro Berruecos contesta algunos de los comentarios, no está de acuerdo con el Dr. Carlos Tapia sobre las anotaciones audiométricas dadas por él, y afirma que solamente encontró vestigios de audición que lo confirmó con el estudio radiográfico. Con el Dr. Deutsch está de acuerdo, no afirma tratarse de un caso traumático, sino infeccioso. .....

....En seguida se pasa al último punto de la orden del día denominado Asuntos Varios. Toma la palabra el Dr. Ricardo Tapia quien manifiesta a la Asamblea las dificultades materiales que él tiene para poder sacar oportunamente nuestra Revista, y se queja especialmente de la indolencia de los Socios para hacerle llegar a la redacción sus trabajos oportunamente; manifiesta que de seguir así, prefiere dejar la comisión que tiene en esa Revista para que otro Socio se haga cargo de ella. .....

....El Dr. Becerril Presidente de la Sociedad toma desde luego la palabra para pedir a la Asamblea que de esta Sesión en adelante, todos los trabajos se presenten por escrito y sean entregados inmediatamente a la Secretaría, para que lleguen al Dr. Ricardo Tapia rápidamente. .....

....El Dr. Ramón del Villar propone se entregue una copia al Secretario antes de presentar el trabajo en la Sesión. .....

....El Dr. Becerril vuelve a proponer que el trabajo del Dr. Macías sea presentado al Congreso del IV Centenario de la Universidad. Se pone a votación. El Dr. Berruecos recuerda la comisión que hay en la Sociedad para este objeto, propone que se presente dicha comisión. Se aprueba que así se haga. .....

....En seguida toma la palabra el Dr. Carlos Tapia, quien trae a colación el problema poliomielitis en relación con la adenoamigdalectomía que ya ha sido tratado por la Sociedad en sesiones anteriores. Apoyándose en un artículo que encontró en la revista Archivos de Otorrinolaringología, propone se lance un artículo de divulgación para combatir ideas erróneas y prejuicios no científicamente fundados, sobre la relación existente entre la enfermedad indicada y nuestras operaciones en rino-faringe. Termina diciendo que la idea es promover una protesta contra esa propaganda que es errónea e injusta.

....Toma la palabra el Presidente de la Sociedad para contestarle al Dr. Carlos Tapia, opinando que el mejor artículo el público no lo tendrá en cuenta con la intención que nosotros lo redactáramos. .....

....En seguida toma la palabra el Dr. Ricardo Tapia; recuerda la divergencia de opiniones que hay a este respecto, y opina que es peligroso que la Sociedad lance un artículo en defensa de las operaciones de garganta. .....

....El Dr. Castañeda dice que es un punto en discusión y no teniendo por el momento conclusiones definitivas, la Sociedad no puede lanzarse en pro o en contra de la influencia de la poliomielitis. —Se puso a votación; se aprobó negativamente. .....

....Para terminar se presentó a la Asamblea la solicitud del Dr. González Rivas, quien presentado todos sus datos se acordó de conformidad contestarle aceptándolo como miembro de nuestra Sociedad. ....

....Sin más asuntos que tratar se levantó la sesión a las veintitrés horas veinte minutos. .....

NOTICIAS MEDICAS

SEGUNDO BOLETIN.

III Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología.

Ampliando nuestra información sobre las actividades del III Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología que se celebrará en la ciudad de la Habana del 20 al 24 del mes de Enero de 1952, nos es grato informarle lo siguiente:

Por sus merecimientos excepcionales como animador de estos Congresos Pan-Americanos y por su labor de panamericanismo médico, el Dr. Chevalier L. Jackson ha sido nombrado en este Congreso, HUESPED DE HONOR de la Sociedad Cubana de Otolaringalogía.

Los tres temas oficiales del Congreso serán:

1.—"Valoración de las radiaciones y la cirugía en el tratamiento del Cáncer laringeo".

