



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

Marca Reg.

RICHTER

I N G E R I B L E

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 RICHTER (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

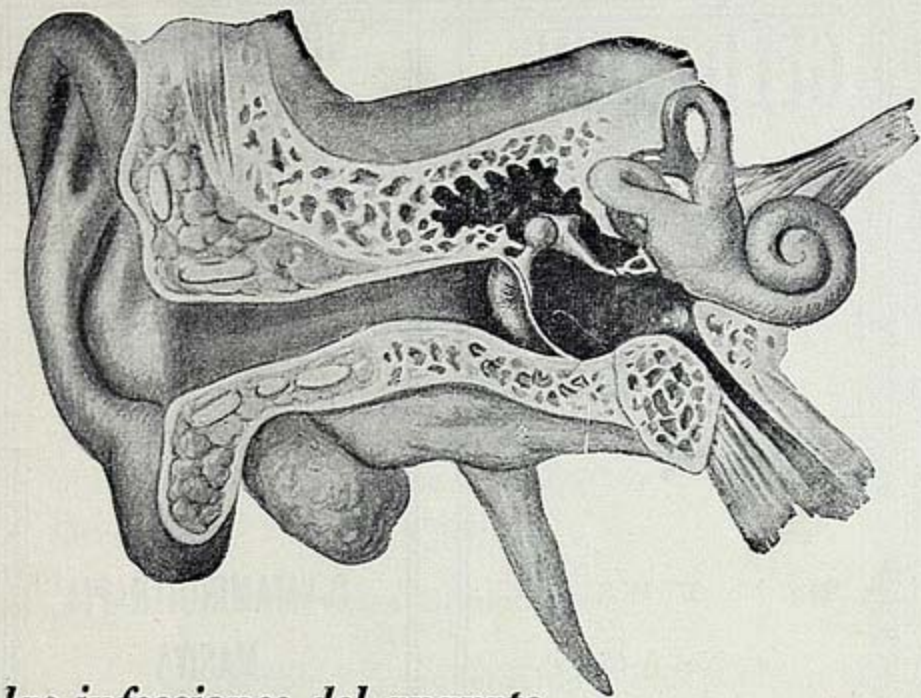
TERAPIA INFANTIL, S. A.

Cía. Elaboradora de Medicamentos y Alimentos Exclusivos para Niños.

Querétaro 131.

Prop. No. H-1.

México, D. F.



*en las infecciones del aparato
respiratorio superior*

“Los casos que hemos tratado de bronconeumonía, otitis media, amigdalitis, sinusitis y laringotráqueobronquitis respondieron . . . rápidamente a la Terramicina”.

Potterfield, T. G. y Starweather, C. A.;
J. Philadelphia General Hosp. 2:6 (enero) 1951.

CLORHIDRATO DE TERRAMICINA CRISTALINA

*Se suministra en diversas formas de dosificación oral,
intravenosa, y tópica.*

Pfizer

REGS. NO. 35925 S. S. A. 36722 S. S. A. 37263 S. S. A. 37284 S. S. A.
38087 S. S. A. 31648 S. S. A. 33902 S. S. A. 31644 S. S. A.

LABORATORIOS PFIZER, S. A.

F. de Alva Ixtlixochitl No. 45B, Mexico 8, D.F.

Distribuidores del

Mayor Productor de Antibióticos del Mundo

Terramicina • Penicilina • Estreptomina • Dihidroestreptomina • Combiótico

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS.

PROP. NO. A-PF-121/62 S. S. A.

GELOTRICYL

Tópico Antibiótico para

Uso Quirúrgico

Exclusivamente.

Reg. No. 37694 S. S. A.

Prop. No. A-658/51.

Literatura exclusiva

para Médicos.

LABORATORIOS

J. C. THOME, S. A.

Apdo. Postal No. 1398

México, D. F.

NUEVA SINERGIA VITAMINICA

ADEROGIL 15

VITAMINA D₂
600,000 U. I.

Vía Oral:

VITAMINA A.
120,000 U. I.

D-VITAMINOTERAPIA MASIVA

STEROGIL 15

VITAMINA D₂
600,000 U. I.

Grupo ROUSSEL, S. A.

Varsovia No. 19
México, D. F.

*"Literatura exclusiva para
Médicos"*

Regs. Nos. 38878

21911 S. S. A. Prop.

A-FI-457/52

PADUTINA^{M. R.}

Hormona circulatoria según Frey y Kraut.

Para mejorar el riego tisular de vísceras y miembros en variados cuadros de patología circulatoria por esclerosis vascular de cualquier tipo, arteritis y tromboangeítis.

Envases Originales:

Cajas con 5 ampolletas de 1 cm.³

(1 cm.³ = 4 Unidades biológicas).

Reg. No. 8983 S. S. A.

**INDUSTRIA NACIONAL QUIMICO FARMACEUTICA,
S. A. de C. V.**



Casa Bayer.

San Juan de Letrán 24

Apartado Postal 45-Bis

MEXICO, D. F.

"Literatura Exclusiva para Médicos" Prop. No. A Ff-253/52

Perhepar **VITAMINADO**

HECHO EN MEXICO

Marca Reg.

RICHTER

I N G E R I B L E

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 RICHTER (América), S. A.

Bld. Miguel Cervantes Saavedra No. 5.

México, D. F.

**IV CONGRESO PANAMERICANO DE OTO-RINO-
LARINGOLOGIA Y BRONCO-ESOFALOGIA**

México, D. F. del 28 de febrero al 4 de marzo de 1954.

Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología

MESA DIRECTIVA

Presidente honorario: Dr. Ricardo Tapia y Fernández.

Presidente: Dr. Andrés Bustamante Gurria.

Secretario Perpetuo: Dr. Luis Vaquero Sánchez.

Secretario: Dr. Isaias Balanzario.

Tesorero: Dr. Daniel Roldán Posada.

SOCIOS HONORARIOS

Socios Honorarios: Dr. Chevalier L. Jackson.
Dr. Paul H. Holinger.
Dr. George E. Shambaugh.
Dr. Daniel Gurria Urgell.

Socios Fundadores: Dr. Juan Andrade Pradillo.
Dr. Pedro Berruecos.
Dr. Andrés Bustamante Gurria,
Dr. Ramón del Villar,
Dr. Daniel Gurria Urgell,
Dr. Gustavo Jeréz Tablada,
Dr. Mario González Ulloa,
Dr. Manuel López y López,
Dr. Federico Molas,
Dr. Walter Reinking,
Dr. Plutarco Torres Luquín,
Dr. Ricardo Tapia Acuña,
Dr. Luis Vázquez.

SOCIOS ACTIVOS DEL DISTRITO FEDERAL

Dr. Abraham Ayala González
Plaza de la República No. 46.
Ciudad.

Dr. Humberto Alcocer
Medellin No. 94-4.
Ciudad.

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

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

Dr. Manuel Arroyo Luyosa.
Medellin No. 94.
Ciudad.

Dr. Andrés Bustamante Gurria
Medellin No. 94-3.
Ciudad.

- Dr. Isaias Balanzardo
Lerma No. 90.
Ciudad.
- Dr. Juan Becerril
Donceles No. 86.
Ciudad.
- Dr. Pedro Berruecos
Medellin No. 94-3.
Ciudad.
- Dr. Javier Castillo Dibildox
Amsterdam No. 259.
Ciudad.
- Dr. Jaime Carrillo Jr.
Medellin No. 86-21.
Ciudad.
- Dr. José Cruz Zambrano
Quintana Roo 1. Desp. 1.
Ciudad.
- Dr. Julio Cueva
Donato Guerra No. 9.
Ciudad.
- Dr. Enrique Culebro
Pachuca No. 51-7.
Ciudad.
- Dr. Oscar Bonilla González
Tabasco No. 332.
Ciudad.
- Dr. Leo Deutsch
Reforma No. 510.
Ciudad.
- Dr. Eduardo Echeverría
Niza No. 6-10.
Ciudad.
- Dr. Alfonso Espinosa Grande Ampudia
Av. Chapultepec No. 178-A
Ciudad.
- Dr. Eligio Esquivel Medina
Londres No. 30 (bajos).
Ciudad.
- Dr. Manuel Fernández Posada
Guerrero No. 2-202.
Ciudad.
- Dr. Máximo García Castañeda
Humboldt No. 17-A
Ciudad.
- Dr. Rafael Gigana
Donato Guerra No. 9.
Ciudad.
- Dr. Armando González Gomar
Dinamarca No. 88-1.
Ciudad.
- Dr. Mario Galindo Hernández
Av. Alvaro Obregón No. 308-5.
Ciudad.
- Dr. Luis González Rentería
Monterrey 47.
Ciudad.
- Dr. Alberto González Valverde
Ciudad.
- Dr. Rafael González Rivas
Av. Alvaro Obregón No. 178.
Ciudad.
- Dr. Mario González Ulloa
Tuxpan No. 20.
Ciudad.
- Dr. Eduardo de Gortari
Bucareli No. 181-1.
Ciudad.
- Dr. Carlos Herrera Garduño
Mora No. 9.
Ciudad.
- Dr. Gaspar Hernández
Madero No. 55-106.
Ciudad.
- Dr. Ricardo H. Villanueva
Ejido No. 37-7.
Ciudad.
- Dr. Gustavo Jeréz Tablada
Tabasco No. 332 (Esq. Oaxaca)
Ciudad.
- Dr. Luis Labastida
Palma Norte No. 405.
Ciudad.
- Dr. Manuel López y López
Regina No. 7.
Ciudad.
- Dr. Roberto L. Sánchez.
Querétaro No. 131.
Ciudad.
- Dr. Benjamin Macías Jiménez
Donceles No. 80 Desp. 3.
Ciudad.
- Dr. Benito Madariaga
Colima No. 211.
Ciudad.
- Dr. Efrén Marín
Orizaba No. 185.
Ciudad.
- Dr. Fernando Meléndez
Insurgentes No. 74.
Ciudad.

- Dr. Rubén Mingram Camargo
Niza No. 6-202.
Ciudad.
- Dr. Vicente Manero
Rosales No. 1. Desp. 105.
Ciudad.
- Dr. Federico Molas
San Juan de Letrán No. 9.
Ciudad.
- Dr. Mario Menoa Treviño
Matamoras No. 508. Altos.
Ciudad.
- Dr. César Ortiz Jara.
Mazatlán No. 192-2.
Ciudad.
- Dr. Angel Pérez Aragón
Río Sena No. 88.
Ciudad.
- Dr. Ernesto Pérez Fuentes
Municipio Libre No. 142.
Ciudad.
- Dr. Guillermo Pérez Villasante
Monterey No. 101.
Ciudad.
- Dr. Rafael Pacchiano
20 de Noviembre No. 82-212
Ciudad.
- Dr. Eduardo de la Parra
Hamburgo No. 49.
Ciudad.
- Dr. Daniel Roldán Posada
Puebla No. 118.
Ciudad.
- Dr. Federico Reyes Rodriguez.
Liverpool No. 62.
Ciudad.
- Dr. Walter Reinking
Paseo de la Reforma No. 458.
Ciudad.
- Dr. Leonardo Silva F.
Humboldt No. 26.
Ciudad.
- Dr. Carlos Tapia Acuña
Tuxpan No. 20.
Ciudad.
- Dr. Ricardo Tapia Acuña
Bucareli No. 85.
Ciudad.
- Dra. Isabel Torices
Diaz Mirón No. 154.
Ciudad.
- Dr. José T. Aguilera
5 de Mayo No. 10-52.
Ciudad.
- Dr. Plutarco Torres Luquin
Chapultepec No. 463.
Ciudad.
- Dr. Rafael Tajero Lapham
Monterey No. 101. Desp. 203.
Ciudad.
- Dr. Carlos Valenzuela Esquerro
Monterrey No. 47. Desp. 201.
Ciudad.
- Dr. Luis Vaquero
Artes No. 150.
Ciudad.
- Dr. Ramón del Villar
Amsterdan No. 295.
Ciudad.
- Dr. Joaquín Zermefio
Av. Hidalgo No. 27.
Ciudad.

