

A N A L E S

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Y BRONCOESOFAGOLOGIA

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

ADMINISTRACION
MORENA No. 216.
Col. del Valle.

MEXICO, D. F.

V EPOCA

OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1951

NUM. 12

DIRECTOR:

Dr. Ricardo Tapia Acuña

GERENTE:

Dr. Luis Márquez

SUMARIO:

	Pág.
EDITORIAL	115
Particularidades de la Voz Cuando Existe Alguna Lesión en el Aparato Vocal.—Por el Dr. JUAN ANDRADE PRADILLO.	117
ACTH y Cortisona en Otorrinolaringología.—Por el Dr. HECTOR DAVALOS L.	125
Un caso de Voluminoso Neurolipoma en la Faringe.—Por el Dr. LUIS VAQUERO.	133
Actividades de la Sociedad.	141
Extractos Bibliográficos.	147

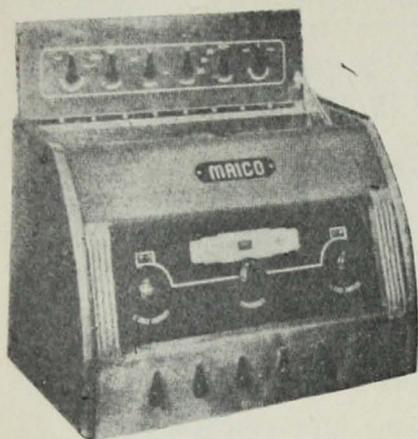
SUBSCRIPCIONES

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

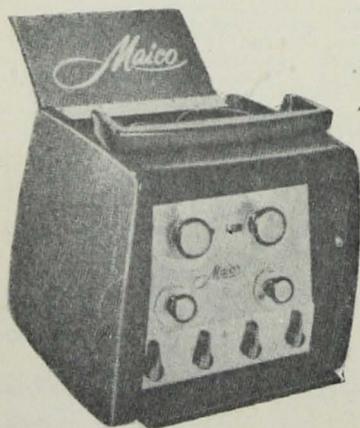
Maico 

AUDIOMETROS



E-2 AUDIMETRO AVANZADO

Cualquier prueba audimétrica, por fácil o compleja que sea, puede ser hecha en este único y versátil instrumento.



F-1 AUDIMETRO PORTATIL

Se presenta para toda prueba básica. El más completo de los audiómetros portátiles con flexibilidad absoluta de operación.

AUDIFONOS PARA SORDERA
DE ALTA CALIDAD

Maico de México

Av. Hidalgo 5 Despacho. 505

México, D. F.

Telf. 21-23-63

EDITORIAL

Desde hace varios años se ha aceptado en los Estados Unidos de Norte América el que todo médico especialista pase por un examen denominado el "board", en el que se ponen a prueba los conocimientos de los médicos y en caso de ser aprobados se les dá un certificado que es muy estimado por los personas de la Unión Americana.

Este examen desde luego no es obligatorio pero el médico serio siempre aspira a tenerlo y al ser mostrado a los pacientes estos se dan cuenta que el especialista merece dichos títulos y ha hecho cursos especializados, etc.

Siendo esto lo mejor para el médico y para los enfermos. Nos parece que la idea que han llevado a cabo los colegas norteamericanos debería ser tomada en cuenta en todos los países en lo que respecta a la Oto-Rino-Laringología. Una de las causas de su poco prestigio en ciertos países es el que cualquier médico con solo tener el título se sienta con derecho a llamarse especialista, sin formar parte en la Sociedad respectiva, ni haber tomado cursos de adiestramiento y ni tan siquiera haber asistido con regularidad y durante un tiempo más o menos largo a las clínicas de los hospitales.

El conglomerado humano acude al médico que cree que le conviene para su salud y por estar formado por la inmensa mayoría del público sin cultura médica, frecuentemente se deja llevar por los títulos que se aplican los propios médicos.

No es de creerse que el certificado que en el caso mencionado espide el "board", se entrega por compromisos o sin ciertas exigencias para los que solicitan examen. Si el público conociera las ventajas de este certificado, posiblemente lo demandaría y, repetimos vería a su médico con más frecuencia y el charlatanismo poco a poco iría desapareciendo.

Esta es una razón de gran peso para que el movimiento de la enseñanza especialista se haga más y más activa y por lo tanto merecen dichos cursos el apoyo moral de las sociedades científicas, de las Universidades y de los centros nosocomiales.

TRABAJOS ORIGINALES

Particularidades de la Voz Cuando Existe Alguna Lesión en el Aparato Vocal

Dr. Juan Andrade Pradillo.

En otro trabajo me ocupé del funcionamiento del aparato vocal; cómo el fuelle pulmonar en forma controlada arroja el aire a través de la hendidura glótica produciendo el sonido a semejanza de los instrumentos de cuerda y a los de viento. La laringe varía en su posición y en su conformación de manera notable; sube y baja acortando o alargando las columnas de aire, se estrecha y se ensancha según los sonidos emitidos, por medio de las cuerdas que varían en longitud, tensión y grado de separación de ellas haciendo variar el tono y la intensidad. Una vez que el sonido fundamental producido en la laringe sale al exterior, se le agregan los sonidos complementarios que se producen en los ventrículos laríngeos, en la cavidad bucofaringea, fosas nasales con sus cavidades accesorias; la unión del sonido fundamental y de los complementarios constituyen el timbre.

La voz como todo sonido posee tres cualidades: intensidad, altura y timbre. La intensidad o volumen depende de la mayor o menor presión de aire al hacer resistencia la laringe y con la mayor o menor facilidad para salir el aire al exterior. La altura o tono variará con la conformación anatómica del aparato vocal del individuo, con la posición de la glotis, recordemos que sube en los agudos y baja en los graves; por otra parte varía el tono con la longitud, la tensión y el grado de separación de las cuerdas vocales. El timbre es en parte personal según cada individuo, dependiendo de la forma de las partes óseas pero puede modificarse por acomodamiento diferente de las partes blandas. El sonido laríngeo amplificado se somete a un trabajo de diferenciación compleja llegando a la formación del lenguaje articulado. Así es que la laringe engendra el sonido y la boca lo diferencia.

Las vocales se producen al salir libremente el sonido por la boca

diferenciándose según la posición de maxilares, labios, boca, velo y lengua. Las consonantes se producen cuando hay obstáculo a la salida del aire; este obstáculo puede ser completo y cuando el aire pasa ese estrechamiento, sale explotando, produciendo las consonantes explosivas y cuando la oclusión no es muy completa se producen las consonantes fricativas. Las diferentes consonantes se forman según las diferentes posiciones de las partes blandas en relación a las partes óseas del aparato resonador.

En el trabajo que antes mencioné me ocupé de los defectos de la voz por mal funcionamiento del aparato vocal y en el presente trabajo voy a ocuparme de las particularidades que ofrece la voz cuando existe una lesión en alguna parte de dicho aparato, como secuela de padecimientos. No pienso ocuparme de los defectos de la voz cuando existen padecimientos que debidamente tratados dejan ese aparato en perfectas condiciones (nódulos, la mayoría de los tumores benignos, pólipos, defectos anatómicos nasales, amigdalitis hipertróficas, etc....).



Los diferentes *padecimientos torácicos* que disminuyen la capacidad y energía de contracción torácica y abdominal, restan facultades al fuelle pulmonar, alterando la voz en su volumen y variaciones de tono. Las lesiones traqueales, por ejemplo, ciertas estenosis traqueales producen un ruido de cornaje muy peculiar.

Pasemos a *las lesiones laringeas*.

El sonido fundamental producido en la laringe variará según el estado que guardan las cuerdas vocales. Las cuerdas normalmente se aproximan o se separan, cambian de forma, se alargan, se acortan, se engruesan, se adelgazan, varían en su tensión y elasticidad. Recordemos que los músculos tiroarritenoideos o cuerdas están fijas adelante pero presentan gran variedad en su posición debido a su inserción posterior en los cartilagos aritenoideos, los cuales por sus movimientos se asemejan a los que puede verificar un jinete sobre su caballo; se comprende la enorme variedad que pueden adoptar las cuerdas en su posición.

Así es que las lesiones que modifican los cartilagos y articulaciones, la musculatura o que impidan la correcta coaptación de los bordes harán que la glotis pierda sus facultades fonéticas. Citaré algunos de los padecimientos que pueden dejar como secuela estas le-

siones: algunos tumores benignos, los tumores malignos, cicatrices, parálisis, adelgazamientos u otros cambios de los tejidos ya sea musculares o de la mucosa. Estas lesiones hacen que la glotis no produzca la vibración correcta del aire como si fuera instrumento de viento, a la vez las cuerdas no vibran correctamente. Recordemos que la glotis en su porción anterior es principalmente fonadora y por eso las lesiones situadas en el tercio anterior de las cuerdas son las que más alteran la voz. En estas condiciones la voz pierde sus cualidades volviéndose disfónica, fuera de tono, con poca claridad, se pierde la modulación; en ocasiones se produce la voz de vicario que se verifica al aproximarse las bandas ventriculares; en otras la voz se vuelve cuicheada.

Respecto al importantísimo capítulo de los tumores malignos haremos unas consideraciones especiales.

La radioterapia profunda altera la voz, unas veces definitivamente pero la mayoría de los enfermos la recuperan por reeducación; naturalmente cuando el tratamiento ha hecho desaparecer completamente el tumor.

Las técnicas quirúrgicas que dicho sea de paso, según las estadísticas dan más porcentaje de curaciones, efectúan mutilaciones parciales o totales de la laringe.

Las operaciones que se hacen por laringofisura como la cordectomía unilateral o bilateral, la hemilaringectomía, una vez que han cicatrizado los pacientes quedan con una voz útil para su vida pero perdiendo sus cualidades de buena voz en cuanto a su volumen, tono y timbre. Se forman cuerdas cicatriciales adventicias, según Jackson, que se juntan y hacen vibrar el aire. Asimismo puede producirse una aceptable voz de vicario, descrita por Jackson, en la cual se juntan las bandas ventriculares.

Los enfermos laringectomizados, por el conocimiento que van adquiriendo de su enfermedad, la cual puede tener recidivas, además sufren por considerar que van a perder su voz, a la manera de un ciego o un sordo. Este estado de depresión psíquica debe ser corregido; hay que instruirlos, hacerles ver que en la actualidad pueden curarse y respecto a la voz pueden obtener una buena pseudovoz.