Se espera que esta ponencia sea desarrollada por los Dres. Baclesse o Leborgne (Francia), Alonso (Uruguay) y Martín (Estados Unidos). La discusión será abierta por los Dres. Regato (Estados Unidos), Chevalier L. Jackson (Estados Unidos), del Sel (Argentina) y Martinez (Cuba).

2.—"Valoración de los antibióticos, la desensibilización y la cirugía en el tratamiento de las Sinusitis".

Se espera que esta ponencia sea desarrollada por los Dres. Hansel (Estados Unidos), de Lima (Brasil), Schall (Estados Unidos) y Tato (Argentina). La discusión será abierta por los Dres Shambaigh (Estados Unidos), Mercandino (Argentina), Regules (Uruguay) y Conde Jahn (Venezuela).

3.—"Estenosis no maligna del esófago".

Se espera que esta ponencia sea desarrollado por los Dres. De Mattos Barretto (Brasil), Barani (Uruguay) y Holinger (Estados Unidos). La discusión será abierta por los Dres. Ricardo Tapia (México), Barroilhet (Chile) y Cleves (Colombia).

Aunque se cuenta con la aceptación de casi todos los profesores citados, es posible que esta lista sufra algunas modificaciones.

Después de terminada la exposición oficial se concederán a los diez primeros asistentes que lo soliciten, pequeños turnos de cinco minutos para exponer algún punto de vista u opinión personal en relación con el tema. Esta solicitud pudiera hacerse por escrito en los meses que aún faltan para la celebración del Congreso.

Hasta ahora han aceptado ofrecer cursos de instrucción en las dos primeras sesiones de la tarde, los siguientes profesores:

Dr. Justo M. Alonso "Cirugía del Cáncer Laringeo", que será desarrollado en dos turnos de una hora: "Técnica operatorias clásicas y Técnicas Uruguayas.

Dr. J. Ameriso: "Obstrucción de las Vías Aéreas en la infancia".

Dr. F. K. Hansel: "Alergia en Otolaringología".

Dr. P. H. Holinger: "Diagnóstico y Tratamiento de la disnea aguda en la infancia".

Dr. Ch. L. Jackson: "Técnicas de endoscopía peroral con consideración especial de los factores anatómicos".

Dr. Kelemen: "Anatomía patológica microscópica del oído".

Dr. F. de Lima: "Tratamiento quirúrgico de las Etmoiditis".

Dr. J. Lampert: "Cirugía Moderna del hueso temporal".

Dr. J. M. Converse: "Cirugía Plástica en O. R. L.".

Dr. L. A. Schall: "Cáncer de la naríz y senos perinasales".

Dr. J. E. Shambeugh: "Tratamiento quirúrgico de la Otoesclerosis".

Dr. J. M. Tato: "Conceptos y progresos de la Audiología".

Dr. O. J. Becker: "Cirugía plástica en O. R. L.".

Los trabajos libres podrán anunciarse antes del día 15 de noviembre. Su duración no podrá pasar de 15 minutos, pues se entiende que en ellos se presentará la experiencia personal del autor en la materia objeto de la presentación. Estos trabajos podrán ser discutidos libremente no pudiendo la discusión pasar de cinco minutos.

Se ofrecerán espacios suficientes para la exposición científicas y comerciales, así como para la proyección de películas.

Tanto las ponencias como los trabajos libres podrán presentarse en cualquiera de los idiomas oficiales del Congreso: Español, Francés, Inglés y Portugués. Se instalará un servicio de traducción simultánea de estos idiomas al español y al inglés.

Las reservaciones de Hoteles se deben solicitar en la Secretaría del Congreso: Dr. Pedro Hernández Z. Gonzálo, calle 8 No. 358, vedado, La Habana, Cuba.