LISTA DE SOCIOS ACTIVOS EN LOS ESTADOS

- Dr. Agustín Aguilar Carrillo
Sur 5 y Ote. 4.
Orizaba, Ver.
- Dr. Emilio Bracho Mijares
Alvaro Obregón No. 107 Ote.
Tampico, Tamps.
- Dr. Gabriel Camarena G.
Juárez No. 409.
Guadalajara, Jal.
- Dr. Eduardo Canudas y Orezza
Xicotencatl No. 175.
Ver. Ver.
- Dr. Rodolfo Cortés Ochoa
Av. Morelos No. 87.
Guadalajara, Jal.
- Dr. Héctor Dávalos L.
Edif. "La Nacional". Desp. 405.
Chihuahua, Chih.
- Dr. Antonio de la Maza
Gabriel Leyva No. 40.
San Luis Potosí, S.L.P.
- Dr. Inocencio de Lara
Av. Matamoros No. 636 Pte.
Torreón, Coah.
- Dr. Manuel Flores Castro
Ocampo No. 418.
Guadalajara, Jal.
- Dr. Alberto Gallegos Domínguez
- Dr. Alfonso Garibay Fernández
Hidalgo y Rodríguez
Torreón, Coah.
- Dr. Adolfo Garza
Diego Montemayor No. 716.
Monterrey, N. L.
- Dr. Roberto Garza González
Escobedo No. 607 Sur.
Monterrey, N. L.
- Dr. Jaime Garzón Villanueva
Av. 2 Oriente No. 207-3.
Puebla, Pue.
- Dr. Javier Gómez Orozco
López Castilla No. 420.
Guadalajara, Jal.
- Dr. Marcelino Gómez Orozco
Prisciliano Sánchez No. 407.
Guadalajara, Jal.
- Dr. Carlos Guerra González
Independencia No. 71.
San Luis Potosí, S.L.P.
- Dr. Oliverio Lozano Rocha
Juárez No. 324 Pte.
Torreón, Coah.
- Dr. Gilberto Martínez Cárdenas
Zaragoza No. 308.
Saltillo, Coah.
- Dr. Sixto Martínez Garza
Pino Suárez No. 440 Sur
Monterrey, N. L.
- Dra. Ma. Elena Martínez Ortega
Aramberri No. 1849 Pte.
Monterrey, N. L.
- Dr. Félix Michel
Donato Guerra No. 150.
Guadalajara, Jal.
- Dr. Ángel Quijano
Rayón No. 250 Nte.
Monterrey N. L.
- Dr. José Sánchez Cortés.
16 de Septiembre No. 59.
Guadalajara, Jal.
- Dr. José Vargas Lugo
Blanco. Sur Dto. 7.
Torreón, Coah.
- Dr. Pelayo Vilar Canales
Morelos No. 26.
Pachuca, Hgo.

EN CASOS DE URGENCIA...



**UN
RECURSO
TERAPEUTICO
EFICAZ**

C I B A

DE MEXICO, S.A.

Ahora . . . en dosis
diarias de **un**
gramo
 CLORHIDRATO DE
Aureomicina
 CRISTALINA
lederle

Empleada hasta la fecha en más de 10.000.000 de casos clínicos, pasan de 7.000 las comunicaciones que sobre la aureomicina se han publicado provenientes de todos los campos de la práctica médica mundial. Desde 1949, la tendencia de estos estudios viene confirmando la eficacia de dosis más reducidas de aureomicina, el antibiótico de espectro verdaderamente amplio y actividad verdaderamente uniforme.

El nuevo plan de administración de aureomicina a dosis reducidas:

Dosis	Peso aproximado del paciente	Cantidad a administrarse	Número de dosis cada 24 horas
0,1g diario	8 kilos	Una dosis de 50mg dos veces al día, después de comer	2 dosis
0,5g diario	40 kilos	Una dosis de 250mg dos veces al día, después del desayuno y la cena	2 dosis
		Una dosis de 100mg cada 3 ó 4 horas, después de las comidas	5 dosis
		Una dosis de 50mg cada 2 horas, con leche	10 dosis
1,0g diario	80 kilos	Una dosis de 250mg cada 4 horas	4 dosis
		Una dosis de 100mg cada 2 horas	10 dosis
1,5g diario	120 kilos	Una dosis de 250mg cada 3 horas	6 dosis



... un timbre de honor

LEDERLE LABORATORIES DIVISION Cyanamid INTER-AMERICAN Corporation
 49 WEST 49th STREET, NEW YORK 20, N. Y.

Representantes exclusivos en México

LABORATORIOS LEDERLE, S. A.

Reg. Nos. 33913, 35921, 36010 S. S. A.

Eric. 24-71-67.

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

A N A L E S

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Y BRONCOESOFAGOLOGIA

REDACCION
BUCARELI No. 85
Teléfono: 12-84-77

ADMINISTRACION
MEDELLIN No. 331.

MEXICO, D. F.

V EPOCA OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1952 NUM. 16

DIRECTOR:
Ricardo Tapia Acuña

GERENTE:
Dr. Luis Márquez

S U M A R I O:

Rinitis Vasomotora.—Por el Dr. ANDRES BUSTAMANTE GURRIA.	131
Consideraciones Sobre el Signo de Schwabach.—Por el Dr. RAMON DEL VILLAR.	137
La Intubación Abierta en la Amigdalectomía Modificación a la Técnica de Philip Ayre.—Por el Dr. VICENTE GARCIA OLIVERA	143
La Cirugía del Esófago.—Por el Dr. T. HOLMES SELLORS.	153

S U B S C R I P C I O N E S

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

**IV CONGRESO PANAMERICANO DE OTO-RINO-
LARINGOLOGIA Y BRONCO-ESOFALOGIA**

México, D. F. del 28 de febrero al 4 de marzo de 1953.

TRABAJOS ORIGINALES

Rinitis Vasomotora *

*Dr. Andrés Bustamante Gurria
México, D. F.*

En la práctica rinológica nos encontramos frecuentemente ante enfermos que se quejan de obstrucción nasal, acompañada por lo común, de secreción mucosa o mucopurulenta la cual sale a las narinas o a la rinofaringe. El diagnóstico puede ser sencillo si encontramos que se trata de un proceso infeccioso de los senos o de una sinusitis alérgica del tipo del asma de los henos, o de un proceso mixto alérgico e infeccioso acompañado o nó, de pólipos, etc.

Otras veces, quizá la mayoría estamos frente a pacientes que presentan una mucosa nasal roja o pálida, o las dos cosas a la vez; tanto ello como los cornetes, pueden estar edematizados en grado variable. En enfermo nos dice que su nariz se encuentra más o menos obstruida en diferentes horas del día.

A este cuadro le llaman los rinólogos rinitis vasomora y lo tratan en las más diversas formas que posible es imaginar, incluyendo las resecciones de cornetes y la piroterapia. Sabido es que el septum nasal solo por excepción es recto; sin embargo se le atribuye sin razón la responsabilidad del proceso y se le sacrifica inutilmente ya que el enfermo por lo general, continúa igual o peor que antes de la operación, aún cuando ésta haya sido perfectamente ejecutada.

Si rinitis vasomotora llamamos a las modificaciones vasculares de la nariz no tendríamos realmente a qué llamar rinitis vasomotora, pues todos los procesos nasales, sean infecciosos, alérgicos irritativos etc., van acompañados de modificaciones vasculares.

Lo común, es que este nombre se aplique a aquellos padecimientos nasales cuyo sintoma principal es la reacción vasomotora y cuya causa se desconoce. Yo creo que debemos considerar en un grupo definido, los padecimientos nasales cuyo principal sintoma es la reac-

* Presentado en la 2a. Reunión Bi-Anual de la Sociedad Méx. de O. R. L. y B. E.

ción vasomotora, pero no atendiendo solamente a la intensidad de ésta ya que puede ser mucho más acentuada en casos de rinitis de otra índole, alérgica por ejemplo: sino teniendo en cuenta otros datos capaces de identificarlas y reunir las en un grupo con caracteres específicos.

Podemos sintetizar el cuadro en la siguiente forma: Se llama rinitis vasomotora a aquellos trastornos nasales, cuyo sintoma más aparente son cambios vasomotores originados por un factor que se encuentra en el organismo. Trastornos que no están ligados a un fenómeno antígeno-anticuerpo y que actúan probablemente por medio del simpático.

Creo que con estas características si podemos hablar de rinitis vasomotoras y entendernos de manera clara.

Las condiciones que he puesto para que un cuadro pueda ser titulado como rinitis vasomotora señalan:

- 1o.—Que los fenómenos vasomotores sean el sintoma más aparente, pero no forzosamente el más intenso.
- 2o.—Que la causa, se encuentre en el individuo mismo, con lo cual se eliminan todas aquellas causas extrañas, tales como: gérmenes, virus, antígenos, traumatismos, etc.
- 3o.—Que los trastornos vasomotores no estén ligados a un fenómeno antígeno-anticuerpo con lo que queda claramente expuesto que no se trata de un fenómeno alérgico, sea extrínseco o intrínseco.
- 4o.—Que se trate de un mecanismo de inestabilidad vasomotora por desequilibrio vago-simpático.

Aceptamos que la rinitis vasomotora tiene como substratum un desequilibrio vasomotor. El equilibrio está regulado por el simpático cervical. La mayor parte de la inervación nasal, viene a través del ganglio esfenopalatino, que es un motor visceral que regula los reflejos secretorios y vasomotores. Este ganglio está formado por sus elementos propios, por las fibras del V y las de los Petrosos Profundo Mayor y superficial Mayor. Según Blier X las fibras del V y las del P. P. Mayor solamente atraviesan el ganglio, mientras que las del P. Superficial Mayor terminan en él y forman sinopsis con las células del ganglio (placa).

Las fibras del P.P. Mayor vienen de neuronas postganglionares del ganglio cervical superior a las mucosas nasal y lacrimal sin interrupción y las del P. S. M. son fibras preganglionares que vienen del núcleo salival al ganglio esfenopalatino.

Las fibras simpáticas son vasoconstrictoras, adrenérgicas y de umbral de estimulación alto; las parasimpáticas son vasodilatadoras, secretorias, colinérgicas o histaminérgicas y de umbral de excitación bajo.

Después de la interrupción del simpático cervical, se presentan: hiperhemia, hinchamiento de la mucosa, hipersecreción y obstrucción nasal. Estos síntomas puede observarlos en otro tiempo cuando hice estelectomías a veces acompañadas de simpatectomías pericarótidas, para tratar de mejorar a los enfermos de neuritis óptica, retinitis pigmentaria, hipertensión, ozena, etc. En estos últimos llegué a ver la mucosa a tal grado congestionada que sangraba.

Por otra parte Gardner y sus asociados aseguran que si se reseca el P. S. M., la nariz se pone pálida y seca. En un enfermo operado por el Dr. Robles, esta modificación en la mucosa se presentó y duró varias semanas.

Mucho se ha discutido la participación del V en el ganglio esfenopalatino. Desde hace tiempo estamos habituados a hablar de neuralgias esfenopalatinas, a la manera de Sluder y de neuralgias del vidiano. No me extendo en consideraciones sobre esto, por no estar en relación con el tema y sólo señalo la fuerza del hecho: algunas neuralgias de la cara desaparecen con la anestesia sobre el ganglio esfenopalatino.

Todas aquellas causas que ocasionen un desequilibrio en el balance simpático-parasimpático de la nariz, podrán dar lugar al cuadro de rinitis vasomotoras. Estas pueden ser mecánicas, glandulares, nerviosas y psicósomáticas.