La laringectomía bien hecha conservando al máximo los músculos extrínsecos de la laringe especialmente el cricofaríngeo, si bien es cierto que se pierde parte del aparato vocal como es el fuelle pulmonar y la laringe productora del sonido fundamental, sin embargo se pueden sustituir por el aire esofágico y por la pseudoglotis que se forma

en el cricofaríngeo al nivel de la sexta vértebra cervical; y como no se ha alterado la parte que diferencia los sonidos, puede producirse el lenguaje articulado.

Después de la operación el hueso hioides está un centímetro más abajo de lo normal, la base de la lengua se ha caído y la epiglotis está en posición más posterior que lo normal. Los músculos constrictores de la faringe se conservan útiles si fueron cuidadosamente suturados.

La faringe jamás hace colapso aún en reposo y esto se debe a la deglución constante preparatoria para hablar. La faringe es más grande ante lo posteriormente que lo normal, permanece abierta lo menos cinco milímetros. Debajo de la epiglotis se forman unas especies de bolsas a semejanza de divertículos.

Veamos cómo se produce esta pseudo voz. El aire pasa al esófago por deglución pero mejor por inhalación haciendo una espiración forzada, utilizando el aire residual del pulmón, en seguida se verifica una inspiración y a consecuencia de una presión negativa pasa el aire al esófago. El aire es expulsado del esófago por eructo; al oponer resistencia el músculo cricofaríngeo estrechando el esófago, se produce vibración de los bordes y de las paredes faríngeas; comprobándose por fluoroscopia. Aquí pasa lo mismo que lo que sucede en la laringe, el sonido se produce por vibración del aire como si fuera instrumento de viento. El sonido fundamental va a ser moldeado en la cavidad bucofaríngea. La cantidad de aire almacenada en el esófago por una inhalación basta para poder pronunciar una frase completa. Las variaciones en el tono pueden ser de una octava; Stern relata un caso de dos octavas. Los labios, lengua y paladar blando verifican movimientos sincronizados dependiendo de la mayor o menor habilidad de los enfermos para moldear mejor las palabras.

Conducta que se debe seguir con los enfermos laringectomizados.
Antes de la operación:

I.—Corregir su depresión mental. Explicarles que su enfermedad va a ser curada con tal que se sometan al tratamiento propuesto por el médico.

Estando indicada la operación, si bien es cierto que va a perder la laringe no perderá la parte de su aparato vocal que moldea las palabras así es que sustituyendo el aire pulmonar por el aire del esófago, al salir dicho aire va a producir sonidos que moldeándose formarán las palabras.

II.—Reeducarlo unos ocho días antes de la operación. Inhalar el

aire para llenar su esófago haciendo espiraciones profundas seguidas de inspiración forzada, enseñarlo a eructar pronunciando algunos sonidos P T K Lo ideal sería que viera y oyera hablar a algún enfermo laringectomizado; el Dr. Jackson así lo acostumbra y tiene entre sus profesores de la pseudovoz un paciente en estas condiciones; en caso de no contar con él, el médico podría ejercitarse un poco y mostrar al enfermo como se eructa y como se pronuncia. Se ha comprobado que estos ejercicios antes de la operación facilitan sobremanera el aprendizaje posterior.

Después de la operación.

Los primeros días después de la operación es preferible que los enfermos se comuniquen por escrito pues es muy frecuente que empiecen a tratar de comunicarse por medio de la pseudovoz cuchichiada la cual dificulta el aprendizaje de la buena pseudovoz. Esa pseudovoz cuchichiada se produce por un almacenamiento de aire en la faringe y por exagerados movimientos de articulación logran algunos sonidos fricativos de consonantes, sin poder pronunciar las vocales; la voz no es inteligible, no hay sustitución de la glotis. Una vez que se ha impedido que usen esa pseudovoz cuchichiada, en cuanto se quita la sonda para la alimentación se debe empezar el entrenamiento.

Reeducación.

- I.—Continuar los ejercicios de inhalación que empezaron a practicarse antes de la operación. Se puede ayudar tapando la cánula y tratar de inspirar. También es conveniente cuando se hace el almacenamiento por deglución, ayudarse tomando algo de bicarbonato de sodio o bebidas gaseosas.
- II.—Hacer ejercicios de eructar.
- III.—Empezar a pronunciar al momento de eructar las consonantes explosivas P T K.
- IV.—Pronunciar monosílabos pa pe pi po pu, ca que qui co cu, ta te ti to tu.
- V.—Formar palabras, frases oraciones, lectura.
- VI.—Modular la voz y aun cantar.

Naturalmente estos ejercicios variarán según cada enfermo y la experiencia de las personas que los guían en su enseñanza. Algunas veces aconsejan hacer presión sobre los carrillos o por fuera hacia la

base de la lengua; a veces volteando la cabeza hacia algún lado. En estas condiciones los pacientes son reintegrados a la sociedad.



Las lesiones de los labios, dientes, lengua, paladar óseo y el blando así como la faringe perjudican enormemente la fonación pues son los órganos que moldean las vocales y las consonantes.

Hay lesiones que pueden ser corregidas fácilmente en la actualidad pero quedan algunas lesiones que por ahora no están al alcance de la cirugía.

La pérdida de los labios o algunas deformaciones congénitas impiden pronunciar la b m p

El acortamiento, las destrucciones del velo, su oclusión y ciertas obstrucciones de las fosas nasales producen la rinolalia aperta o clousa.

La atrofia nasal como la ozena produce una resonancia nasal especial.

Los defectos dentales modifican la s d t c f v.

Cuando la lengua sufre de algún tumor o simplemente la macroglosia, dificultan la pronunciación de las vocales y la mayoría de las consonantes.

Cuando ha habido la sección de los hipoglosos hay falta completa de articulación.

La reeducación puede corregir notablemente la mayoría de estas alteraciones de fonación; pero el estudio de la reeducación es difícil ya que el funcionamiento de esta parte del aparato vocal es de lo más complejo.

Como ejemplo demostrativo de esta parte que moldea las palabras voy a citar el caso de los ventrilocuos, que fué explicado por E. J. Garde ante la Sociedad Francesa de O. R. L. Producen su voz en la laringe; su habilidad consiste en producir la palabra o el canto conservando una inmovilidad casi absoluta de los labios, maxilares y laringe; los movimientos de ascenso y descenso de la laringe son imperceptibles o escondidos a la vista de los espectadores; en la espiración el diafragma se coloca en una posición intermedia; la inspiración puede servir para emitir gritos, el llanto en los niños; la articulación es lo más notable, los movimientos son casi suprimidos, la boca se conserva casi cerrada, los maxilares no se mueven, el velo baja para dejar salir el aire por la nariz; las consonantes son formadas entre el dorso de la lengua y el paladar; las consonantes que exigen algún movimiento son reemplazadas por consonantes, la f es reemplazada por una inspiración, la m es suprimida, la p reemplazada por una h espirada. A veces voltean la ca-

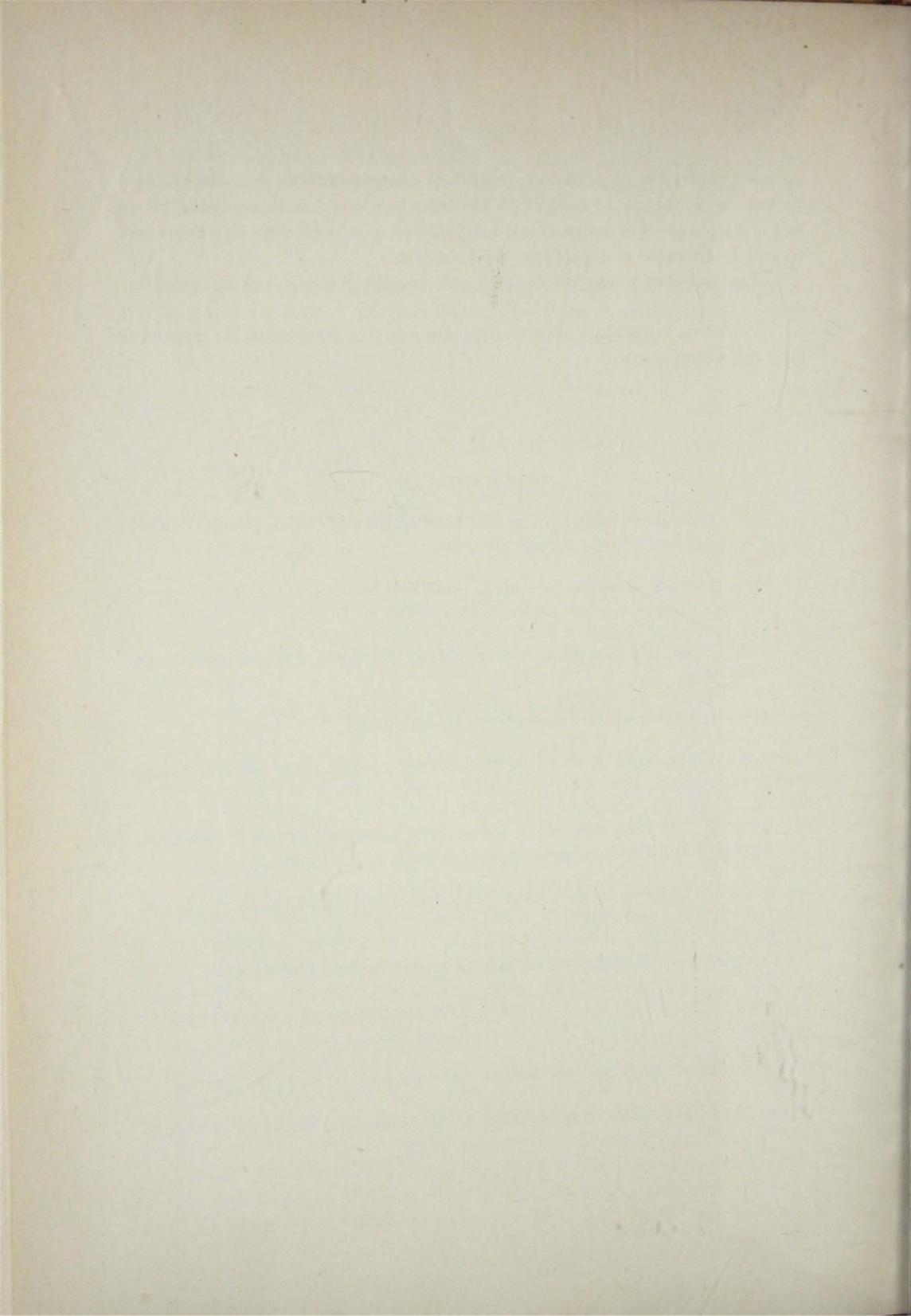
ra para presentar al público la mitad de ella, cuando se ven obligados a mover la mitad de la cara. Los ventrilocuos son los ilusionistas de la voz y esto nos demuestra cómo un paciente por medio de entrenamiento puede corregir sus defectos de fonación.