Los precios por habitación, cada día sin comidadas, serán:

Hotel Nacional	$ 25.00	habitaciones	dobles solamente.
Hotel Presidente	,, 15.00	,,	,, ,,
Hotel Sevilla-Biltmore	,, 14.00	,,	,, ,,
Hotel Sevilla-Biltmore	,, 9.00	,,	sencillas.
Hotel Royal Palm	,, 8.00	,,	dobles.
Hotel Royal Palm	,, 5.00	,,	sencillas.

Los Hoteles Nacional y Presidente son los más cercanos a la Facultad de Medicina, Sede del Congreso. Las reservaciones hay que hacerlas antes del 15 de Diciembre, ya que en esa época del año. las reservaciones de Hoteles en la Habana son difíciles debido al turismo.

En ninguno de los actos del Congreso y tanto en los científicos como en los sociales, será obligatorio el uso del traje de etiqueta.

◆

EXTRACTOS BIBLIOGRAFICOS

"Enfermedad Fibroquística del Páncreas; Observaciones Broncoscópicas". Paul H. Holinger M. D. y George C. Anison M. D. Chicago Ill. Memorias del II Congreso Panamericano de O. R. L. y B. E. Tomo II pág. 111.

1.—La enfermedad fibroquística del páncreas es una anomalía congénita del páncreas y posiblemente también de las estructuras glandulares del cuerpo. Es una enfermedad de la infancia caracterizada por supuración broncopulmonar; imposibilidad de aumentar de peso, inanición y esteatorrea.

2.—La falta del desarrollo pancreático significa una ausencia o una disminución marcada del flujo de las secreciones pancreáticas que resulta en una falla de la digestión y absorción de las grasas y de las vitaminas liposolubles. Los cambios quísticos en el epitelio bronquial y la fácil entrada de organismos infectantes al tracto respiratorio de[illegible] a las deficiencias vitamínicas terminan en una bronquitis supurada extensiva, atelectasia, bronquiectasia y bronconeumonía.

3.—El diagnóstico se establece mediante la demostración de la ausencia de fermentos pancreáticos en las secreciones duodenales o en las materias fecales, o mediante la demostración de la ausencia de absorción de la vitamina A en la sangre.

4.—69 casos de enfermedad fibroquística del páncreas han sido observados en el "The Children's Memorial Hospital", "St. Luk's Hospital", y "The Research and Educational Hospitals", en los últimos 9 años. 30 de estos casos han sido examinados y tratados broncoscópicamente. El árbol traqueobronquial se encontró lleno de un mucopus espeso y viscoso que contenía gérmenes tales como estafilococo aurexo y albo, estreptococo viridans, B. Piociánico, neumococos, estreptococos y hemofilo influenza. La mucosa bronquial estaba inflamada y espesada y la tráquea y los

bronquios presentaban un colapso durante la tos y la espiración similar al observado en los asmáticos.

5.—El tratamiento se dirige hacia cuatro fines:

a) Dieta alta en proteínas y baja en grasas e hidratos de carbono en cantidades 50% sobre la ingesta calculada para el niño.

b) Administración de gránulos pancreáticos para sustituir las secreciones ausentes.

c) Altas dosis de vitaminas A, C y D y estracto de hígado.

d) Tratamiento de la supuración broncopulmonar mediante la licuación de las secreciones, aspiraciones faríngeas, laríngeas y broncoscópicas frecuentes, quimioterapia y administración intramuscular de antibióticos y mediante aerosoles y aureomicina por vía oral.

◆

"Lesiones Buco-Faríngo-Laríngeas Micóticas". Dres. José Ameriso y Juan Picena. Rosario Argentina. Memorias del II Congreso Panamericano de O. R. L. y B. E. Tomo I, pág. 171.

Los autores hacen notar que éstas lesiones, no raras, que pueden asentar en boca, faringe y laringe, suelen simular clínicamente lesiones tuberculosas o tumorales, debiéndose recurrir al patólogo para su examen. Sobre este particular se insiste en que por la similitud de ciertas lesiones micóticas con las bacilares, muy fácilmente el patólogo aun experimentado puede incurrir en error, debiéndose prever algún caso por sugestión del clínico a quien la evolución del caso invitaba a dudar del diagnóstico. En estos nuevos exámenes los autores han podido rectificar algún diagnóstico, dejando en claro la naturaleza micótica de una supuesta tuberculosis.