Rinitis vasomotoras de origen mecánico.—En este grupo están considerados todos aquellos trastornos nasales ocasionados por modificaciones vasculares cuyo origen es la excitación de la mucosa nasal misma o de las ramas nerviosas que por allí pasan. Excitación que puede provenir de deformaciones nasales, tumores, pólipos, etc.

De largo tiempo es conocido el hecho de que algunos trastornos nasales caracterizados por obstrucción e hipersecreción ceden al eliminarse un espolón del septum nasal o una formación polipoidea.

Fenómenos espasmódicos de la nariz, así como bronquiales, son debidos en algunas ocasiones a excitaciones mecánicas de la mucosa nasal. Este conocimiento nos ha llevado a insistir en el estudio de la nariz en todos los enfermos con espasmos bronquiales.

Se ha dicho que en el asma la espina irritativa se encuentra en la nariz, y realmente es cierto; pero como en todos nuestros problemas médicos no podemos pensar, ante cuadros tan complejos, en una sola

causa, más aún cuando sabemos que no es ella la más frecuente. Lo importante es tener en cuenta que un proceso irritativo nasal puede ser la causa de trastornos espasmódicos bronquiales y de fenómenos vasomotores en la nariz.

Rinitis vasomotora de origen glandular.—Probablemente no existe médico que no haya tenido la oportunidad de oír a alguno de sus enfermos quejarse de trastornos nasales en relación con su vida sexual. Así algunas mujeres nos cuentan que tienen catarro cada mes, bien sea precediendo a la menstruación o bien sea durante la misma.

Una de ellas me explicaba: cada mes sufro un encierro de tres días en mi casa, no debido a la menstruación, sino al catarro tan terrible que convierte mi nariz en una llave abierta por la que chorrea agua sin cesar.

Son muchas las mujeres embarazadas que consultan al rinólogo por hipersecreción y obstrucción nasal. Su curación coincide con el parto. En algunas las molestias existen solamente los primeros meses.

En algunos animales se puede reconocer el ciclo sexual por los cambios en la mucosa nasal, mejor que por cualquier otro medio. En algunos animales la nariz se congestiona durante la época del ciclo.

En la sintomatología de los padecimientos del tiroides pueden existir rinitis vasomotoras que se manifiestan ya sea por secreción y obstrucción o por resequedad nasal según el caso, pero estos últimos síntomas pasan generalmente inadvertidos dada la importancia de los otros. La rinitis vasomotora por insuficiencia o hiperfunción tiroidea es más frecuente de lo que se cree y de lo que se diagnostica. La falta de diagnóstico se debe a que no existen otros síntomas de insuficiencia o hiperfunción de esos que llaman la atención del clínico y por los que diagnosticamos padecimiento tiroideo. El metabolismo y la cantidad del colesterol no son datos concluyentes en los grados iniciales. La mayoría de las veces se trata de personas que tienden a la obesidad y cuyo metabolismo desde el punto de vista del laboratorio, lo mismo que la química sanguínea, son normales. En estos casos es natural que dudemos, pero en la práctica se puede ver mejorar al enfermo notablemente si recetamos tiroides o yodo.

Algunas rinitis atróficas se asocian a padecimientos endócrinos y mejoran con el tratamiento. Existen teorías en relación con la ozena que afirman su etiología glandular, el error estriba en llamar ozena a todas las rinitis atróficas. Es fácil comprender que las rinitis vasomotoras pueden conducir a trastornos atróficos de la mucosa nasal.

La experiencia que se ha obtenido con el uso immoderado de la cortisona y el ACTH nos han enseñado como mejorar algunos cuadros atróficos de la mucosa, como mejorar algunas rinorreas y como empeorar otras. Es este un vasto campo de investigación en el campo O. R. L. desde muchos ángulos.

Seguramente que en otros trastornos glandulares podrán observarse rinitis vasomotoras; pero en esto no tenemos ninguna experiencia.

RINITIS VASOMOTORAS QUE ACOMPAÑAN A PADECIMIENTOS DEL SISTEMA NERVIOSO.

Las lesiones que alcancen directamente las vías simpáticas nasales o los padecimientos del sistema simpático en general, tendrán naturalmente un exponente nasal. Este tipo de padecimientos en la nariz es conocido desde hace mucho tiempo, pero se le ha tratado de una manera empírica; casi siempre recetando a los enfermos atropina o eserina. En este grupo de trastornos vasomotores están los catarros llamados nerviosos.

Este es uno de tantos aspectos en que el rinólogo tiene que salir del rinoscopio si quiere hacer el diagnóstico correcto.

En el síndrome II de Sluder se describen fenómenos vasomotores que podrían ser debidos a lesiones del ganglio esfenopalatino.

Creo que dentro de algún tiempo podremos disponer de estudios microscópicos y fisiopatológicos del ganglio esfenopalatino que aclaren muchas de nuestras actuales interrogaciones sobre la rinitis vasomotoras.

Rinitis vasomotoras de origen psicossomático.

Lo más de moda en Medicina en los últimos años ha sido la Medicina Psicossomática y su expresión máxima en el campo de O. R. L. nos la ha presentado el libro de T. H. Holmes, H. Goodell, S. Wolf y H. G. Wolf, titulado "The Nose" An experimental study of reactions within the nose in human subjects during varyng life experiences.

Aún cuando los autores tratan de las modificaciones que sufre la nariz en diferentes circunstancias experimentales y ante estímulos varios, la parte más importante es la que se refiere a los cambios que sufre la nariz: cantidad de secreción, volúmen y color de la mucosa resultado de diferentes conflictos con resentimiento, frustración, ansiedad, angustia, hostilidad, etc.

Es muy sugestiva la afirmación de los autores antes citados, de que el contenido de células del moco nasal puede cambiar cuantitativa y cualitativamente en relación con los trastornos psicósomáticos.

Entre nosotros, el Doctor Roberto Sánchez hace tiempo que sostiene que las rinorreas y sinusitis que acompañan a la dentición, pertenecen a este campo.

S U M A R I O

Trátase de circunscribir el capítulo de rinitis vasomotora a un grupo de trastornos nasales y se dan sus características.

Se analiza el mecanismo fisiopatológico de la rinitis vasomotora con especial referencia al ganglio esfenopalatino.

Se hacen consideraciones en relación con las rinitis vasomotoras de origen glandular, las que acompaña a trastornos del sistema nervioso y las que se encuentran en los trastornos psicósomáticos.

Consideraciones Sobre el Signo de Schwabach *

Dr. Ramón del Villar.
México, D. F.

En un archivo de cartas audiométricas se encuentran hechos muy significativos que nos obligan a hacer algunas reflexiones.

Las curvas de conducción aérea y de conducción ósea son, en sujetos normales, casi siempre paralelas y sensiblemente superpuestas en las frecuencias medias y se hallan entre las líneas de 10 y 5 decibeles regularmente; en un oído con sordera de conducción, artificial o patológica, la curva de conducción aérea ha caído bajo los niveles normales y la curva de conducción ósea se conserva en su sitio, pero no sube; en un oído con sordera de percepción o mixta, ambas curvas caen; pero no hay un sólo cuadro audiométrico en que una lesión auditiva de una curva de conducción ósea que se eleve sobre lo normal.

Es bien sabido que en el estudio con diapasones hay tres pruebas clásicas: la de Rinne, la de Weber y la de Schwabach. Esta última, perfectamente conocida de Uds., se originó cuando D. Schwabach de Berlín, en 1885, publicó críticas a las pruebas de Rinne y de Weber, imponiendo la suya propia (1). La definición que de ella encontramos en la mayor parte de los textos coincide sensiblemente, para muestra tomamos la de Becerril, quien dice: "Prueba de Schwabach. Esta prueba resulta de la comparación de la percepción cráneo-timpánica en el sujeto sano y en el enfermo. Por ejemplo, un sonido que es percibido durante 26" se percibirá más largo tiempo, 35 a 40" si hay una lesión del aparato de transmisión, es el Schwabach prolongado. Si hay una lesión del laberinto que debilite al nervio, al contrario, la percepción no será más que de 10", es el Schwabach disminuido (2). Los autores franceses, norteamericanos y alemanes más o menos dicen lo mismo (Steurer (3); Ballenger (4); Morrison (5); Castex y Loubet-Barbon (6); Wolf (7); Escata (8); etc. por no citar sino algunos).

Lederer (9), ya apenas menciona el alargamiento y define a la prueba diciendo: "En esta prueba se anota el tiempo que el sonido se

* Presentado ante la 2a. Reunión Bi-Anual de la Sociedad, Méx. de O. R. L. y B. E.

oye por el hueso. Se evita el elemento fatiga separando momentáneamente el diapasón de la frente y volviendo a colocarlo. Es entonces posible determinar cuando la conducción ósea está "apreciablemente acortada", "moderadamente acortada", "muy acortada" o "ligeramente acortada" y estas expresiones dan una idea más definida que la simple expresión en segundos que la audición del diapasón está acortada o *alargada*...

Hall (10), en cambio, ya definitivamente no menciona el alargamiento y nos dice lo siguiente: "Esta prueba tiene un doble propósito. Se hace para diagnosticar la sordera nerviosa no únicamente en los casos en que ésta es la causa única de un defecto auditivo, sino también para determinar si existe cierto grado de sordera nerviosa en aquellos casos en que se sufre sordera obstructiva. La prueba se efectúa como sigue: el diapasón vibrando se coloca sobre el apófisis mastoide del enfermo, en cuanto éste deja de escuchar el diapasón, se cambia sobre el mastoide del examinador y si este puede escuchar el diapasón, se dice que la prueba de Schwabach en el enfermo está acortada. Esta prueba presupone...etc."

Realmente yo me inclino por ésto último y me he preguntado siempre porqué puede estar el Schwabach alargado? Si tal ocurriera realmente, deberíamos de estar en presencia de este fenómeno: un individuo con lesión pura del oído medio, presenta un Rinne negativo, ésto es lógico y no precisa de mayores explicaciones; tiene el Weber lateralizado al lado enfermo, lo que también es fácil de entender dado que las vibraciones llegarán más fácilmente al centro nervioso de captación y si se evita el reflujo acústico, según la teoría de Mach (11) y, por último, presentarían un Schwabach *alargado*, o lo que es lo mismo, tiene una mayor, y por lo tanto mejor, conducción ósea; pues bien este enfermo en la prueba acumétrica eléctrica con tonos puros, presenta caída de la curva de la conducción aérea y conservación de un nivel normal, *no más alto*, de la curva de la conducción ósea, o sea que su percepción por vía ósea es normal, *pero no mejor que lo normal*.

Se han tratado de dar diversas explicaciones a la mejoría de la conducción ósea, explicando a un tiempo los signos de Weber y Schwabach y se ha caído en un error.

En efecto, leemos en Marx (11), a quien cito textualmente: "Primero la cuestión: cómo se explica que una lesión de transmisión sonora se oiga por conducción ósea mejor que con un aparato de conducción sonora normal? En este hecho se apoya el Schwabach prolongado, y en gran parte, por lo menos, el Weber lateralizado".

"Para explicarlo se han lanzado diversas teorías (Bezold, Politzer, Brünings y otros), cuya descripción nos llevaría muy lejos. La

más sencilla y clara se hace por la teoría del desagüe de los sonidos de Mach".

"Mach admite que el sonido, lo mismo que desde el aire penetra en el laberinto por el conducto auditivo externo, podría inversamente llegar desde el laberinto, a través del conducto auditivo, al exterior. Si se produce la afluencia del sonido al laberinto desde los huesos de la cabeza, a causa del reflujo, podría ocurrir normalmente que, a través del conducto auditivo, se perdiera una parte de la fuerza viva del sonido que, para influirle, llega al laberinto. Si el reflujo está dificultado, queda retenido en cierto modo más sonido y entonces su influencia sobre el laberinto es más intensa".