Las adaptaciones funcionales son maravillosas en el aparato vocal.

En otros trabajos subsecuentes me seguiré ocupando de estos temas tan interesantes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Juan Andrade Pradillo. An de la Sociedad Mexicana de O. R. L. B. pl 35 1950. La Voz Hablada y cantada.
- 2.—Juan Andrade Pradillo. An de la Sociedad Mexicana p 3. 1951. Operaciones del aparato vocal en los profesionales de la voz.
- 3.—E. J. Garde. Annales d'Oto Laryngologie. Oct. 1948. Presentación de un ventrilocuo.
- 4.—Chevalier Jackson. Diseases of the nose and ear.
- 5.—Julius W. Mc Call. Arch O. R. L. July 1943. Preliminary voice training for laryngectomy.
- 6.—Julius W. Mc Call. and W. G. Stern THE LARYNGOSCOPE. Dec 1944. Laryngectomy for laryngeal cancer. Review of 45 cases.
- 7.—Wallace Morrison. Arch p 1101. 1941. Physical rehabilitation of the Laryngectomized patients.
- 8.—G. de Parrel. Rééducation de la voix parléé. Doinet et Fils. Pans.
- 9.—Leroy A Schall M. D. Arch p 581. 1938. Psychology of Laryngectomized patients.
- 10.—J. Tarneaud. Encyclopédie Médico Chirurgicale. O. R. L. Phoniatrie.
Leo A. Kallen. p 460 Arch of O. R. L. Oct. 1934. Vicarius vocal mechanisms.



ACTH y Cortisona en Otorrinolaringología

Dr. Héctor Dávalos L.
De Chihuahua, Chih.

El campo de la medicina para fortuna nuestra se presenta más controlado científicamente cada día, habiendo en la actualidad productos que nos vienen a ayudar a resolver muchos de los problemas clínicos patológicos que tenemos a diario. En Otorrinolaringología tenemos problemas que están íntimamente ligados a trastornos generales que tienen repercusión directamente sobre la mucosa nasofaríngea y de las vías respiratorias; así como a la inversa, trastornos localizados que tienen su punto de partida en la nasofaringe dando trastornos generales. La Hormona Adrenocorticotrópica denominada ACTH que es producida por la hipófisis y la hormona Acetato de Dihidrohidrocortisona o cortisona que es producida en las cápsulas suprarrenales, son dos valiosos recursos actualmente en nuestra terapéutica para tratar de resolver problemas de nuestra especialidad que frecuentemente se presentan.

Desde que se hicieron los trabajos experimentales en animales en los cuales, al ser sometidos a estímulos reaccionaban con descargas de hormonas corticoides o Adrenocorticales se vió que su resistencia aumentaba a dichos estímulos, así como en otros se experimentó en animales hipofisectomizados observándose que su resistencia disminuía a los estímulos y no había la producción de corticoides, fué que se llegó a la conclusión de que la hipófisis es indispensable para la producción de la hormona adreno-corticotrópica que a su vez estimula a las cápsulas suprarrenales que elaboran la hormona cortical denominada cortisona, las cuales están en un equilibrio constante y según Hans Selye forman lo que se denomina el Síndrome de Adaptación General.

Si tomamos como punto de partida que en nuestra práctica diaria se presentan enfermos con un trastorno alérgico de base, el cual viene escondido por un trastorno infeccioso asociado, es indudable

que al resolver el problema infeccioso nos queden las alteraciones alérgicas, las cuales debemos estudiar su situación para tratar de resolver, porque no es posible siempre tener a la mano la opinión del que se presentan con alteraciones nasales tienen un fondo alérgico, es por lo que ~~debemos estar preparados para también poder resolver~~ estos casos puesto que en la actualidad los trastornos infecciosos, así como los trastornos alérgicos van de la mano y en muchos casos se confunden unos con otros, teniendo sintomatología compleja que debemos resolver por todos los medios posibles diagnósticos y también tratar de curar con todo lo que tengamos.

No voy a discutir ninguna doctrina acerca de lo dicho, sino que únicamente he expuesto lo anterior para entendernos mejor en lo que es el ACTH y la Cortisona; estando pues incluidos los padecimientos alérgicos dentro del Síndrome de Adaptación de Selye, es que he querido poner a la consideración de ustedes el resumen de mi observación personal en enfermos de mi consulta privada que presentan trastornos Nasofaringo-Bronquiales con alteraciones alérgicas y que han sido tratados con dichas Hormonas.

Presento once casos de enfermos que divido como a continuación se expresa: 3 con Rinitis Vasomotora, 5 con Trastornos Nasales Alérgicos con Sinusitis asociada, 2 con Asma Bronquial y trastornos nasales y uno de ellos asociado con Urticaria Paroxística, uno con rinoalergista. Si tenemos en cuenta que una gran cantidad de enfermos sinusitis crónica y urticaria.

Les referiré cinco casos únicamente de los once para no hacer tan largo este trabajo, los cuales fueron tratados unos con ACTH y otros con Cortisona.

CASO No. 1.—Niño José Pérez, 9 años de edad, Historia No. 136, antecedentes de catarros frecuentes, tanto en el invierno como en el verano, con trastornos Bronquiales asociados del tipo Asmatiforme. Fué tratado por varios pediatras y amigdalectomizado por uno de ellos, persistiendo sus trastornos y habiendo principiado a la edad de 2 años y medio, se presentó a la consulta en mi oficina el 20 de enero de 1950, presentando una rinosinusitis crónica supurativa, estertores bronquiales del tipo espiratorio. Radiografías de senos maxilares revelan mucosa engrosada opaca, se le hacen pruebas con antígenos y da reacción positiva al pólen del álamo, al quelite y a la leche. Reaccionó también a gérmenes estafilococos y neumococos. Se le hace tratamiento durante un año, específicamente mejoró un 75% presentando de cuando en vez ataques bronquiales y en este año de

1951, principió con una frecuente crisis asmátiforme nocturna, desde febrero hasta junio 8, en que se principió a dar Cortisona a la dosis inicial de 25 mgs. por vía oral cada cuatro horas durante las primeras 24 horas. Esa noche la pasó sin modificación, al segundo día se continuó la misma dosificación, durmiendo el niño completamente bien y habiéndose calmado todos sus síntomas posteriormente se le dió una tableta de 25 mgs. cada doce horas una en la mañana y otra antes de acostarse durante tres días consecutivos, tomándose después una tableta antes de acostarse durante 8 días seguidos, los estertores bronquiales desaparecieron, la tos se quitó por completo, el niño ha mejorado físicamente y hasta la fecha no ha habido ningún nuevo brote nasobronquial.

CASO No. 2.—Srita. Isabel Morales, 26 años de edad, Historia No. 306, origen español, con antecedentes de obstrucción nasal constante con descargas de moco claro, abundante retrofaringia y estornudos constantes a cualquier hora del día. El examen revela edema de la mucosa nasal sobre todo a nivel de cornetes inferiores. Mucosa pálida y moteada en partes, color morado, moco escaso en el piso, en la región posterior celdillas etmoidales infectadas con moco pus. Senos maxilares con retención de pus del lado derecho el cual se canalizó y se extrajo moco verde, aparentemente sanó, pero siguió la obstrucción y algunos otros síntomas asociados, quedando una mucosa limpia pero del tipo alérgico. Se hacen pruebas cutáneas con antígenos y resulta positiva al polvo de casa y da reacciones francamente positivas a la histamina, a la dilución de uno por cien mil. Frecuentemente daba trastornos de tos y alteraciones bronquiales. Se hace tratamiento específico habiendo mejorado, se dió ACTH a la dosis de 20.5 mgs. cada 12 horas por vía intramuscular poniéndose en total 10 inyecciones en un periodo de tiempo de 5 días, mejorando aboslutamente en toda su sintomatología. Se principió el tratamiento el día 15 de marzo de 1951, habiendo sido con una mejoría franca hasta el presente mes de agosto en que ha sido vista por última vez.

CASO No. 3.—Srita. Socorro Lomeli, de Cd. Delicias, Chih., 26 años de edad, Historia No. 706, con antecedentes nasobronquiales de obstrucción y alteraciones frecuentes desde hace 6 ó 7 años, presenta rinosinusitis crónica, fué tratada en la Cd. de México quirúrgicamente de una deflexión del séptum posteriormente canalizó ambos senos maxilares. Se trató la nariz con desplazamiento de Proetz, mejoró

persistiendo obstrucción nasal de báscula, estornudos frecuentes de cuando en vez, estertores espiratorios con tos y flema, crisis preferentemente nocturnas que se agudizan cuando se presenta asociado a algún catarro o gripe, es tratada con autovacunas y antibióticos; con alergenitos sale positiva a gérmenes neumococos y estafilococos, sigue siendo tratada y procuro quitar todo foco infeccioso que quedara; mejora después de un tratamiento de siete meses, quedando posteriormente una mucosa del tipo edematoso con degeneración polipoidea, se trata con Cortisona por espacio de 25 días, al principio 3 días 25 mgs. por vía oral cada 6 horas, después 2 tabletas cada 12 horas durante 15 días, el resto de tiempo una tableta diariamente, tiene cuatro meses la enferma perfectamente normal sin presentar ni un sólo sintoma en la mucosa nasofaringobronquial. Estoy esperando en este caso que venga nuevamente el invierno para ver como se comporta dicha enferma.