◆

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 èstos metales son usados aisladamente. De absorción rápida y eliminación lenta.

DISTRIBUIDORES

PICOT LABORATORIES INTERNATIONAL, INC.

Lago Tanganica 13 MEXICO, D. F.

REGS. NUMS. 14437 y 14935 U. S. A.

PKOP F-F-3

CUALIDADES:

ANTIESPASMODICAS

del tipo NEURAL de la atropina así como del tipo muscular de la papaverina,

ANALGESICAS

del tipo de la morfina,

TOLERANCIA PERFECTA

son las principales características de la

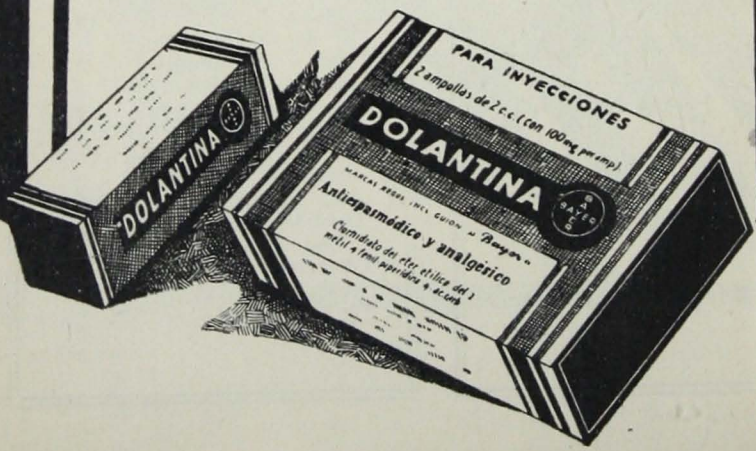
DOLANTINA M. R.

NO ES ENERVANTE Y NO PROVOCA HABITO.

DOLANTINA:
En ampolletas de 2 cc. y tabletas.

Regs. Nos. 24484 y 24485 D.S.P
Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Casa Bayer, S.A.
MEXICO, D. F.



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 Gurría Urgell

LISTA DE SOCIOS

Dr. Agustín Aguilar
Sur 5 y Ote. 4.
Orizaba, Ver.

Dr. José T. Aguilera
5 de Mayo 10-52
Amsterdam No. 78.
Ciudad.

Dr. Humberto Alcocer
Medellín No. 94.
Col. Roma, D. F.

Dr. Juan Andrade Pradillo.
Emparan No. 39-1.
Juan Escutia No. 79.
Ciudad.

Dr. Pedro Andrade P.
Av. Morelos No. 42.
Ciudad.

Dr. Arroyo Guijosa
Medellín No. 94.
Col. Roma, D. F.

Dr. Abraham Ayala Glez.
Plaza de la República 46
Ciudad.

Dr. Isaías Balansario.
Lerma No. 90.
Col. Cuauhtémoc, D. F.

Dr. Juan Becerril.
Donceles No. 86.
Segovia 71 Alamos.

Dr. Pedro Berruecos
Medellín No. 94-3.
Col. Roma, D. F.

Dr. Andrés Bustamante D.
Medellín 94-3.
Mazatlán 154-A.
Col. Roma, D. F.

Dr. Emilio Bracho Mijares.
Alvaro Obregón 107 Ote.
Tampico, Tamps.

Dr. Eduardo Canudas y Orezza
Xicotencatl 175.
Veracruz. Ver.

Dr. Jaime Carrillo de la Rosa
Orizaba No. 185.
Col. Roma, D. F.

Dr. Gabriel Camarena G.
Juárez No. 409.
Guadalajara, Jal.