Aun cuando la teoría de Mach no se ha demostrado con certeza, físicamente explicaría la lateralización del Weber y en todo caso una prueba modificada de Schwabach haciendo la comparación en el mismo enfermo en el supuesto de que sólo tuviera un oído enfermo y éste vendría a ser exclusivamente la prueba de Rinne, pero en modo alguno explica la prolongación de la percepción ósea en el Schwabach, haciéndola clásicamente comparando con un explorador sano, pues eso último sería falso.

Fácil es hacer la comprobación, y en efecto, nunca, ni obstruyendo artificialmente el meato auditivo externo, ni en las otitis medias adhesivas, ni en la generalidad de las otoesclerosis hallamos una curva audiométrica con conducción ósea supernormal.

No obstante, si tenemos en cuenta que de acuerdo con Fowler (12), los sonidos por conducción ósea alcanzan la coclea a través de los tejidos en continuidad con la periferia del cráneo, es decir, llegan también a través del conducto auditivo externo, del timpano y de todas las estructuras del oído medio en forma de vibraciones que accionan el mismo aparato que las vibraciones llegadas exclusivamente por el aire, entonces la conducción ósea representa, en parte conducción ósea y tisular y en parte conducción aérea. Si se tiene en cuenta que las vibraciones aéreas hacen presión en el oído interno por medio del hundimiento de la platina del estribo que transmite dicha presión al fluido de la rampa coclear y de la media lo que mueve la membrana bacilar, para continuar su viaje de vibración hasta llegar a ser lanzada nuevamente al exterior por vía de la membrana de la ventana redonda comprendemos que el estribo y la membrana de la ventana redonda se mueven en fases opuestas durante la audición por conducción aérea. En la conducción ósea la presión de los sonidos es transmitida por vibraciones a través de la cápsula laberíntica y al penetrar causan ondas en todo el contenido, por tanto la endolinfa de ambos lados de la membrana basilar se afecta por igual y entonces ocurre que tan-

to el estribo como la membrana de la ventana redonda se mueven en la misma fase, o sea que cuando el estribo hace saliente la membrana timpánica secundaria también sale y si ésta, al volver a su posición normal, se hunde la platina también se hunde; de aquí que si ambos movimientos son iguales sólo habrá muy ligeros movimientos de la membrana basilar y, por tanto, escaso o nulo estímulo sobre el órgano de Corti y poca o ninguna percepción de sonido. Pero ocurre que bajo condiciones normales existe una diferencia marcada en la cuantía de la movilidad del estribo y de la membrana de la ventana redonda, siendo la de ésta, en términos generales cinco veces mayor que la del estribo.

Ahora bien, de lo anterior se deduce que en condiciones normales, moviéndose libremente ambas ventanas, los sonidos por conducción ósea hacen vibrar correctamente la basilar con la debida excitación del Corti y son percibidos normalmente; pero si está disminuida la movilidad en la ventana redonda más consagrada en la oval, habrá menores movimientos de la basilar, menor excitación del órgano de Corti y menor percepción auditiva. En el caso de la oclusión total de la ventana redonda, pero persistiendo la movilidad de la oval, entonces habrá todavía una pequeña diferencia que permitirá el movimiento ligero de la endolinfa con excitación disminuida del órgano de Corti y disminución, por consiguiente, de la percepción del sonido. Pero si la ventana oval se fija y persiste una libre movilidad de la membrana de la ventana redonda, entonces se aumenta la amplitud del movimiento de diferencial de las dos ventanas con el consiguiente aumento de las ondas de la endolinfa que traerá mayor movilidad de la membrana basilar y mayor excitación del órgano de Corti y aumento de la percepción del sonido por conducción ósea.

Por tanto, en los casos de fijación exclusiva de la platina del estribo, sin otra lesión del oído medio e integridad absoluta de la membrana de la ventana redonda, así como funcionamiento perfecto de la porción nerviosa ósea comprobable audiométricamente y sería el único caso en que existiera signo de Schwabach *alargado*.

En todos los demás casos una exploración correcta demostrará que el signo de Schwabach físicamente sólo podrá estar acertado o no estarlo, pero de ninguna manera podrá estar prolongado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—SCOTT STEVENSON R. y GUTHRIE D.—A History of Oto-Laryngology. E. & S. Livingston Eds. Edimburgh, 1949.

- 2.—BECERRIL JUAN.—Tesis Escuela Médico Militar. Exploración del Oído. 1924.
 - 3.—STEURER OTTO.—Enfermedades del Oído, Nariz y Garganta. Trad. española. Edit. Labor 1948.
 - 4.—BALLENGER.—Otology, Rhinology and Laryngology. Lea & Feber Eds. 1947.
 - 5.—MORRISON.—Diseases of the Ear, Nose and Throat. Appleton Eds. 1948.
 - 6.—CASTEX A. et LOUBET-BARBON F.—Traité de Chirurgie. Fascicule XVIII Oto-rhino-laryngologie. Baillieres et Fils Eds. Paris 1909.
 - 7.—WOLF G. D.—Ear, Nose and Throat. J. B. Lippincott Co. Eds. 1947.
 - 8.—ESCAT E.—Technique Oto-Rhino-Laryngologique. Maloine et Fils Eds. Paris 1921.
 - 9.—LEDERER, F. L.—Diseases of the Ear, Nose and Throat. F. A. Davis Eds. Philadelphia 1942.
 - 10.—HALL, I. SIMSON.—Diseases of the Nose, Throat and Ear. E. & S. Livingston Ltd. Eds. Lendon 1949.
 - 11.—MACH citado por MARX HERMAN.—Manual de Enfermedades del Oído. Traduc. española. Espasa-Calpe, Eds. 1944.
 - 12.—FOWLER, E P.—Medicine of the Ear. Chap. XI. T. Nelson & Sons. Eds. New York, 1939.
- ◆

La Intubación Abierta en la Amigdalectomía Modificación a la Técnica de Philip Ayre *

Dr. Vicente García Olivera.
S. M. A.

Consideraciones de orden general.—La amigdalectomía constituye un procedimiento delicado desde el punto de vista operatorio y en relación con su riesgo anestésico; tal intervención ofrece contingencias muy dignas de valorarse debidamente interpretadas, lo que afortunadamente ya ha sucedido, tanto en el ánimo de los Cirujanos generales, como en los de los Oto-rino-laringólogos y Anestesiólogos. El peligro de la anestesia y de la hemorragia inmediata o tardía se toman en cuenta con un interés digno de la importancia que representa para la vida del paciente.

La Anestesia general, comunmente hablando contiene un grupo de agentes y métodos aplicables a la práctica de esta intervención; solamente que la idea actual de su empleo deberá basarse en las condiciones particulares órgano-funcionales de cada enfermo a tratar; siempre desde el punto de vista del balance del riesgo anestésico frente a las condiciones especiales del candidato a tratar. La práctica de esta anestesia ofrece contingencias que merecen ser señaladas: Espasmos bronquiales y laringeos, acompañados de obstrucción mecánica por escurrimiento sanguíneo hacia el tracto respiratorio inferior. Todos estos fenómenos representan grados distintos de hipoxia, manifestados por fases variables de cianosis que no son bien tolerados por el paciente, especialmente tratándose de niños menores de 10 años cuya susceptibilidad respiratoria es manifiesta. Estas circunstancias, al descuidarse, pueden producir complicaciones inmediatas o tardías, entre ellas: neumonías por bronco-aspiración, atelectasias, bronco-neumonías, abscesos pulmonares, etc.

Frente a estas circunstancias, consideramos que la amigdalectomía representa riesgos de distinto orden; desde el punto de vista quirúrgico, el riesgo queda reducido a la posibilidad de hemorragia inmediata y tardía; esta posibilidad queda reducida al mínimo a través de

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

lograr una hemostasia quirúrgica adecuada, lo que algunos autores consideran el tiempo más importante de tal intervención; en cuanto a la posibilidad de hemorragia tardía, ella puede obedecer a factores intrínsecos sanguíneos de orden médico; pero también previsibles o tratables.

En cuanto a la Anestesia, ella ofrece riesgos de mayor cuantía siempre relacionados a la vida del enfermo y a un conjunto de alteraciones funcionales, potencialmente presentes en el curso de la intervención y sumado a esto, la posibilidad de complicaciones laringo-traqueo-bronco-pulmonares, las cuales deben fundamentalmente prevenirse o en su defecto tratarse racionalmente de acuerdo con el agente causal productor. En el ánimo de cirujanos oto-rino-laringólogos y de anestesiólogos deberán existir estos principios a fin de prevenir en suma de esfuerzos estas contingencias que redundarán en disminuir el riesgo operatorio-anestésico en los enfermos quirúrgicos candidatos a esta intervención.



Experiencia evolutiva en diferentes procedimientos anestésicos.—

Con el deseo de disminuir los riesgos en la práctica de la anestesia general en la amigdalectomía, en un periodo de 10 años, hemos experimentado los distintos métodos que en diferentes épocas han estado en uso frecuente, en una gran diversidad de pacientes sometidos a tal intervención. Durante el periodo de 1941 a 1946 hemos utilizado la técnica del barboteo directo del éter con el gancho vaporizador de los aparatos Tompkins y Yankahuer, aplicado a la comisura labial (1). El barboteo de vapores de éter en forma intensa y sostenida a través de todo el procedimiento operatorio se empleó rutinariamente en un buen número de casos. Este procedimiento en niños menores de 5 años, con mediana hipertrofia amigdalina; con índice de robustez mediano nos proporcionó buenos resultados y niveles anestésicos apropiados; en cambio, en niños de mayor edad (6 a 10 años), con mayor índice de robustez y caracteres de tipo digestivo ofreció grandes dificultades para alcanzar niveles adecuados de anestesia. En la mayor parte de los casos en los cuales se empleó tal procedimiento llegó a observarse un aumento en la irritabilidad laringo-traqueo-bronquial con reacciones espasmódicas intensas y un gasto de vapores anestésicos muy alto; aumento considerable de la actividad secretora laringo-traqueal con grados variables de cianosis e insuficiente permeabilidad respiratoria. La recuperación, en la mayor parte de los casos se rea-

lizó con lentitud. Se observaron algunos casos de bronquitis intensas de carácter séptico, atribuidas a la aspiración bronquial de secreciones: moco, pus, sangre; ninguno de estos casos llegó a ser fatal desde el punto de vista de la vida del paciente.

Con el deseo de eliminar estas circunstancias de reacciones espasmódicas intensas y lograr un nivel más uniforme anestésico-quirúrgico, recurrimos posteriormente a la técnica de la insuflación naso-faríngea de vapores de éter (2), en cuya experiencia se incluyeron un buen número de casos realizados en el periodo 1947-49.

El procedimiento, que no es nuevo ha consistido fundamentalmente en utilizar los mismos equipos de barboteo con aire u oxígeno que permite la conducción de los vapores a través de una sonda blanda de Nélaton insertada en la naso-faringe y cuyo extremo distal llega a la hipo-faringe, difundiendo en forma más directa los vapores del éter a través de tráquea hacia el árbol respiratorio, evitando en forma considerable la acción pungente de los vapores que en el método de barboteo con el gancho oral llenaban la buco-faringe con una pérdida mayor de anestésico. Con este último procedimiento de insuflación naso-faríngea, los vapores anestésicos se concentran más fácilmente por una ruta más directa, anatómica y funcionalmente hablando; el consumo de anestésico es menos con poca acción irritante sobre el trayecto respiratorio inferior. En estos casos se observó una menor actividad secretora y menor tendencia a laringo y bronco-espasmo, sumándose a todo esto un nivel anestésico más uniforme, mejor silencio laríngeo con una respiración de menor esfuerzo.