CASO No. 4.—Sra. Jovita Huerta, de San Fco. del Oro, Chih., 43 años de edad, Historia No. 909, trastornos de obstrucción nasal constante desde hace 9 años, estado físico malo, se exaspera demasiado y trae una psicosis por no poder efectuar bien su respiración nasal, ha sido tratada por innumerables médicos generales, "gotas" ha usado todas las habidas en todas las Boticas, el examen físico revela la mucosa nasal hinchada, enrojecida, limpia, poco moco, senos faciales normales, farínge normal, pruebas alérgicas no revelan ningún dato, se sospecha una alergia endógena, se trata con ACTH durante 15 días, no hay mejoría, se da Cortisona 40 tabletas de 25 mgs. repartidas convenientemente una cada 4 horas los primeros 3 días, se prolongan a 6 horas otros 3 días no hay mejoría se sigue por el resto del tiempo 2 tabletas diarias cada 12 horas y no hay más que ligera mejoría por ratos, que no llega a dar franca libertad nasal respiratoria, frasco completo, se manda hacer metabolismo basal, se busca colesterol en la sangre, encontrándose que es una enferma francamente hipotiroidea, se empieza a tratar con tiroides, una tableta de 0.065 diariamente durante los primeros 5 días aumentándose a 2 tabletas en los 5 días siguientes, a los 3 días nos trae la sorpresa de que empieza a respirar completamente bien el edema de mucosa va desapareciendo, se aumenta la dosis a 3 tabletas diarias y a la vuelta de 18 días la enferma está respirando completamente, su edema de mucosa nasal en cornetes sobre todo, casi ha desaparecido su coloración se ha

modificado y la enferma se siente completamente aliviada en este caso se trata de una rinitis vasomotora de origen hipotiróidea.

CASO No. 5.—Srita. María Yañez M., 18 años de edad, Historia No. 825, con trastornos nasales, obstrucciones catarras frecuentes sobre todo en el invierno y que además presenta urticaria en brotes paroxísticos casi todos los días a diferentes horas del día, acompañándose en algunas ocasiones de edema angioneurótico labial o laríngeo del tipo no grave, se hizo estudio minucioso encontrándose una rinosinusitis supurativa de poca intensidad, senos maxilares con mucosa poco engrosada pero sin pus, dentro de ellos, senos esfenoidales limpios, celdillas etmoidales posteriores infectadas, se hacen pruebas alérgicas resultando positiva, exclusivamente a gérmenes, no se encuentra ninguna otra causa que esté produciendo su urticaria, se trata por algunos días de la nariz, se dan antibióticos, mejora haciéndose los brotes menos frecuentes y en menor intensidad, se dió Cortisona y no mejoró absolutamente nada, después de haber sido tratada con 40 tabletas de 025 mgs. las cuales se repartieron casi en idéntica forma como en los casos anteriores, pasó un mes después del tratamiento y volvió con trastornos angioneuróticos del labio y laringe; durante el tiempo que estuvo siendo tratada con Cortisona no se notó ninguna mejoría, como al mes y medio de haber terminado su tratamiento con Cortisona, fui avisado de que la enferma presentaba un cuadro apendicular agudo, por lo cual se hizo necesario operar quirúrgicamente, durante el segundo período de tiempo se presentó una exacerbación de la urticaria. A los dos días post-operatorios, hubo desaparición total de la urticaria, a ctualmente tiene dos meses de operada, durante dicho tiempo no ha vuelto a presentar nin un solo brote urticariano.

No quiero cansar la atención de ustedes exponiendo todos los casos clínicos apuntados arriba en el cuadro. Hago notar que a pesar de tratarse de enfermos de la clientela privada en los que es difícil controlar, pude lograr retener a estos enfermitos y hacerles que hicieran el esfuerzo de comprar estos medicamentos que son caros sobre todo la Cortisona que cuesta 36.00 Dlls. el frasco de 40 tabletas, sin embargo se obtuvo éxito en la mayoría de los casos siendo pues para mí, muy benéfico poder tener en mi arsenal terapéutico estos nuevos medicamentos que todavía se sigue experimentando con ellos para ver que tanto dan de mejoría y por cuanto tiempo.

CUADRO ILUSTRATIVO DE 11 PACIENTES CON TRASTORNOS
ALERGICOS TRATADOS CON ACTH Y CORTISONA

Caso No.	Edad.	Sexo.	Diagnóstico	O. R. L.	Alergia	Ascienda.	Reacciones Cutáneas.	Positivo a:	Hormona usada.	Tratamiento en días.	Dosis Total (M. G.)	Alivio
136 J. P.	9	M	Rinosinusitis		Bronquitis asmáticoforme.		Amarethus Palmeri.		Cortisona.	15	1,000	Completo.
506 I. M.	26	F	Sinusitis.		Rinitis alérgica.		Alamo, leche.		Cortisona.	20	1,000	Completo.
706 S. L.	26	F	Sinusitis.		Poliposis.		Histamina.		Cortisona.	20	1,700	Completo.
909 J. H.	43	F	Rinitis vasomotora.				Pneumococos.		Cortisona.	15	1,000	No.
825 M. Y.	18	F	Rinosinusitis		Urticaria.		No.		ACTH.	15	400	Completo.
917 H. M.	3	M	Sinusitis.		Dermatitis.		Gérmenes.		Cortisona.	10	700	Completo.
661. E. D.	65	M	Sinusitis.		Asma urticaria.		No.		ACTH.	30	620	Completo.
420 O. A.	22	F	Rinitis vasomotora.				Estafilococos.		Cortisona.	15	1,000	Completo.
96 J. M.	14	M	Sinusitis.		Fiebre henos.		No.		ACTH.	15	400	Mejoría.
574 Z. K.	31	M	Sinusitis.		Rinitis alérgica.		Capriola fresco.		Cortisona.	25	1,500	Mejoría.
593 R. R.	11	M	Sinusitis.		Asma.		No.		Cortisona.	20	1,400	Completo.
									ACTH.	15	600	Completo.
									Cortisona.	3	1,600	Completo.

SE TRATARON 5 MUJERES Y 6 VARONES HABIENDO MEJORIA COM-
PLETA EN 7 PACIENTES, MEJORIA PARCIAL EN 2 Y
FRACACOS EN 2.

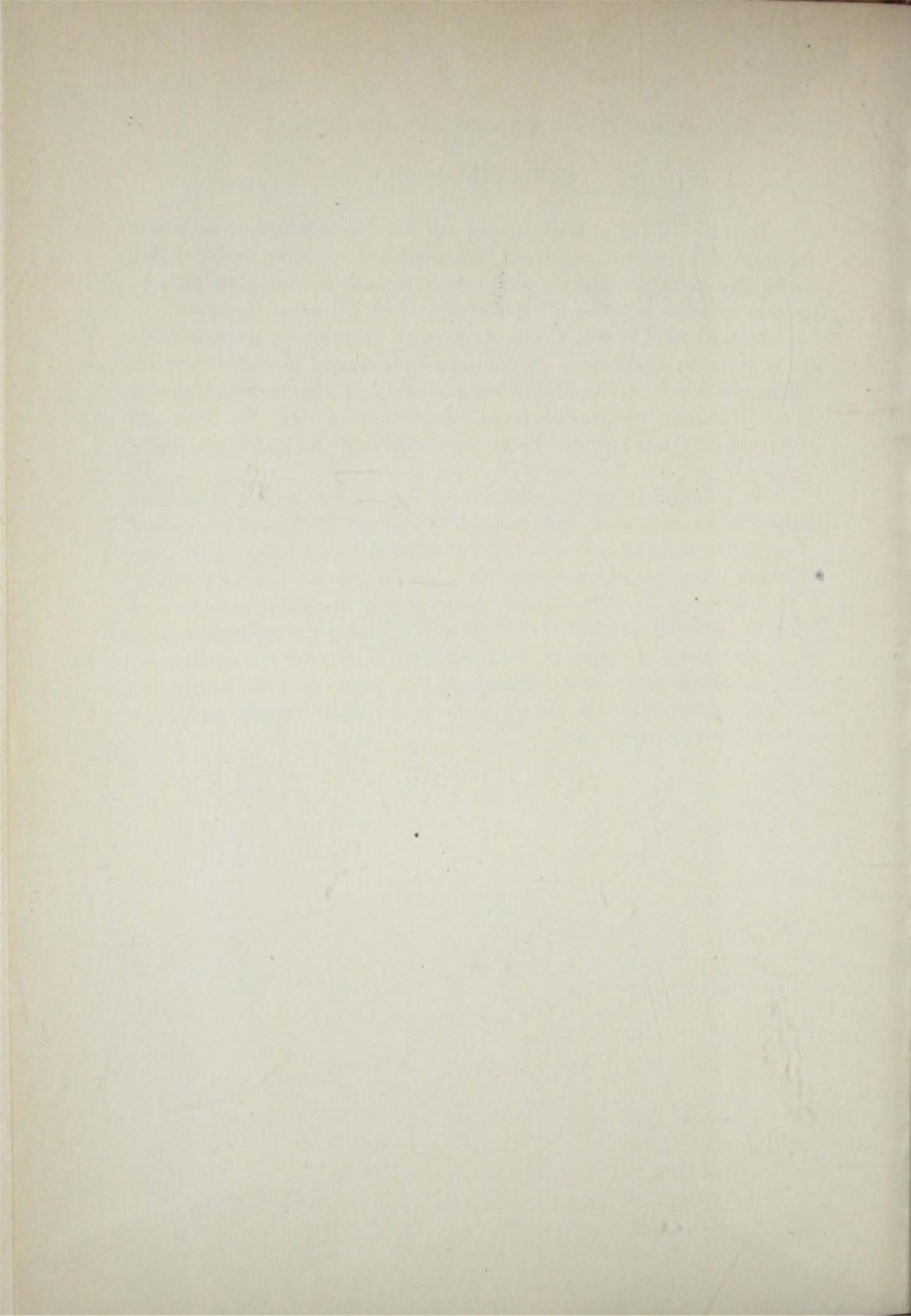
CONCLUSIONES:

1o.—El ACTH y la Cortisona son dos Hormonas una de origen hipofisiario y la otra de origen suprarrenal que tienen acción sobre cierto tipo de padecimientos alérgicos mejorando la sintomatología en muchos casos y en otros al parecer aliviando todos los síntomas.

2o.—El ACTH y la Cortisona parecen no producir mejoría cuando se trata de alteraciones de glándulas que no son la Hipófisis o las suprarrenales pues el caso No. 4 en que había un hipotiroidismo no dió alivio al síntoma obstrucción nasal, así como en el caso No. 5 en que se trataba de una alérgica bacteriana sostenida por infección apendicular.