Dr. Jaime Carrillo Jr.
Medellín No. 86-21.
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. 40ª
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 Potosí, 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 Domínguez.
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.
Cudad.

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 Potosí, 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. Benjamín Macías
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
Río 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.

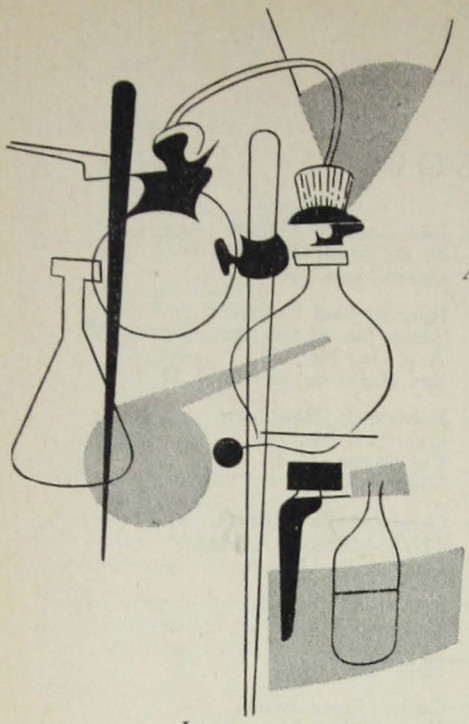
Dra. Isabel Torices
Díaz Mirón No. 154.
Col. Sto. Tomás, D. F.

Dr. Plutarco Torres Luquín
Chapultepec No. 463.

Dr. Luis Vaquero
V. Carranza No. 27.
Poo No. 39.
Ciudad.

Dr. José Vargas Lugo.
4a. Ave. Norte No. 14.
Tapachula, Chis.

Dr. Ricardo H. Villanueva
Ejido No. 37-7.
Ciudad.



Aceptación mundial

CLORHIDRATO DE

aureomicina

CRISTALINA

Lederle

La gran aceptación mundial de que goza la aureomicina, es elocuente testimonio de su eficacia contra un número excepcionalmente grande de infecciones.

Estas abarcan las siguientes:

Amibiasis aguda • Blenorragia (resistente) • Brucelosis • Coqueluche (aguda o subaguda) • Chancro blando (chancroide) • Endocarditis bacteriana subaguda resistente a la penicilina • Fiebre botonosa • Fiebre de la garrapata africana • Fiebre punteada de las Montañas Rocosas Fiebre Q • Granuloma inguinal • Infecciones comunes del útero y órganos anexos • Infecciones debidas al bacilo de Friedländer (neumonia Klebsiella) • Infecciones debidas a H. Influenzae • Infecciones génitourinarias Infecciones Gram-negativas (incluyendo las causadas por el grupo coli-aerógenes) • Infecciones Gram-positivas (incluyendo las estreptocócicas, estafilocócicas y neumocócicas) • Infecciones oftálmicas • Infecciones quirúrgicas causadas por bacterias piogénicas • Linfogranuloma venéreo • Neumonia primaria atipica • Peritonitis • Psitacosis (enfermedad de los loros) • Pústula Rickettsiósica • Septicemia bacteroide • Sinusitis • Tifus • Tracoma • Tularemia

El clorhidrato de aureomicina cristalina *Lederle* se expende en las siguientes formas: cápsulas de 50, 100 y 250mg; pasta y conos dentales; solución intravenosa; glacines* (trociscos), solución oftálmica, solución ótica, polvo dispersivo (con sabor a chocolate), trociscos, ungüento oftálmico y ungüento tópico.

**Marca de fábrica*

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

30 Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

Lederle

Representantes Exclusivos en México

LABORATORIOS LEDERLE, S. A.

Regs. Nos. 33913, 36010, 35782 y 35807. S. S. A. Tel. 24-61-67

José María Rico 418.—Apartado Postal 39.—México 12, D. F.