Los mejores resultados se obtuvieron en niños menores de 5 ó 6 años, observándose mayores dificultades en el sostenimiento anestésico de niños de más de 6 años, a pesar de la premedicación adecuada y de efecto óptimo de ella.

Al observar el panorama de casos verificados con las técnicas anteriormente descritas descubrimos que hay un sinnúmero de circunstancias que funcionalmente para el enfermo no habían llegado a garantizarse en forma útil y sobre todo en niños mayores de seis años en los cuales las re-infecciones amigdalinas predisponen a hemorragias operatorias de mayor cuantía; presentan fenómenos de mayor irritabilidad refleja en aparato respiratorio, predisponen a mayores contingencias de aspiración de sangre, moco y pus; por tales circunstancias nos inclinamos al empleo de la intubación preferentemente a la ruta naso-traqueal en circun'o cerrado; experiencia última que fué iniciada hace cinco años. Hemos empleado ciclopropano-éter-oxígeno, respectivamente como elementos de inducción y sostenimiento, con fil-

tros de cal sodada apropiados al tamaño del paciente, con calibre de tubos adaptables, sin excederse al diámetro traqueal. En más de 50 casos recurrimos al método de intubación naso-traqueal ciega, es decir, sin el recurso de laringoscopia directa; pero en casos subsecuentes, ante el deseo de disminuir el trauma, hemos recurrido a la intubación naso-traqueal mediante laringoscopia directa y sin pinza conductora, con buenos resultados sobre todo en niños de 7 a 12 años o más. En estos casos iniciales hemos comprobado las ventajas que se atribuyen comunmente a los métodos de intubación: Permeabilidad respiratoria con mayor oxigenación; disminución considerable de reacciones espasmódicas en tracto respiratorio; eliminación de la posibilidad infectante y obstructiva del tracto respiratorio superior al inferior; disminución de sobrecarga de bióxido de carbono en el circuito. Esas ventajas comprobadas resaltan frente a los casos en que por razones de cronicidad amigdalina hay mayor cuantía de hemorragia; en estos casos la intubación traqueal protege contra la invasión de sangre del sitio operatorio. Concretando las ventajas observadas y comprobadas, podríamos establecer que estos procedimientos de intubación naso-traqueal permiten mantener una condición respiratoria funcionalmente permeable, con una vía franca para la adecuada oxigenación; filtración voluntaria del excedente de bióxido de carbono en el circuito respiratorio de sistema cerrado; a mayor abundamiento, este método impide en casi su totalidad el escurrimiento de sangre hacia vías respiratorias bajas que en otras condiciones de distinto método era común observar.

La intubación naso-traqueal en la amigdalectomía ofrece una serie de ventajas señaladas; pero siendo circuito cerrado, ya sea con filtro circular o en vaivén (to and fro), la fijación del exceso de CO₂ no siempre se logra en forma satisfactoria pues los espacios muertos del propio circuito retienen una proporción considerable de tal elemento, produciendo una taquipnea que en ocasiones llega a ser acentuada; a esto se agrega cierto tiraje laringo-traqueal acompañado de movimientos contráctiles del músculo constrictor de la faringe, con mayor movilidad traqueal; acentuado esto a su vez por resistencia respiratoria en un circuito naso-traqueal y prolongado a través de el o los tubos de respiración cerrados en los aparatos de anestesia por gases. En el adulto estas circunstancias son menores en su resistencia pues en ellos la intubación se practica con tubos de mayor calibre y respiración suplementada en mayor oxígeno, disminuyen estas situaciones.

El deseo de mejorar funcionalmente las condiciones del paciente pequeño en el curso de este método han nacido de las observaciones señaladas y sin perder de vista el punto primordial de garantía para

el paciente, en seguida la comodidad para el cirujano, y por último, la comodidad para el anestesiólogo; razones que nos han inducido al empleo de la intubación abierta con el dispositivo en T, diseñado originalmente por PHILIP AYRE y al cual le hemos practicado alguna pequeña modificación.



Método de Ayre en la intubación.—En términos generales la intubación está contraindicada en niños menores de un año a causa de que el catéter aunque puede ser insertado en una tráquea pequeña o delgada no posee un lumen suficientemente amplio para permitir una respiración fácil en el niño. La técnica fué originalmente descrita por PHILIP AYRE en 1937 (3), destinándola inicialmente a niños muy pequeños con intubación abierta; en un principio su uso se limitó a operaciones prolongadas en la reconstrucción del labio hendido y en fisuras palatinas. Estas operaciones fueron antes practicadas con el método de Junker o sea con insuflación por bombeo manual o por medio de anestesia endotraqueal cerrada con protóxido de nitrógeno y oxígeno más éter. Ambos métodos presentan desventajas; con el método de Junker, el control de las vías es pobre; frecuentemente el peligro de aspiración de sangre hacia la tráquea siempre existe y el nivel adecuado de anestesia es difícil de obtener y sostener.

La Anestesia endo-traqueal cerrada es fatigante para el paciente de corta edad, particularmente la intervención se prolonga y sumado a esto, como Ayre ha señalado, causa mayor congestión capilar, aumenta el escurrimiento y pérdida sanguínea del sitio operatorio.

TECNICA (4).—Ayre buscó vencer estas desventajas a través de permitir respiración abierta y en vaivén con el aire exterior; pero al mismo tiempo utilizando las ventajas de la intubación endotraqueal. El dispositivo es simple y la técnica no es complicada. El equipo consiste en una pieza metálica tubular en forma de T; un ángulo metálico adaptado al tubo endotraqueal, longitudes segmentadas de tubo de hule para conexiones y tubos naso-traqueales de Magill de calibre adecuado. La rutina empleada por Ayre es primero anestésiar al niño con éter con el método de goteo abierto hasta que se instale adecuada profundidad anestésica que permita la intubación sin trauma. Originalmente Ayre ha preferido la ruta oral mediante laringoscopia directa; el tubo es insertado en la tráquea en una longitud de 0.5 a 1.5 cms. a partir de cuerdas vocales; el extremo del tubo procedente de la

boca, deberá situarse a nivel de la arcada dentaria, insertando el pequeño codo adaptador o pieza angular en el lumen proximal del tubo a fin de evitar obliteración o compresión; el extremo distal de la pieza angular es conectado en una longitud de 2.5 cms, mediante un tubo grueso de hule a uno de los extremos largos de la pieza en T; al otro extremo correspondiente a esta pieza se le agrega un tubo de hule de 25 cms. de longitud y de 11 a 15 mm. de diámetro; el extremo distal de este tubo está abierto al aire exterior y permite la respiración libre en sus dos sentidos (vaivén). En el pequeño tubo vertical o perpendicular de la T se le agrega un tubo de hule que conducirá oxígeno con vapores de éter de cualquier aparato útil para este propósito.

Cuando el aparato ha sido ajustado, la pieza angular se fija con tela adhesiva en el mentón del niño y la pieza en T desciende para fijarlo. El tubo distal de hule se encuentra bajo las compresas en tal posición que el extremo de salida esté libre y que el anestesiólogo pueda oír la respiración.

Nosotros hemos diseñado y fabricado un tubo metálico en T cuya rama perpendicular es del mismo calibre y longitud que las dos restantes en tal forma que los calibres son de ocho a doce milímetros; uno de los extremos se conecta al adaptador angular del tubo endotraqueal y el otro extremo recibe la corriente directa de los vapores anestésicos; al vertical se le agrega un tubo grueso de material plástico con una longitud de diez a doce centímetros. Por medio de la obturación intermitente digital se controla la concentración anestésica en el tiempo inspiratorio y expiratorio según las necesidades; la oxigenación puede aumentarse rápidamente por este mismo tubo.

USOS Y VENTAJAS.—El método de Ayre ha probado decididamente ser ventajoso para el labio laporino y la fisura palatina; en niños en los cuales es necesario un tubo endotraqueal en virtud de que el esfuerzo respiratorio disminuye y se previene la hipoxia. En los niños pequeños en los cuales ha sido empleado este método generalmente se recuperan rápidamente al finalizar la intervención; cantidades mínimas de éter son requeridas para el mantenimiento. oPdrá ser necesario al principio borbotear o burbujear el oxígeno a través del éter, pero después de unos treinta segundos la concentración puede ser reducida al mínimo como sucede en el sistema cerrado en la intubación clásica. La corriente de oxígeno usualmente requerida varía de 1.5 a 3 litros por minuto.

Nosotros hemos empleado este procedimiento en amigdalecto-

mías en niños cuyas edades han oscilado entre cinco y catorce años, con resultados satisfactorios, encontrando ventajas importantes, tales como: mayor permeabilidad respiratoria, menor esfuerzo en la respiración, menor movilidad laringea.

CASUISTICA. — En un periodo de dos años consecutivos (agosto de 1949 hasta agosto de 1951) hemos empleado este último procedimiento con resultados halagadores en una serie de 287 amigdalectomías, distribuidas según edades en la forma siguiente.

<i>Edad</i>	<i>Casos</i>
5 a 6 años	52
6 a 7 años	152
7 a 9 años	40
10 a 12 años	43

La mayor proporción corresponde a niños entre seis y siete años de edad; el menor número a niños entre siete y nueve años. En todos ellos se emplearon como premedicación los barbitúricos en relación a su edad, peso e índice de robustez y sólo en cinco casos se adicionó la atropina. En doscientos de ellos, la hipnosis barbitúrica fué por enema y en ochenta y siete fué por vía oral.

La intubación naso-traqueal se practicó en doscientos ochenta y dos casos con el auxilio de la laringoscopia y sólo en cinco casos se practicó con el método ciego. Una vez intubado el paciente se adaptó el tubo en T con las conexiones descritas.

CONCLUSIONES OBTENIDAS CON EL USO DEL DISPOSITIVO DE AYRE MODIFICADO

Con el empleo de este método se han encontrado algunas ventajas de importante utilidad para el paciente entre las cuales se cuentan las siguientes: Permeabilidad y prolongación respiratoria más amplia que la correspondiente al diámetro en la escala de tubos endotraqueales; escape libre al ambiente exterior, que permite amplia entrada de aire y eliminación rápida de cantidades excedentes de CO₂ sin necesidad de fijación a través de cal sodada; menor esfuerzo respiratorio; mayor tranquilidad laringo o-traqueal, con frecuencia respiratoria normal; ausencia de taquicardia; menor calentamiento del circuito respiratorio y por tanto menor pérdida de líquidos por transpiración; factor este último que en los niños presenta mayor importancia y disminución de espacios muertos con sus ventajas consiguientes.

Esta modificación al método original ha permitido también con-

vertirlo en valvular a través de la obturación alternante del tubo perpendicular o de escape a fin de concentrar rápidamente el nivel anestésico.

Estos datos constituyen valores importantes hacia el método de la intubación abierta de Ayre, que en años recientes no había sido utilizado precisamente en la amigdalectomía sino en operaciones de cráneo, fisuras palatinas y labios leporinos.

Los datos señalados en este tipo de anestesia son de utilidad y dignos de verificarse en la práctica usual de la Anestesiología.



R E S U M E N

La Anestesia general en la amigdalectomía, principalmente en los niños ofrece particularidades importantes, lo que obliga a considerarla en sus verdaderos riesgos y desde un punto de vista más fisiológico en beneficio para tales pacientes.

Los métodos de insuflación buco-faríngea en general, han proporcionado resultados medianos al través de estadísticas importantes en las clínicas de oto-rriño-laringología; en niños menores de 4 años estos métodos ofrecieron poca seguridad, lo que obligaba al cirujano especialista a la práctica rápida de esta intervención; en tales circunstancias se descuida en ocasiones una correcta revisión y hemostasis del lóculus amigdalinos; la incidencia de hemorragias inmediatas o tardías ha sido mayor; la tranquilidad laríngea no siempre se lograba en forma satisfactoria. En estas circunstancias, los fenómenos defensivos traqueo-brónquicos constituían factores accidentales que al producirse en forma intensa disminuían la ventilación pulmonar, produciendo estados de hipoxia.