3o.—Considero que la medicina ha ganado mucho con el advenimiento de estos nuevos medicamentos que si aún no sabemos si sirven para aliviar completamente a los pacientes del tipo alérgico, si contribuyen a mejorar enormemente los síntomas y poner en buen estado a los pacientes; siendo un triunfo tanto para el alergista como para el otorrino, debiéndose elegir únicamente con cuidado al paciente al que se le suministra este tipo de medicación para no caer en un fracaso, pues considero que hasta ahorita estamos fuera de toda crítica los que trabajemos con ellos, puesto que está en nuestro terreno en franco periodo de experimentación.





Un Caso de Voluminoso Neurolípoma en la Faringe

Por el Dr. Luis Vaquero

HISTORIA CLINICA

Nombre.—José María González. Edad.—40. Sexo.—Masculino. Ocupación.—campesino. Originario.—El naranjo Chiapas. Radica.—El Parral Chiapas. Domicilio actual.—Sin domicilio en México, D. F.

INTERROGATORIO

Antecedentes hereditarios y familiares.—No hay datos de importancia.

Antecedentes personales no patológicos.—No hay datos.

Antecedentes personales patológicos.—Ha padecido de paludismo, disentería ambiana a los catorce años, vitiligo a los veintiocho años.

Principales síntomas.—Disfonia enflaquecimiento, astenia.

Padecimiento actual.—Hace ocho meses después de un enfriamiento empezó a sentir malestar en la garganta y en la nariz. La voz tomó un timbre nasal, y notó cierta dificultad para la deglución de sólidos; dos o tres meses después esta disfagia aumentó, lo que le hizo consultar a un médico, quien le indicó que tenía un absceso en la faringe. Tres meses más tarde se internó en el Hospital General de Tuxtla Chiapas, en donde le hicieron pruebas de laboratorio, pero no pudieron aliviarle el padecimiento. En los primeros días de agosto se internó en el servicio de otorrinolaringología del Hospital General. * La sintomatología es como sigue: el enfermo siente en la faringe un abultamiento de forma oval, del tamaño de un huevo de gallina, de

consistencia renitente, con cierta movilidad durante la deglución o por maniobras externas. La tumoración es indolora. Solamente ocasiona dificultad para la deglución de los sólidos y dificultad para respirar cuando el enfermo se encuentra en decúbito dorsal. Así mismo le molesta el que a nivel de la tumoración se reúne saliva viscosa y adherente, que ocasiona cierta disfonía.

INTERROGATORIO POR APARATOS

No hay ningún nuevo síntoma que pudiera prestar interés.

Inspección general.—Constitución delgada. En diversas partes de la piel se observaron manchas hipocrómicas, constituyendo una dermatosis generalizada que da los caracteres del vitiligo en regresión. Los datos patológicos se refieren todos a la región del cuello, por lo que en éste resumen se hace caso omiso del estudio de las restantes porciones del cuerpo.

Inspección del cuello.—Se nota un abultamiento ligero en la región lateral derecha, en la zona correspondiente al borde anterior del esternocleidomastoideo, este abultamiento es lo bastante perceptible para producir asimetría en la región.

Palpación.—A la palpación de esta zona se aprecia un abultamiento por debajo del esternocleidomastoideo, que se extiende desde la zona parotídea hasta el nivel del hueso hioides, esta tumoración es renitente y se desliza de arriba a abajo en el momento de la deglución siguiendo los movimientos de la musculatura faríngea.

Tacto intrabucal.—Colocando una mano por fuera del cuello, para hacer contrapresión, se hizo un tacto intrabucal, apreciándose el carácter renitente de la tumoración y sobre todo su extensión, que en altura era desde la parte alta de la faringe hasta la hipofaringe, y en anchura ocupaba la mitad posterior. Su forma era de huso, más delgada hacia arriba que en su extremo inferior. Se podía deslizar en sentido lateral y vertical, sobre los planos prevertebrales.

Examen bucofaríngeo.—Al examen con abate lengua, de ésta región, se advierte una tumoración voluminosa implantada en la zona pósterolateral de la faringe, que se extiende desde el pilar posterior rechazando la amígdala hacia adelante, hasta más allá de la línea de la pared posterior. En sentido vertical se extiende hacia arriba y hacia abajo, fuera del campo visual logrado por éste procedimiento. La tumoración aparece recubierta de mucosa con caracteres normales.

Laringoscopia directa.—Como consecuencia de los datos obtenidos por las exploraciones anteriores, se determinó hacer una explora-

ción de la faringe por medio del laringoscopio, con objeto de poder rechazar hacia arriba y adelante al velo del paladar, para explorar el extremo superior de la tumoración, y seguir esta de arriba a abajo en todo su trayecto, para terminar con la exploración de la hipofaringe y laringe. Los datos obtenidos por este procedimiento fueron como sigue: al separar el velo del paladar, encontramos el extremo superior de la tumoración, un poco adelgazado y llegando hasta la bóveda faringea, pasando hacia atrás del orificio interno de la trompa de Eustaquio; a partir de esta zona se engruesa más y se extiende por la pared posterolateral derecha hasta el seno piriforme de éste lado, el que queda completamente oculto por el extremo inferior de la tumoración. éste se muestra redondeado y grueso de manera que no solo obstruye el seno piriforme, sino que descansa parcialmente sobre el orificio superior de la laringe, acomodándose entre la cara laringea de la epiglottis y sobre el repliegue aritenoepiglótico derecho. En toda su extensión la superficie es lisa y unida recubierta por mucosa con caracteres normales. A la palpación instrumental, se advierte que la mucosa desliza directamente sobre la tumoración.

* EXAMENES DE LABORATORIO PREPERATORIOS

Reacciones luéticas

No.—3617

Wassermann, Khan, Mazzini, Kolmer

NEGATIVAS

Agosto 10 de 1949.

Citología hemática.—No.—15758
Enf. José María González Pab. 22 Cama 28

Eritrocitos	4 600 000	Leucocitos serie neutrófila.
Hemoglobina	90 gr. 100 c.c.	Schilling Arnet
Valor glob.	0.97	
Leucocitos	6400 por mm ³	Segmentac 62 % por mm ³ .
Neutrocitos	58 % " "	Bastones 2 % " "
Eosinocitos	5 % " "	
Monocitos	0 % " "	
Linfocitos	5 % " "	
Basocitos	23 % " "	

Datos complementarios.—En una o dos ocasiones anteriores se había hecho punción en difentes partes de la tumoración sin lograr extraer liquido o material de ninguna especie.

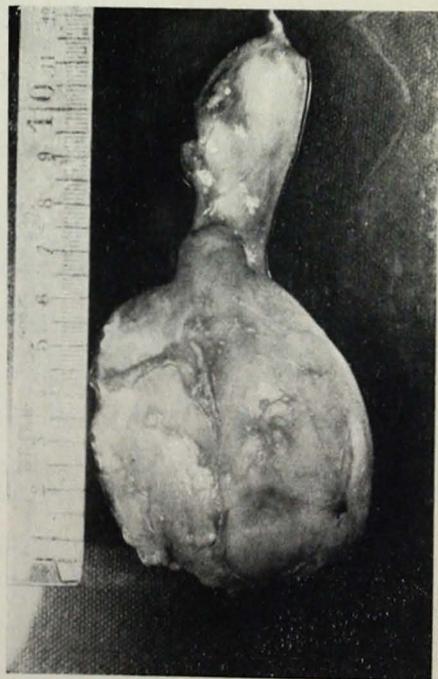
Conclusiones.—Dada la situación y los caracteres de la tumoración, su deslizamiento sobre los planos profundos, su revestimiento de mucosa normal que desliza a su vez sobre la tumoración, su limitación por bordes redondeados no infiltrates, y la negatividad de la punción se llegó a la conclusión de que dicha tumoración sería extirpable en su totalidad en un solo tiempo, por lo cual se determinó no hacer biopsia previa, y hacer el exámen histológico de la tumoración, en su totalidad una vez extirpada.

Tratamiento quirúrgico.— Considerando que los resultados de los exámenes de laboratorio preoperatorios, resultaron satisfactorios, y pensando que el vitiligo no interfiere para nada con el acto quirúrgico, se procedió a preparar al enfermo para la intervención. La preparación se hizo de acuerdo y en previsión de que hubiera algún pedículo tumoral profundo y sangrante, y por otra parte de que la laceración de tejidos sería en todas formas extensa. De acuerdo con estas presunciones, con una semana de anticipación se trató al enfermo con vitaminas C y K, administradas por vía parental.

Anestesia.—Se la preparo con hipnóticos por vía oral y sedantes inyectados y se determinó hacer una anestesia local intrafaringea, por infiltración de novocaina suprarrenina al 1%. Pensando que pudiera haber hemorragia más o menos profusa, se procedió a hacer la intubación traqueal, intentándose primero por vía nasal, por cuyo procedimiento se fracasó, debido a que la tumoración desviaba constantemente la sonda hacia el seno piriforme izquierdo. Se procedió entonces a hacer una laringoscopia directa, con objeto de introducir la sonda traqueal a través del laringoscopio, aún en estas condiciones la introducción se hacía difícil, pues quedaba un espacio muy estrecho, hacia el lado izquierdo, del orificio superior de la laringe y la sonda no se podía curvar lo suficiente para aprovechar éste espacio en la intubación. Esto obligó a utilizar una dosis considerable de pantocaina en la región hipofaringea y laringotraqueal. Finalmente se logró la introducción de la sonda de goma en la laringe. El extremo de la sonda que salía por el ángulo izquierdo de la boca quedó conectado a un tubo de cristal a través del cual, se proyectaba administra la anestesia, oxígeno o bióxido de carbono según las necesidades.