Las posibilidades de bronco-aspiración de sangre, moco y pus estaban patentes en todo el curso de esta intervención como factores de complicación hacia el árbol respiratorio.

Se hace revisión de la técnica de insuflación naso-faríngea mediante sonda blanda que a través de la naso-faringe llega a situarse en la hipo-faringe, lo que permite una insuflación más directa hacia las vías respiratorias inferiores. Este procedimiento disminuye la acción pungente de los vapores anestésicos, aminorando un gasto inútil de anestésicos. La técnica ha producido buenos resultados en niños de edades cortas (2 a 4 años) y sobre todo cuando el tipo de inserción de amígdalas no ofrece grandes adherencias y por tanto

menor cuantía hemorrágica; sin embargo, tal método no disminuye o asegura contra la aspiración de elementos sépticos, ni permite una respiración libre y tranquila en la mayor parte de los casos; aunque si se logra una disminución considerable de los laringo y broncoespasmos, lo cual, comparado, con el método anterior ya constituye una ventaja importante.

Se ha intentado disminuir o eliminar todas estas contingencias de los niños de estas edades, practicando la intubación nasotraqueal en circuito totalmente cerrado; pero en la mayor parte de estos casos se advierte una gran resistencia respiratoria, a pesar de acortamiento de espacios muertos; esto se debe en parte al circuito cerrado, a la sobre carga de CO₂ y a reducido calibre de los tubos apropiados para estas edades lo cual produce tiraje laríngeo, en ocasiones intercostal y cualquier pequeña cantidad de moco es capaz de disminuir al máximo la permeabilidad respiratoria y por tanto, la oxigenación adecuada a la cual se agrega un acúmulo mayor de CO₂.

El circuito cerrado, en estas intubaciones practicadas en niños de dos a cuatro años no parecen ajustarse a una fisiología respiratoria adecuada. La introducción de la sonda naso-traqueal por la persistencia mayor de adenoides en estas edades, constituye un incidente de traumatismo y hemorragia concomitantes.

Con el deseo de acercarnos a métodos de mayor garantía en los aspectos señalados hemos escogido y practicado el método de la intubación abierta de PHILIP AYRE, el cual originalmente presenta un escape directo y continuo de anestésicos, mayor gasto de ellos y por tanto, dificultades en mantener una concentración y niveles anestésicos uniformes, además de una rama vertical de un calibre menor que el resto de la pieza en T, lo que constituye la corriente de alimentación.

Actualmente, con las modificaciones señaladas en el método creemos haberlo mejorado, agregándole la facilidad de convertirlo en valvular, disminuyendo espacios muertos, aumentando calibres convenientes para disminuir la resistencia respiratoria en sus dos tiempos y concentrar en mayor proporción la cantidad de anestésicos en forma más rápida y constante.

Todas estas ventajas, en la modificación, las hemos comprobado a través de su uso en la casuística presentada, seleccionando casos cuyas edades han oscilado entre cinco y doce años. Los resultados han sido dignos de tomarse en cuenta a través de los casos tratados.

A pesar del reducido calibre del tubo endo-traqueal, este se amplía con el aditamento en T que desde mayor calibre (8 mm). El tubo

vertical de exhalación, permite al paciente eliminar casi íntegramente el excedente de bióxido de carbono, lo cual favorece una entrada franca del aire exterior, una corriente espiratoria de eliminación y por lo tanto situación respiratoria de mejor capacidad.

El calentamiento del circuito respiratorio prácticamente no existe, lo que impide una pérdida de líquido, factor de importancia en cirugía infantil. Durante el acto operatorio, la presencia de espasmos laringo-traqueo-bronquiales queda eliminada con niveles adecuados de anestesia quirúrgica. A través del tubo vertical puede practicarse la oxigenación complementaria, tan intensa como lo exija la condición del paciente y puede además agregársele válvula espiratoria y sustituirla con la obliteración digital intermitente. La inmovilidad laringo traqueal permite lograrse fácilmente con este método lo cual favorece una revisión más adecuada del lóculo amigdalino y una hemostasis final más minuciosa. El tubo endo-traqueal in situ asegura la imposibilidad de aspiración de elementos sépticos de la cavidad bucal. Consecuentemente el empleo de la intubación abierta de Ayre modificada, proporciona ventajas y seguridades mayores a las señaladas en otros métodos, lo que nos anima a continuar su uso, buscando situaciones quirúrgicas más fisiológicas que redundan en beneficio directo para el cirujano.

BIBLIOGRAFIA

- (1).—Dr. VICENTE GARCIA OLIVERA.—“La Anestesia General en la Amigdalectomía en los niños”. Trabajo presentado al Primer Congreso Nacional de Anestesiología. México. Noviembre de 1946.
- (2).—Dr. VICENTE GARCIA OLIVERA.—“La Insuflación Naso-Faríngea en la amigdalectomía”. Trabajo presentado a la Sociedad Mexicana de Anestesiología. 1949. A la Sociedad Mexicana de Oto-rino-laringología. 1949. Y a la Sociedad Médica de la Cruz Roja Mexicana. 1949.
- (3).—J. JOHN LUNDY.—Clinical Anesthesia. Intra-Traheal or Endo-Traheal anesthesia (Ayre Method) Pgs. 473-76. Ed. 1942.
- (4).—AYRE PHILIP.—Endotracheal anesthesia for babies with special reference to here-lip and cleft-palate operations Anesthesia and Analgesia. (Nov-Dec. 1937.



La Cirugía del Esófago

Dr. T. Holmes Sellors.

Introducción.

El cáncer del esófago es una de las enfermedades más lamentables que puede sufrir el ser humano. La constricción gradual del paso de los alimentos que poco a poco va impidiendo que el enfermo degluta, conduce al final a una muerte por inanición. Se pensaba antes que era un tumor de marcha lenta y que la muerte por el cáncer mismo sería pospuesta por largo tiempo, siempre que el factor inanición pudiese vencerse. Desde el advenimiento de la cirugía mayor en este padecimiento se ha demostrado que lo anterior era erróneo y que la enfermedad puede tener todos los signos de un cáncer activo, con metástasis ganglionares que ocurren dentro de un periodo de tiempo corto. En épocas anteriores el enfermo no vivía por un tiempo suficientemente largo para que estas metástasis ocurriesen.

Desarrollo del tratamiento.

Los intentos iniciales tendían a mantener abierto el paso a través del tumor, por medio de tubos o por medio de sustancias digestivas, tales como la tripsina, y cuando menos lograr el paso de líquidos, si no era posible el paso de sólidos.

El uso de los tubos de Soutter y de Symón se ha abandonado, pero ellos permitían una paliación y lograban que algunos enfermos viviesen sus últimos días con más comodidad que si no se emplearan esos medios.

La gastrostomía como medio de alimentar a los enfermos, ha sido una práctica común por muchos años, pero es una operación que tiene una alta mortalidad, y la situación ulterior del enfermo es terriblemente deprimente. El enfermo prefiere pasar cualquier riesgo deglutiendo por la vía natural que tomar su alimento por un tubo puesto en el estómago.

Algunas esperanzas se mantuvieron acerca de la radioterapia, pero tampoco éstas llegaron a una realidad; sin duda que alguna regresión del tumor es posible y algunos enfermos degluten mejor des-

* Trabajo presentado ante las Sociedades Científicas de México.

pués del tratamiento, pero en general no ha habido mejoría permanente que pueda atribuirse a esta forma de tratamiento.

Esto no quiere decir que la radioterapia deba excluirse de todas formas de tratamiento, sino que no puede ser usada con la esperanza de obtener una curación permanente.

Esto deja entonces solo los intentos de extracción del tumor por la cirugía. Estos intentos de excisión se han hecho por cierto número de años, pero solamente hasta hace cinco o seis años es que se han referido éxitos que no fuesen solamente casos aislados. La presente forma de cirugía está dando resultados que pueden compararse justificadamente con los del tratamiento del cáncer en otras partes del cuerpo. En otras palabras, algunos éxitos pueden referirse, así como fracasos, pero tales éxitos pueden verse muy favorables en comparación con la enfermedad desesperada, cuando nada se hace.

La conservación de la continuidad, y es con este fin que la mayoría de los modernos procedimientos quirúrgicos se realizan.

La dificultad de la excisión de cualquier tumor del esófago es la restauración de su continuidad; el tubo muscular extendido a lo largo del esófago no puede reunirse si un trecho de más de una pulgada se produce por la operación, y claramente, en cualquier forma de cirugía, se necesita extirpar mucho más que eso. Los intentos quirúrgicos originales se limitaban a quitar el tumor con tanto esófago como fuere necesario y abocar el conducto a la superficie de la piel, después de lo cual podía planearse la reconstrucción de un tubo artificial, sea por el uso de los colgajos de piel, o de movilización de asas de intestino delgado, trayéndolos por debajo de la piel a reunirse al cabo superior del esófago. Esta forma de cirugía probablemente llegó a su punto más alto en el trabajo de Yudin, que principalmente se refería a los estrechamientos causados por sustancias corrosivas, y sin duda fue una forma de cirugía que muchos de nosotros intentamos con éxito, pero en general, no era satisfactoria, porque muchos enfermos morían durante el período de construcción del esófago artificial (procedimiento que requería cierto número de operaciones plásticas). Un procedimiento en el que el estómago es traído subcutáneamente frente al esternón, aun se practica, pero de todas maneras los intentos de excisión con ulterior construcción del esófago son poco recomendables, desde el punto de vista del enfermo.

El ideal es tratar de extirpar el tumor y realizar una restauración de la continuidad, y es con este fin que la mayoría de los modernos procedimientos quirúrgicos se realizan.

Anteriormente el problema era cómo obtener una anastomosis

entre el esófago, que no tiene cubierta serosa, y la parte del tracto alimenticio que sí posee cubierta serosa, y se consideró que una anastomosis o cicatriz de la línea de unión, era impracticable.

Muchos intentos para reforzar la línea de sutura con injertos de epiplón y sustancias artificiales se hicieron, pero la experiencia ha mostrado que con el cuidado debido y atención, una anastomosis siguiendo las técnicas ordinarias, puede realizarse. Una vez que este hecho se ha establecido al fin, todo el aspecto del tratamiento del cáncer del esófago ha cambiado. Ahora aun es considerado practicable y aconsejable realizar una anastomosis paliativa, sin quitar el tumor que ha invadido las estructuras circundantes demasiado extensamente, porque con una anastomosis paliativa, el enfermo será capaz de deglutir con comodidad y continuará con una tolerable existencia, hasta que los efectos del tumor mismo causen la muerte.

Diagnóstico.

El diagnóstico del carcinoma del esófago radica principalmente en la disfagia o dificultad para deglutir. El enfermo posiblemente después de una comida, siente que algo de su alimento se queda detenido en su curso hacia el estómago, y después de este episodio molesto, grandes volúmenes de alimento de ciertos artículos de él, especialmente de pastel o de pescado, parece que no pasan a través del nivel de la obstrucción.

Esta dificultad inicial para deglutir empeora; el enfermo es incapaz de deglutir carne bien masticada y sustancias semejantes. Los alimentos más blandos obstruyen a su vez el paso hasta que el enfermo es solamente capaz de tomar alimentos líquidos, y éstos aun con dificultad. Como resultado de esta disfagia, hay una pérdida progresiva de peso, y el paciente vive aparentemente de líquidos, y habitualmente presenta una marcada pérdida de peso y de su estado general. La palidez y la caquexia del caso avanzado son bien conocidas y es constante un grado considerable de anemia secundaria.