En estas condiciones se inició el acto quirúrgico, por lo vía bucal, teniendo colocado, un abreboca, separador, en el velo del paladar, y un abatelengua rechazando la lengua hacia el lado izquierdo. Se hizo una incisión vertical, de la parte más saliente de la tumoración, incisión que comprendía solamente la mucosa y el tejido celular subyacente y las fibras musculares constrictoras, con objeto de encontrar

un plano de despegamiento sobre la masa tumoral. Se encontró dicho plano con facilidad, y se inició el despegamiento de la mucosa sobre la cara anterior del tumor, en éste tiempo y repentinamente, apareció una crisis convulsiva, durante la cual, el abrebocas se botó, la crisis convulsiva fué acompañada de trismus y paro respiratorio. El trismus apretó la sonda laringotraqueal, estrellando el tubo de cristal de conexión y obturando toda comunicación laringofaríngea con el exterior. Se procedió entonces a separar el ángulo de la boca de la cara dentaria y a introducir por ésta vía un tubo de goma que llevaba una corriente de oxígeno hacia el espacio retrodentario, al mismo tiempo se puso una inyección endovenosa de pentotal, a dosis de 20 a 30 centigramos. La crisis convulsiva que estaba constituida por contracciones tónicas, cedió al cabo de dos minutos y volvió a repetirse en tres ocasiones más, pero haciéndose menos intensa y duradera en cada vez que volvían a aparecer. Finalmente se logró restablecer la calma y pudimos continuar con el acto quirúrgico, haciendo el despegamiento



alrededor del tumor, primero hacia el extremo superior, el cual una vez aislado se exteriorizó hacia la cavidad bucal, se continuó entonces el despegamiento en la parte externa, encontrando una zona de adherencia en la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores. Por ésta disposición se pensó que sería el pedículo, y se colocó una pinza de compresión hacia la parte lateral, así mismo ésta pinza sirvió para exteriorizar un poco más la masa tumoral y lograr entonces el despegamiento del extremo inferior. Por tracción se desprendió la masa tumoral apreciándose que la hemorragia era mínima. Se examinó entonces el lecho tumoral procediendo a hacer hemostasia, la cual fué bastante simple.

Se procedió entonces a hacer la sutura del plano mucoso, junto con el tejido celular subyacente, el plano aponeurótico había quedado por detrás del tumor, formando el lecho de la herida. No se considero necesario ni siquiera conveniente hacer pasar una sonda esofágica ya que los bordes de la herida afrontaban perfectamente, sin dejar ninguna comunicación del tejido celular con la cavidad faríngea.

DATOS DE LABORATORIO POSTOPERATORIOS *

Estudio histopatológico

Enf.—José María González Pab.—22 Cama.—28

Datos anatómicos, pieza remitida. * Tumor de orofaringe
Resultado del análisis histopatológico. * NEUROLIPOMA

22 de septiembre de 1949

Citología hemática.—No.—10198

Enf. José María González Pab. 22 Cama 28

Eritrocitos	4 600 000	Leucocitos serie neutrófilos
Hemoglobina	90 gr. 100 c.c.	Schilling Arnet
Valor glob.	0.97	
Leucocitos	6 400 por mm ³ .	Segmentac 62 % por mm ³ .
Neutrocitos	58 % „ „	Bastones 2 % „ „
Eosinocitos	5 % „ „	
Basocitos	0 % „ „	
Monocitos	5 % „ „	
Linfocitos	32 % „ „	

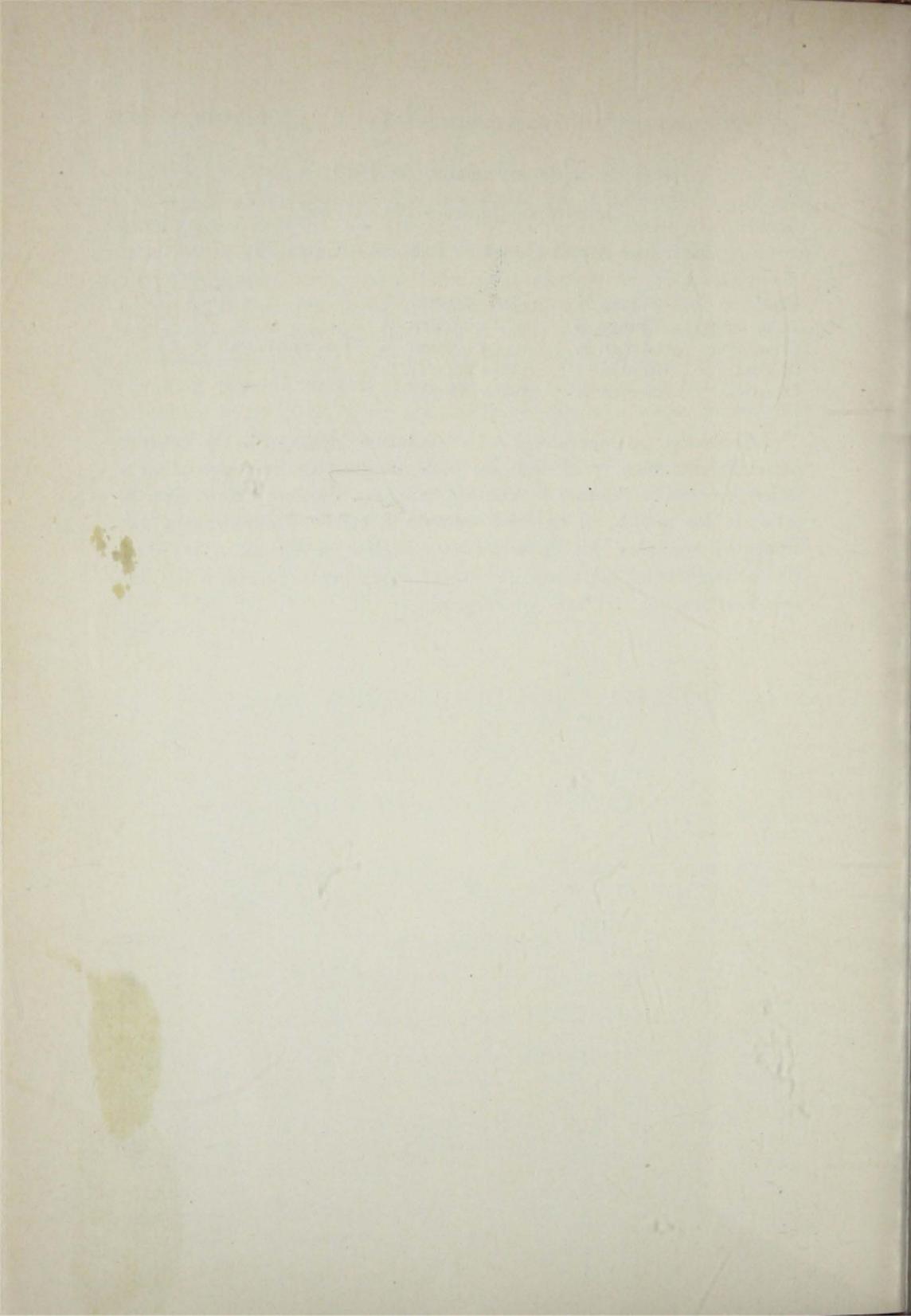
2 de septiembre de 1949

Química sanguínea.—No.—17667

Enf. José María González Pab. 22.—Cama 28

Urea	25 mgr. %	20 a 30 mgr. %	
Acid. úrico	2.3 mgr. %	2 a 4 mgr. %	
Creatinina	1.3 mgr. %	1 a 2 mgr. %	Cifras normales.
Glucosa	100 mgr. %	90 a 110 mgr. %	
Cloruros	526 mgr. %	540 a 570 mgr. %	

Evolución postoperatoria.—La evolución postoperatoria se hizo perfectamente bien, y el enfermo pudo deglutir desde luego alimentación pastosa y líquida, la cual se mantuvo durante cinco días, al cabo de los cuales, el enfermo empezó a tomar gradualmente, sus alimentos normales. La cicatrización completa se obtuvo a los doce días y el enfermo fué dado de alta completamente curado a las dos semanas después del acto quirúrgico.



ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD

CURSO DE RINOLOGIA PARA MEDICOS ESPECIALIZADOS,
ORGANIZADO POR LA SOCIEDAD MEDICA DEL
HOSPITAL GENERAL.

Del 22 al 27 de octubre de 1951.

*DISCURSO PRONUNCIADO POR EL
C. DR. CARLOS COQUI, el día 26 de octubre.*

SR. PROF. DR. ARTURO W. PROETZ,
SRES. PROFESORES DOCTORES COORDINADORES:

El interesante Curso de Rinolaringología para Médicos especialistas que se ha venido celebrando, me brindó la oportunidad de participar en su desarrollo al conferírseme la parte relacionada con los estudios radiológicos del campo de la Rinolaringología. Destacó durante el desenvolvimiento de dicho *CURSO* el Sr. Prof. Dr. *ARTURO W. PROETZ*, cuya personalidad es mundialmente reconocida, pues es uno de los más brillantes profesantes de una especialidad que celosamente cuida tres órganos importantes del ser humano: oídos, nariz y garganta, y, además, el Prof. Dr. Proetz es introductor de su afamado Método para el estudio radiológico de los senos paranasales.

Su presencia entre nosotros, por tanto, tiene particular significación, pues es implícita la demostración de un palpable gran adelanto en esa disciplina médica, cultivada en México con ahinco, tenacidad y entusiasmo, por parte de sus adeptos y partidarios, es decir que el rango científico del Sr. Prof. Dr. Proetz, es justamente apreciado en nuestro medio que, por sus actividades científicas, tiene también jerarquía relevante y ameritada.

Existen tres razones principales para considerar muy grata la visita del Sr. Prof. Dr. Proetz: la primera porque su personalidad es ilustre en la investigación científica; la segunda por que es la ciudad de México el escenario de sus momentáneas actividades la

que, por su belleza, clima y hospitalidad, siempre es interesante, sugestiva y eufórica para el hombre culto y la tercera porque pudo constatar por sí mismo, que en nuestro medio ya nos habíamos animado, desde hace algunos años, con su Método que hoy cobra actualidad, debido a las demostraciones realizadas y cuya importancia se puso de manifiesto y que, como es natural, su Método, en lo sucesivo, será cultivado ampliamente. Además, su docto palabra dio base a una enseñanza inolvidable, que se le estimará como punto de referencia para provocar un desenvolvimiento que lleve a la especialidad practicada por el Rinolaringólogo por la senda anchurosa del progreso, todavía más del que le hemos apreciado.

El rinolaringólogo en su esfera de actividades, siempre ha disfrutado de la mejor y más amplia consideración de parte de todos los demás profesantes de la ciencia médica; sus funciones son nobles e importantes. Pero es el Radiólogo, seguramente, con el que más se relaciona, dada la utilidad del examen radiológico en el diagnóstico de las enfermedades que están dentro de la órbita de dicha especialidad. Estas relaciones se arraigan más profundamente por la intensidad de las labores del rinolaringólogo, modernizadas con los grandes adelantos logrados y las aportaciones científicas de tal especialidad que ha dado renombre a tantas Clínicas en Europa, Norteamérica y otros países, entre los que contamos el famoso Método de Proetz.