Es interesante notar cómo el enfermo puede precisar el sitio de la obstrucción. Invariablemente podrá señalar con el dedo el punto donde el alimento se detiene. En el caso de un tumor lentamente creciente, los enfermos aprenden a regurgitar el contenido de su esófago y se evitan así las molestias de los alimentos detenidos donde no pueden pasar.

Pero en las formas agudas, los enfermos simplemente degluten los alimentos y por fin les devuelven a la boca sin digerir.

Debe hacerse notar que los enfermos con una obstrucción eso-

fágica no pueden siquiera vomitar, y que durante un viaje por mar pueden estar incapacitados para este acto natural y necesario, aunque desagradable.

Importancia del diagnóstico temprano.

Debería ser posible presentar al enfermo en un período temprano para ser visto por su médico. Porque cualquier interferencia con el acto de deglutir y con la alimentación del enfermo es algo que obliga a una atención temprana y pronta de ella. Desgraciadamente muchos enfermos usan diferentes clases y consistencias de comida con la esperanza de hacerlas pasar, ya que lo que sienten es solo un estorbo temporal.

Los síntomas secundarios ocasionados por la invasión de las estructuras de las cercanías se presentan, pero solo cuando se trata de estados avanzados del tumor. Estos síntomas incluyen tos, por la compresión de la traquea e infección del pulmón, si hay ulceración y aspiración de alimento; la hemorragia de la ulceración de un vaso (erosión del cayado de la aorta) es un desastre bien conocido; la compresión de los nervios y de la columna vertebral, y hasta trastorno del ritmo cardiaco en el caso de un tumor esofágico inferior comprimiendo este órgano.

Diagnóstico radiológico.

La radiología es de los estudios más importantes en el reconocimiento del carácter y forma de la obstrucción, por que no todos los casos de ella se deben al cáncer; pueden ser debidos a otra forma de estrechamiento. Una comida de bario constituye un proceder esencial, y en los casos en que la disfagia ha sido marcada, el bario espeso no debe darse; solo una emulsión delgada y su trayectoria en el esófago debe notarse de modo que la longitud de la obstrucción y cualquiera irregularidad en su carácter se observe. Al mismo tiempo es de valor, si el bario ha sido hecho llegar al estómago, invertir la posición del enfermo, poniéndolo en Trendelenburg para percibir si el líquido refluye hasta el límite inferior del tumor. Este procedimiento no es practicable en todos los casos, pero cuando puede realizarse, proporciona una valiosa información de la longitud de la estenosis. Habiendo pues localizado el lugar de la obstrucción, el paso siguiente del diagnóstico, es la esofagoscopia, que deberá ser llevada a cabo lo más pronto posible.

Esofagoscopia.

La esofagoscopia, a pesar de ser un método rutinario de investigación, deberá ser llevada a cabo por un cirujano experto en ella, ya que hay muchos casos de perforación del esófago, ya sea en su parte superior o en el lugar del tumor por manejo inexperto del instrumento.

Creo que un instrumento flexible con extremo suave, evitaría una gran cantidad de dificultades y peligros, y tan es así, que algunos instrumentos de esa clase están siendo ideados.

En la esofagoscopia es posible examinar el límite superior del tumor, y sobre todo, tomar una biopsia para determinar el carácter y naturaleza del mismo.

La ulceración puede presentarse si el esófago está dilatado y puede haber pequeñas áreas de hemorragia. Algunas veces el tumor presenta el aspecto de masa fungosa; otras veces como un embudo rígido donde las infiltraciones submucosas conducen a la rigidez del tracto alimenticio. Las medidas precisas de la situación del tumor se hacen a partir de los incisivos, y debieran ser siempre registradas y comparadas con los datos obtenidos por el paso del bario, ya que la presión o el peso del bario pueden estirar el esófago y hacer aparecer la altura como dos centímetros más abajo de lo que está en realidad el tumor. Esto es importante al planearse cualquier operación quirúrgica. Al mismo tiempo después de que la biopsia ha sido hecha, es útil tratar de dilatar la estenosis suavemente, de modo que el enfermo pueda ser capaz de deglutir con mayor comodidad, y así nutrirse un poco en el período preoperatorio.

Tratamiento preoperatorio.

Antes de discutir ningún procedimiento quirúrgico, el tratamiento preoperatorio o preliminar de todo paciente debiera ser considerado cuidadosamente, porque muchas dietas preparadas con el mayor cuidado, son de hecho, dietas que producen inanición. Un contenido elevado de proteínas es esencial, ya que ésta es una de las mayores pérdidas ocasionadas por el cuerpo y el uso de productos de caseína hidrolizada ha demostrado ser de gran valor a este respecto. Estas sustancias dadas intravenosamente, son ciertamente capaces de aumentar las proteínas de la sangre, pero tienen la desventaja de producir trombosis venosa en cierto número de casos; cuando al paciente puede deglutir líquidos, es posible ahora obtener esas sustancias en forma tolerable al paladar, de manera que en el preopera-

torio la nutrición del enfermo pueda ser incrementada considerablemente.

Además de estos derivados aminoácidos, las vitaminas, leche, huevos y azúcar, deberán ser dados lo más libremente posible, y las transfusiones de sangre para mejorar la pobreza sanguínea son importantes y mejoran la potencialidad curativa. La cuestión de realizar una gastrostomía y yeyunostomía tendrá también que ser considerada, pero esta decisión deberá ser de acuerdo con el tipo de operación que se planea. Es inútil llevar a cabo una gastrostomía cuyo estómago va a ser movilizado y elevado hacia el tórax para restablecer la continuidad; similarmente una yeyunostomía, a pesar de ser valiosa como método para alimentar al paciente, puede interferir seriamente con el lado abdominal del asa intestinal yeyunal.

De hecho, en el presente es raro que sea necesario practicar cualquier forma de "ostomía" a menos que el enfermo llegue a un estado extremo de desnutrición y su alimentación no pueda realizarse de otro modo.

Tipo de operación.

El tipo de operación depende del sitio del tumor. Si éste se encuentra en la región postericóide o al alcance por el cuello, la operación habrá de hacerse en esta región. Si el tumor está situado a mitad del esófago, en otras palabras, bien dentro del tórax, otro tipo de operación ha de emprenderse, y si está en el tercio inferior del esófago, otra forma aun ha de intentarse. No voy a entrar en detalles sobre los varios y excelentes procedimientos adoptados por otros autores. Solo me voy a referir a mi procedimiento habitual, el cual no tengo razón para cambiar por ahora, puesto que ha sido satisfactorio en los pasados tres o cuatro años. Empezaremos el plan de los tres tipos de operación.

En el tipo de operación por el cuello, en los tumores altos, debemos estar seguros de que el acceso permita por su amplitud descubrir bastante del esófago para cualquier forma de anastomosis; en otras palabras, si el tumor es extirpado, el cabo del esófago, no debe retraerse hacia el tórax, haciéndolo imposible la anastomosis. Se hace un colgajo rectangular que se invierte, y se expone un lado del cuello, habitualmente el derecho.

El esófago es disecado liberándolo de la pared posterior de la tráquea y el colgajo puede arreglarse de manera que pueda hacerse tubular para un intento posible de reconstrucción del trayecto. Para hacer el tubo razonablemente útil, es conveniente considerar la incor-

poración de alguna estructura semi-rígida, tal como la gasa de tantalio, lejos de la superficie cruenta de abajo, y entonces, usando otros colgajos de piel o aun fascia lata, tratar de suturar el borde del tubo. Los esfuerzos de esta forma parecen algo entorpecidos, pero lo importante es que si el cabo inferior del esófago puede ser mantenido en el cuello, de modo que no se retraiga y acarree medistinitis, cualquier fistula pueda ser reparada por operaciones plásticas.

Esófago Medio.—Solo me referiré brevemente a este tipo de operación, porque no ocurre a menudo en nuestra práctica.

La forma siguiente de tumor, es probablemente la más difícil de tratar y nuestro procedimiento ha tenido que sufrir cierto número de modificaciones antes de llegar al estado presente. Tratamos de movilizar el estómago completamente, preservando la irrigación sanguínea epiploica de modo que el estómago no se esfacle, y atraer todo el estómago a través del orificio diafragmático dentro del lado derecho del tórax.

El tórax no es abierto sino hasta que el tiempo abdominal se ha realizado, puesto que nuestra intención es anastomosar el estómago al esófago, arriba de donde se encuentra el tumor, no importa que el cáncer en si mismo sea resecable o no. En otras palabras, si no podemos hacer una operación de excisión, se asegura una deglución cómoda al enfermo, mediante una anastomosis paliativa.

Originalmente tratábamos de explorar el esófago, en todo el tórax y entonces, si era posible reseca, íbamos al abdomen y de vuelta al tórax, moviendo al enfermo tan poco como fuese posible, pero aun así este complicado procedimiento era demasiado para los enfermos en malas condiciones, y hemos abandonado este proceder en favor del que en todo caso asegura una reunión, si acaso es practicable.

Los detalles técnicos son como sigue: El abdomen es abierto por una incisión larga y el estómago es liberado a lo largo de ambas curvaturas, conservando si es posible, las arcadas de la gran curvatura. Los vasa brevia tienen que ser aislados uno por uno, y tomados, y la arteria gástrica izquierda tiene que ligarse de preferencia no muy cerca de su origen, sino cerca de la curvatura menor. El estómago debe ser liberado tan abajo como sea razonable, ciertamente hacia el antro pilórico, pero teniendo cuidado de conservar el vaso epiploico a su salida de la profundidad. Este estómago desvascularizado es, según mi experiencia, viable siempre, y la operación se completa incidiendo el peritoneo alrededor del orificio esofágico y ensanchando la abertura si no es adecuada hasta un tamaño que permita el paso de dos o tres dedos al lado del esófago dentro del mediastino. El abdomen es en-

tonces cerrado. En este tiempo es importante que el enfermo tenga un descanso en un cuarto de hora o veinte minutos para que se recupere de esta parte de la operación. Entonces el enfermo es colocado cara abajo, y al hacer esto es habitual que haya una caída de la presión sanguínea, de modo que la segunda parte de la operación no se emprende hasta que las transfusiones y la adecuada anestesia logren la recuperación de ese descenso.

Entonces se abre el tórax por una incisión larga resecaando generalmente la cuarta o la quinta costillas desde las apófisis transversas hasta la línea axilar. El tórax es abierto y se deja que el pulmón se colapse completamente. He encontrado que la posición prona es preferible a otras, porque el peso del pulmón y del mediastino ensanchan el espacio entre la columna vertebral y las otras estructuras, y hace esto el canal en que yace el esófago más fácilmente visible.

Se divide la azigos entre ligaduras y la pleura mediastínica es incidida. El tumor es disecado cuidadosamente de su lecho y su adherencias a otras estructuras es observada. Es corriente encontrar ganglios invadidos en la cercanía, pero lo más importante es asegurarse de que el tumor pueda disecarse del arco aórtico si está adherido a esta región. En el caso de que el tumor pueda resecaarse y aun si una adecuada liberación de todo el tejido infiltrado no puede realizarse, se justifica la resección más limitada. El esófago abajo del tumor es aislado y gradualmente atraído hacia arriba y al mismo tiempo el estómago es tirado hacia arriba dentro del tórax donde yace como un tubo largo y bulboso. Al entrar el estómago, el esófago es cortado a través y la abertura se invagina (no siempre es posible hacer una unión satisfactoria entre el orificio cardíaco y el esófago arriba del tumor). Una vez que se ha resecaado el tumor, el fondo del estómago es atrido hacia arriba y anastomosado por puntos separados.

En la mayoría de los casos es probable que la unión quede acaso en la base del cuello, de todos modos queda a la altura de la 3a. o 4a. costillas, porque el cabo superior del esófago tiende a retraerse hacia arriba. En general hacemos la unión con dos planos posteriores de suturas interrumpidas; entonces la mucosa es suturada a mucosa con catgut continuo sobre un tubo pasado a través de la anastomosis; después otros puntos invaginan el esófago dentro de las capas serosas del estómago. En esta forma la reunión en forma de "tintero no derramable" puede realizarse y la cicatrización es habitualmente fácil. La dificultad técnica más frecuente es trabajar a extrema profundidad, pero el factor más extenuante es la tendencia de las suturas a cortar a través de las fibras musculares del esófago. Estas suturas deben ser

escalonadas, o sea que no deben estar en la misma línea, de manera que esta tendencia a cortarse se reduce.

Unas cuantas suturas del estómago a la pleura disminuyen esta tensión sobre la unión. Se clausura el tórax sin canalización después de reexpandir el pulmón. El tubo que se había pasado a través de la unión se deja en su lugar por algún tiempo para aspirar el saco gástrico, que tiende a distenderse temporalmente durante los primeros días del postoperatorio.

Complicaciones.

En general, si todas las preocupaciones contra el shock, etc. se han tomado, la convalecencia es sin incidentes, si bien, debe vigilarse con mucho cuidado por la posibilidad de cierto número de complicaciones. La más común es la infección de la pleura, como resultado de la contaminación en el curso de la operación: pero la quimioterapia ha sido de gran valor para prevenir esta frecuente complicación. La formación de fístula en el lugar de la unión ha ocurrido en pocos casos dando lugar a graves dificultades, además del empiema resultante. Las transfusiones sanguíneas, la anestesia moderna y todos los recursos posibles en cirugía se requieren para hacer esta operación en un solo tiempo, si bien, virtualmente sería una operación de dos tiempos. Pero estamos ciertos que es importante no mover al enfermo repentinamente y darle un periodo de reposo si hay dilemas en el curso de la operación o hay una caída de presión debajo del límite de peligro. Estos enfermos a veces tienen dificultad para deglutir, puesto que la movilización del estómago y la pérdida de ambos vagos crean una tendencia a la dilatación gástrica y al piloroespasmó. Esto puede contrarrestarse por la belladona y el eumidrin, aunque en alguna ocasión tuve que abrir el abdomen desafortunadamente, por creer erróneamente que el paso esofágico era muy estrecho.

La recurrencia es obviamente probable si el tumor no se ha extirpado adecuadamente y generalmente ocurre en el lugar de la anastomosis, de modo que más tarde se presentará disfagia como consecuencia. En este caso creemos que es justificada una actitud drástica, pasando bujías para ampliar el paso para obtener algún alivio y en algunos casos hemos usado los tubos de Soutter. En un enfermo en el que fracasamos con este procedimiento, intentamos una yeyunostomía, pero las condiciones desastrosas del enfermo resultaron peores que si no se hubiese hecho nada.

Esófago inferior.

El tercer tipo de operación es la del tercio inferior del esófago. Originalmente intentamos resolverlo por la vía torácica, entrando al abdomen para ensanchar el hiatus esofágico. Esto dió acceso a la parte superior del estómago, que fué liberada y traída dentro del tórax para anastomosis, pero hemos abandonado esta operación para optar por la exposición toracoabdominal que después de la incisión de las capas del diafragma deja la parte inferior del tórax y el abdomen alto francamente abiertos. Con el enfermo acostado sobre el lado derecho, se hace una incisión larga oblicua sobre la línea de las costillas izquierdas 8a. o 9a. desde la línea axilar posterior hácia adelante a través del borde costal y extendiéndose 2 o 3 pulgadas sobre la pared anterior del abdomen.

El diafragma es entonces abierto al abrir la incisión y seccionado a lo largo de sus fibras hacia la abertura esofágica. Los bordes de la sección del diafragma son suturados temporalmente a las costillas de cada lado.

Es de notarse que si una costilla es reseca, es bueno excidir como una pulgada del borde costal sobre el cual se hace la incisión: ésto asegura mejor cierre más tarde. Esto proporciona una enorme exposición que aparece como si el enfermo estuviese dividido en dos al retraer los bordes. Se inspecciona entonces el estómago y entonces se encuentra a menudo que hay ganglios numerosos a lo largo de la pequeña curvatura y sugieren que la diseminación del cabo inferior del esófago ha invadido el estómago en su pared. A menos que una biopsia preliminar haya revelado el origen del tumor, es difícil decir desde luego si el tumor se ha originado en el estómago y ha ascendido al esófago, o ha ocurrido lo contrario. Es también en este lugar que el cáncer de islotes heterotópicos de la mucosa puede ocurrir.

La operación ideal es la excisión por lo menos de dos pulgadas de esófago arriba del tumor y la extirpación del estómago con todos los ganglios que sea posible a lo largo de la curvatura menor y de la arteria gástrica izquierda.

Esta es una operación muy extensa y el estado general del enfermo puede requerir que se realice una operación menos amplia.

La modificación habitual es seccionar el estómago bien abajo del tumor, reseca los ganglios y amputar el estómago en la región del antro pilórico. Fué un error en los primeros casos excidir solo una pequeña porción del fondo, porque a pesar de la suposición de que la irrigación del estómago es satisfactoria, algunas regiones del estómago

ducian a una fistula fatal. Esto no es debido a una irrigación deficiente de parte de los vasos del esófago, sino a una desvascularización de parte del estómago.

Esto se ha confirmado durante una o dos operaciones secundarias en la esperanza de poder reparar la fistula.

Habiendo movilizado y resecaado el área del estómago convenientemente, el esófago es implatado dentro de la superficie anterior del muñón del estómago, usando tanto como sea posible la capa serosa para cubrir e invaginar las capas musculares de la pared esofágica. Cuando se hace sin embargo, una operación radical y todo el estómago se reseca, el duodeno es anastomosado al esófago, o si esto no es posible, el piloro es clausurado y una asa del yeyuno es estraída. Esta puede ser cerrada como una anastomosis terminó lateral, o puede cortarse a través y se realiza una esófagoyeyunostomía con el cabo inferior implantado según el principio de Roux en Y.

A veces es difícil asegurar una longitud de vasos adecuada de los de yeyuno, y si hay que hacer alguna sección de vasos mesentéricos para aumentar la longitud, esto debe hacerse con extrema prudencia.

Al terminar la operación, el orificio diafragmático es cuidadosamente reconstruido alrededor del estómago o del yeyuno, y el tórax y abdomen son clausurados.

Debe pñerse especial cuidado en el cierre del abdomen, porque es en el que a veces ocurre una fusión y reapertura. Esta falla en la cicatrización es habitualmente determinada por la mala condición del enfermo.

No hay que suponer que esta operación de reconstrucción restaura el mecanismo ordinario de la deglución. El esfinter cardíaco, o mejor dicho el mecanismo de cardias se abole y nada hay que pueda evitar el reflujo gástrico al esófago y la inflamación consecutiva. Esta esofagitis puede conducir a ulceraciones, y más tarde a fibrosis y estenosis, de modo que es importante que el enfermo reduzca las posibilidades de ese reflujo. Esto es logrado obligando a los enfermos a dormir sentados y a no ponerse en decúbito. A veces el uso de sustancias alcalinas para reducir la acidez puede ayudar, y el bicarbonato de sodio es muy útil.

Si hay tendencia al espasmo, una bebida caliente al principio y al fin de cada alimento puede evitar las incomodidades, pero aún en el caso de que la operación sea satisfactoria, es descorazonante ver que los enfermos no aumentaron de peso. Es raro encontrar un enfermo que sobreviva un año y no se queje de alguna molestia en el lugar de la

anastomosis y de escaso aumento de peso. Sin embargo, el hecho de que sobrevivan y puedan deglutir, es una compensación de las molestias que la cirugía les ocasiona.

Las complicaciones de estas operaciones son numerosas y varias. Las mas obvias dependen de que se hace cirugía en enfermos que han sufrido ya de desnutrición, anemia e hipotensión. El shock en la operación es común y requiere las medidas habituales. La hemorragia es también posible, pero con el tratamiento moderno no debe ser una complicación mayor. La operación se hace bajo anestesia hábilmente conducida y las transfusiones de 3 a 4 pintas durante la operación, son habituales. Después de la operación, las complicaciones aparte del shock, consisten en las de tórax y debidas a la incisión toraco-abdominal.

El reflejo tusígeno es deficiente y, hay tendencias a la atelectasia y a la neumonía por aspiración en la base del pulmón izquierdo.

Esto puede requerir la broncoscopia, y como en todo trabajo de tórax debe acentuarse la importancia de los ejercicios respiratorios antes y después de la operación. Las complicaciones habituales de cualquier operación transtorácica, son de preverse: neumotórax persistente, derrames, empiema y otras, pero con el uso de las aspiraciones por punción, y sobre todo, con el uso de los antibióticos, pocas dificultades resultan.

En el caso de que quede una cámara de empiema residual, se necesita rehacer una canalización más tarde. El cierre perfecto en la unión ya se ha mencionado, pero dadas las circunstancias difíciles en que se hacen estas operaciones, llama la atención que no sea una complicación más seria. Se ha referido la hernia a través del paso del esófago, lo que indica que debe tenerse gran cuidado en el cierre del diafragma. Ocasionalmente se ven dificultades para el paso de los alimentos, debido a estenosis fibrosa, pero en general, una prolongada, o marcada disfagia, es resultado de una recurrencia del tumor, que puede acontecer dentro de los primeros 4 o 5 meses.

Hablando de resultados no se puede ser muy optimista, porque no ha transcurrido un tiempo suficientemente largo para valuar su posibilidad de sobrevida. Muchos de los que se han realizado años atrás, han sucumbido por recurrencia. El tiempo medio en que aparece la recurrencia, es alrededor de 9 meses a un año después de la operación, y en estos casos el enfermo sobrevive alrededor de 18 meses. Si no hay recurrencia local pero apararecen metástasis en otras partes del cuerpo, como en el hígado, los enfermos sobreviven por dos años,

pero según nuestra experiencia, cuando los enfermos han sobrevivido más allá de este término, continúan de manera satisfactoria.

No he mencionado algunas de las operaciones que se han publicado ampliamente. Sobre todo hay que notar la operación de Garlock, en la que el esófago es liberado en el lado izquierdo, pasado por debajo de la aorta y llevado a la superficie donde se hace la unión, en el caso de tumor en el tercio medio. Este procedimiento consiste en una exposición torácica amplia, o aun dos incisiones; una para liberar el estómago a través del diafragma; la otra para reseca el tumor más arriba.

De este método tengo limitada experiencia, y no es tan fácilmente realizable o efectivo, como el procedimiento descrito.

Posiblemente la característica más importante del procedimiento es que aunque el esófago es liberado ampliamente, la irrigación sanguínea es buena mucho más de lo que antes se esperaba y el esófago en sí se une y cicatriza bien a la viscera abdominal, siempre que esta unión se haga por los procedimientos habituales de la cirugía ordinaria. De hecho hay algún cirujano según mi experiencia, que hace la anastomosis en dos planos de sutura continua de catgut. Mi propia falta de confianza en las posibilidades de cicatrización me ha llevado a agregar algunos puntos de sutura no absorbible a este método sencillo, pero esto muestra que el esófago que antes se consideraba como órgano solo, capaz de exteriorizarse, si algo de él se reseca, es no obstante, capaz de reconstrucción, y de convertirse en un conducto efectivo. Hemos adelantado desde el estado de la gastrostomía hasta lograr que nuestros enfermos deglutan con comodidad, ya sea que el tumor se extirpe o no. Ahora nuestros afanes se dirigen hacia obtener resultados finales mejores, y de modo de eliminar también todas las incomodidades menores que afligen a los enfermos sujetos a esta cirugía.