Quienes como yo laboramos en los campos de la Radiología en México, tenemos la seguridad de que el *CURSO* del Prof. Dr. Proetz producirá excelentes resultados; será como la semilla fructifica la tierra abundantemente. Si las relaciones entre Radiólogos y Rinolaringólogos, siempre se han caracterizado por su armonía y cordialidad, ahora más que nunca se ensancharán lo bastante para seguir realizando con más entusiasmo y confianza sus labores; seguirá aumentando el interés de los rinolaringólogos por los estudios radiológicos y los Radiologistas verán con más profundidad los casos que tratense de dilucidar, que en todo caso tendrán dos aspectos importantes: uno, el provecho de la ciencia; el otro, el provecho del enfermo.

Así, pues, me congratulo y doy las gracias por haberseme conferido en este Curso el cargo de Profesor Coordinador que fué para mí un alto honor y en cuanto al Prof. Dr. Proetz, distinguido catedrático de la Universidad de Washington, reciba mi admiración y aplauso.

SESION ORDINARIA.

En el aula "José Terrés" del Hospital General a las veintiuna horas del día seis del mes de noviembre del año de mil novecientos cincuenta y uno y con asistencia de veintitrés socios, se efectuó la Sesión Ordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Broncoesofalología.

Como primer punto de la orden del día, se leyó el resumen del acta de la Sesión anterior, que fué aprobado por la Asamblea.

Como segundo punto de la orden del día, el Dr. Juan Andrade Pradillo, presentó un trabajo titulado "PARTICULARIDADES DE LA VOZ CUANDO EXISTE UNA LESION EN EL APARATO BOCAL".

Primeramente comenta el Dr. Luis Vaquero para felicitar al Dr. Andrade por su trabajo y le pregunta al autor del trabajo, el uso adecuado del término "voz vicariante" y se refiere además al conocimiento que tiene de que las vocales se articulan solamente por los movimientos de la laringe.

En seguida comenta el Dr. Carlos Tapia y opina principalmente que sería muy conveniente completar los estudios de la voz con el estraboscopio y haciendo estudios cronácicos para ver cual es la función intrínseca de posibilidad de recuperación de los músculos laríngeos, una vez fatigados por cuestiones profesionales; a este respecto se comunicó con un fisioterapeuta quien opina, si es posible llevar a cabo la prueba.

A continuación comenta el Dr. Ricardo Tapia indicando que solamente opina para reforzar lo que ha dicho el Dr. Andrade en el aspecto de que se puede suplir la voz, que está de acuerdo también con el Dr. Vaquero en que el término "vicariante" es el más apropiado. Relata casos de enfermos, los cuales aprendieron a hablar por sí solos y en cambio otros que fueron entrenados especialmente sin obtener mayores ventajas; el Dr. Tapia cree que antes de larenquectomizar a un enfermo se le puede decir que no va a perder su voz sino que solamente la va a cambiar mediante un poco de trabajo.

El Dr. Becerril desea decir unas cuantas palabras en relación con el trabajo comentado y el cual encuentra que solamente se refiere a la reeducación de la voz de los enfermos larenquectomizados; pero le quisiera llamar la atención de los que le escuchan sobre otro aspecto de estos problemas que es de primerísima importancia y de una gran aplicación clínica y se refiere a los distintos cambios de voz que concuerdan con tipos especiales de padecimientos de la laringe, los cuales muchas veces podrán ser suficientes para establecer un diagnóstico aun

antes de hacer la exploración física; es muy esencial la voz del ronco por laringitis catarral diferente del ronco por un pólipo, del ronco por un tumor y así pues piensa que en este orden de ideas sería muy interesante hacer un estudio de clasificación de estas modalidades del funcionamiento laríngeo por procesos patológicos.

Finalmente el Dr. Andrade contesta los comentarios; agradece que hayan tenido interés de comentar su trabajo y contesta en orden las distintas preguntas que se plantearon. Por lo que respecta al sitio de producción de las vocales, expresa que se ha comprobado que se producen en la boca, la laringe sólo emite el sonido fundamental; y en los ventrículos laríngeos se producen los otros sonidos complementarios que forman el timbre junto con el sonido fundamental, esto se comprueba por la sección del hipogloso cuando se han seccionado los hipoglosos, la laringe permanece íntegra pero no pueden hablar, no pueden emitir ningún sonido por la parálisis, y en cambio cuando el enfermo pierde su laringe éste puede pronunciar las vocales, lo cual demuestra lo anterior. A continuación se refiere al término "Voz de vicario" y quiere indicar especialmente el tono de voz peculiar que hacen los oradores sagrados en sus discursos para dar el énfasis que necesitan; dichos oradores quedan con una afonía terrible para toda su vida y ya no pueden emitir otra voz que no sea en tono vicario que se hace en las falsas cuerdas bucales.

Respecto al uso del estravoscopio para completar los estudios de la voz, confiesa que no lo menciona en su trabajo ni en otros trabajos anteriores por tratarse de un método de exploración de laringe y que hay otros muchos métodos para estudiar la vibración de las cuerdas bucales. Por lo que respecta a la reeducación de la voz considera que es un capítulo de gran interés y que sería motivo de un trabajo y de muchos trabajos para poder abordar el tema de la reeducación de la voz en una forma satisfactoria.

Está de acuerdo completamente con el Dr. Becerril para continuar estos estudios y hacer una clasificación de las diversas disfonías, que no ha visto esta clasificación en ningún libro, solamente cita a Mulonqué por haber tratado este tema aunque sin tratar de hacer clasificación.

A continuación el Dr. Carlos Tapia no presenta el trabajo que estaba en la orden del día y lo substituye por una Historia Clínica de un caso tratado por él.

Después de poner en consideración a la Asamblea sobre la anomalía en el curso del trabajo para esta sesión, se concede se haga en la forma indicada y se le pide al Dr. Carlos Tapia que estando uno de los familiares del caso clínico que se va a tratar no lo haga en pre-

sencia de él y gentilmente le suplique nos espere en el salón siguiente.

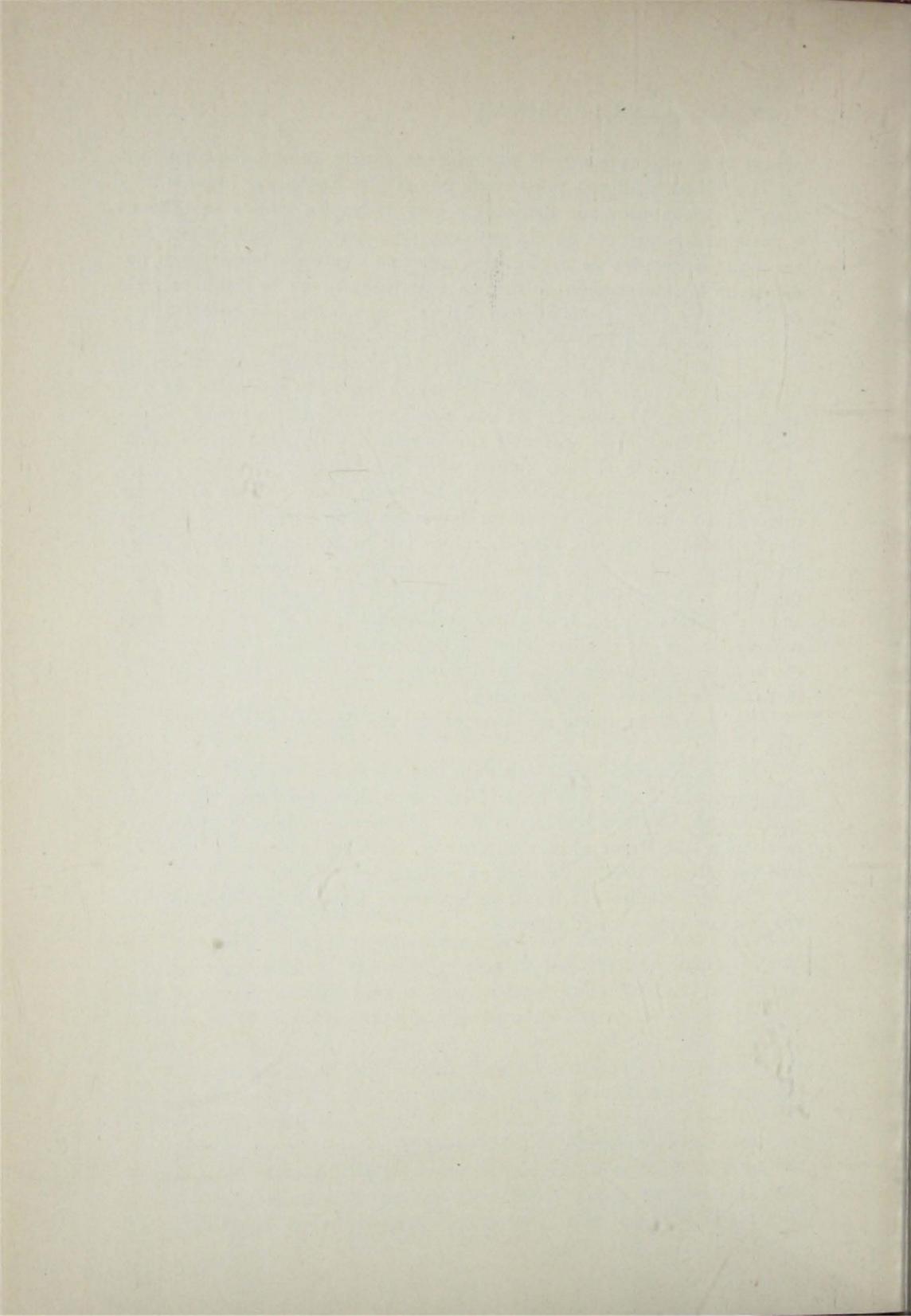
La Historia Clínica presentada por el Dr. Tapia, dió lugar a muy amplios comentarios por distintos socios, todos los cuales se refieren a posibles diagnósticos en el caso pero sin poder confirmarlos por faltar algunos detalles de exploración principalmente de laboratorio; comentaron la intervención quirúrgica practicada o sea la traqueostomía practicada en el enfermo y hasta alguno propuso que ese enfermo fuera trasladado a un Hospital de aquí, de la Capital.

El Dr. Carlos Tapia explica que las condiciones económicas de la enferma del lugar en donde se encuentra que es la población de Tullancingo, Hgo., la distancia de esa población y sus numerosas ocupaciones no permitieron presentar tan completo y detalladamente como él hubiera querido el caso clínico, pero que lo creyó de interés y de algún provecho para los asistentes a la sesión dado que por el tiempo que empleó en el caso de esta enferma, no pudo presentar el trabajo que se había anunciado. Pide disculpas por presentar el trabajo sobre las rodillas, que promete presentarlo completo y a máquina así como informar a la Sociedad en la próxima sesión de la evolución del presente problema clínico. Indica que se permitió traer al familiar porque además de ser un familiar lejano del enfermo considera que ya tiene cierto ánimo preparado pues ha atendido de padecimientos similares a otros dos familiares que fallecieron.

Se pasa al 4o. punto de la orden del día denominado asuntos varios.

El Dr. Ricardo Tapia recuerda que ya se aproxima el Congreso Panamericano y cree que como Mexicanos debemos hacer algo para que nuestro País sea representado en la Habana, vuelve a mencionar la circular que desde el mes anterior se trató en la sesión y rectifica una vez más los precios de viaje en avión y los Hoteles.

Sin otro asunto que tratar se levantó la sesión a las veintidós horas con cuarenta y cinco minutos.



EXTRACTOS BIBLIOGRAFICOS

PAPILOMA LARINGEO: UNA REVISION DE 109 CASOS CON UN INFORME PRELIMINAR DE LA TERAPIA CON AUREOMICINA.

Por P. H. HOLINGER; K. C. JOHNSTON; G. C.—Anison. Chicago. Ill. E. U. A. *Annals of Oto-Rhino-Laryngology*. LIX: 547, June '50.

El artículo se basa en le estudio de 109 casos de papiloma laríngeo vistos en los últimos 15 años (1935-1950) en The Childre's Memorial Hospital, Research and Educational Hospitals of the University of Illinois College of Medicine y en el St. Luke's Hospital de Chicago.

Puede considerarse como una monografía donde se hace una revisión de la literatura, principalmente de los trabajos bien conocidos de Crowe y Breitsten, de New y Erich, de Ferguson y Scott, de Broyles y de Infield.

Exponen que los factores etiológicos del papiloma laríngeo son: Virus filtrable, irritación crónica y un agente hormonal. La transplatación de un papiloma por medio de una agente filtrable y de la respuesta a la aureomicina apoyan la primera teoría. Las lesiones similares que se presentan en cualquier parte del cuerpo, principalmente las verrugas plantares causadas por irritación local, apoyan la segunda teoría. La desaparición frecuente de los papilomas en la pubertad, la ausencia de papilomas durante cada uno de los tres embarazos y la recidiva o reaparición al reanudarse la menstruación en una de las pacientes y los resultados alentadores con los estrógenos, apoyan la tercera teoría.

Se discute la histopatología de la papilomatosis. Se aclara que no existe diferencia entre la infantil a la adulta a pesar de que existe una diferencia clínica.

Los síntomas son: cambio de voz, ronquera progresiva que llega a la afonía y los cambios respiratorios y de obstrucción respiratoria gradualmente progresiva, con tos, estridor, disnea, cianosis y asfixia.

Cambios de la personalidad y fenómenos de compensación tales como hiperglobulia se ven en casos muy crónicos sin tratamiento.

El diagnóstico se hace por laringoscopia directa e indirecta confirmada por la biopsia.

Se discuten varias formas de tratamiento.

Se reconoce que el tratamiento más frecuente y aún más efectivo es la extirpación con pinzas a través de laringoscopia directa.

La aplicación local de podofilina en dos pacientes, causaron al parecer una proliferación de los tumores.

Se hace un reporter preliminar sobre el tratamiento con aureomicina. Se ideó éste tratamiento debido a la especificidad de éste agente quimioterápico hacia las infecciones por virus. 7 niños de 1 a 9 años recibieron aureomicina siguiendo a la extirpación con pinzas. Las dosis administradas consistieron de 25 a 50 miligramos. por kilo de peso y por día en dosis divididas en un período de 14 a 21 días. El tratamiento puede repetirse si se considera necesario. La dosis óptima, la duración del tratamiento y el intervalo entre los tratamientos no han sido todavía precisados. Sin embargo, parece que la dosis de 50 mgrms. por K. de peso, por día y durante 21 días, debe llevarse a cabo. *Este tratamiento debe emplearse como coadyuvante de la extirpación con pinzas.*

Los resultados son alentadores pero el lapso de tiempo transcurrido desde la iniciación del tratamiento es tan breve y el número de casos tan corto, que no permiten emitir conclusiones definitivas.

I. B.



DROGAS ANTI-HISTAMINICAS EN EL CATARRO COMUN.

Por HOAGLAND R. J.; Lt. col., DEITZ, E. N.; Capt Myrs, E. W., and COZAND, H. C., Ly. of the Medical corps of the United States Army.

J.A.M.A. 143: 157 (May) 1950.

En éste estudio analítico de las drogas antihistamínicas y su acción contra el catarro común, se demuestra una vez más la necesidad de realizar estudios clínicos minuciosamente controlados para precisar los resultados de los tratamientos de éste padecimiento.

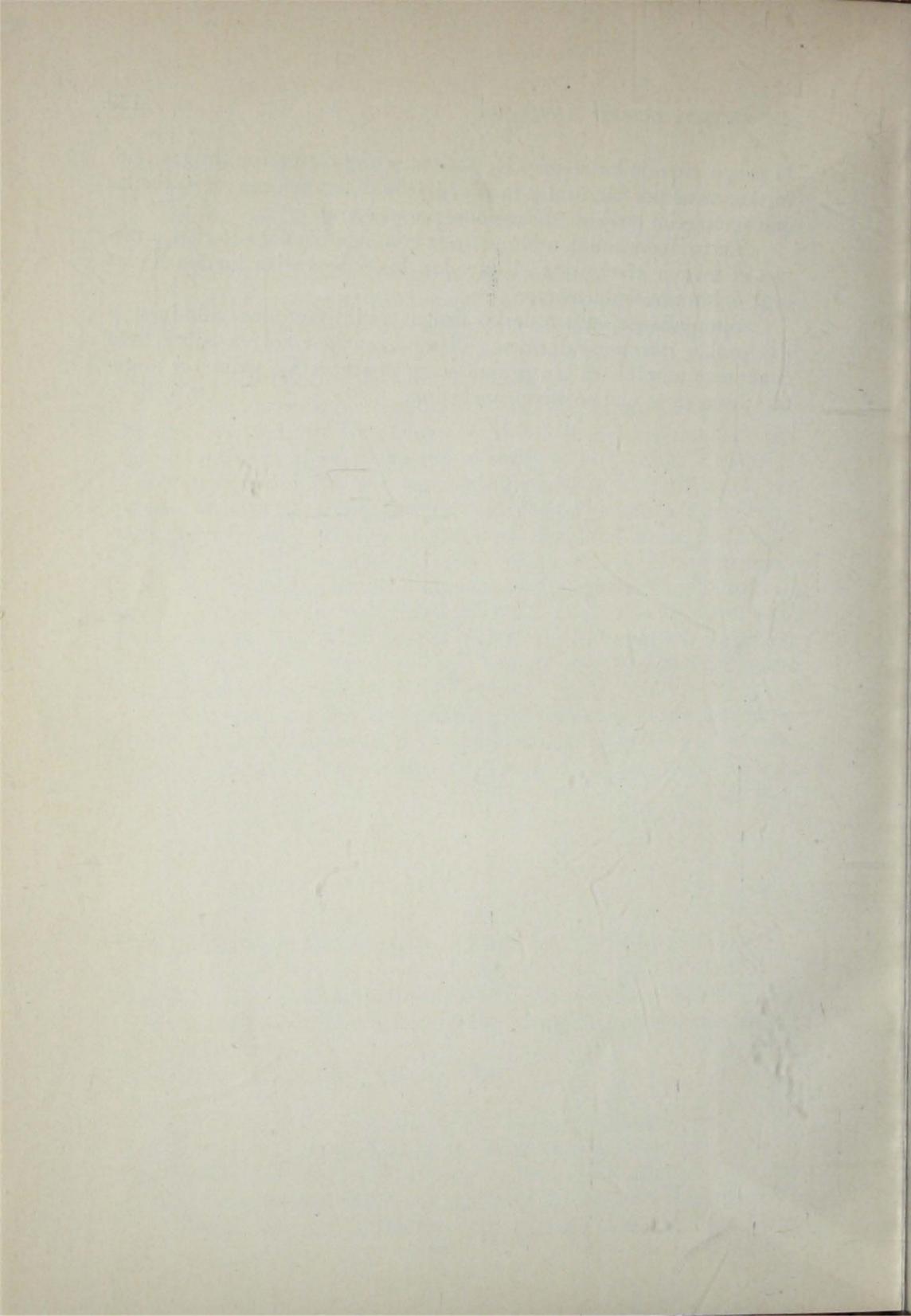
Afirman que no encontraron una diferencia significativa entre

la proporción de curaciones en pacientes que recibieron drogas antihistamínicas por vía oral y la proporción de curaciones en pacientes que recibieron otros medicamentos por vía oral.

La pyribenzamina administrada con nebulizador dió más o menos el mismo efecto que el que dan las substancias inertes dadas oral o intramuscularmente.

Sin embargo, el uso de las drogas antihistamínicas administradas oral o intramuscularmente disminuyen la rinorrea sobre todo cuando se administra tan pronto como aparecen los primeros síntomas; ésto ya es una positiva conclusión.

Dr. I. B.





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

Perhepar

VITAMINADO

HECHO EN MEXICO

RICHTER

Marca Reg.

INGERIBLE

Reg. No. 27352 S. S. A.

Cada ampolleta de 10 cm³ contiene:

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

"Hematopoyético y para la deficiencia de vitamina B1"

PRODUCTOS GEDEON RITCHER (América) S. A.

Blvd. Miguel Cervantes Saavedra No. 5.

México, 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.

Vía 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.