



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

Terramicina Nasal

con Clorhidrato de Desoxiefedrina

Bien tolerada por la mucosa nasal, la Terramicina nasal (con Clorhidrato de Desoxiefedrina) ofrece las dos ventajas de su amplio campo de acción antimicrobiana y el efecto vasoconstrictor,

en el tratamiento local de la rinitis aguda, rinitis vasomotora y nasofaringitis.

La Terramicina nasal (con Clorhidrato de Desoxiefedrina) puede ser administrada con atomizador, como gotas, o en forma de apósitos, sin el temor de afectar la acción ciliar. Para lograr los mejores resultados, es aconsejable emplearla tan pronto como se manifiestan los primeros síntomas.

*antibiótico de amplio espectro
presentado para emplearse como
gotas nasales*

presentación: Un frasco gotero de capacidad para 5 cc. conteniendo 25 mg. de Clorhidrato de Terramicina Cristalina con 0.25% de Clorhidrato de Desoxiefedrina y amortiguadores.

LABORATORIOS PFIZER, S. A.

F. de Alva Ixtlixochitl 45-B - México 8, D. F.

The Pfizer logo is an oval containing the word "Pfizer" in a stylized, bold, sans-serif font.

REG. NO. 39438 S.S.A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Prop. No. A 195/53 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.

SULFEDRINA "HORMONA"

Gotas.

Sulfatiazol y desoxiefedrina con
gotero en solución antiséptica
de tricresol.



UVEGA "HORMONA"

Gotas.

Novocaina, antipirina en
glicerina anhidra.



AURITRICINA CON EFEDRINA "HORMONA"

Fórmula:

Fenil dimetilpirazolo- na.	5 g.
Cl. de etinil-p-dieti- xo-difenilamidina. .	1 g.
Efedrina.	1 g.
Sulfatiazol.	1.25 g.
Cl. de Homosulfani- lamida (Neofamid "Hormona"	1.25 g.
Tirotricina.	0.025 g.
Propilenglicol.	25 g.
Glicerina anhidra, c. c. b. p.	100 c.c.

LABORATORIOS

SILANES, S. A.



Vitaminas y Antianémicos



Amores 1304

México, D. F.

AZOTYL Gotas

Antibióticos y Vasoconstrictor nasal a base de:

TIROTRICINA

el antibiótico local más potente y

FENILEFRINA

vasoconstrictor enérgico sin reacciones secundarias



Reg. No. 39841 S. S. A. Prop. No. A-1210/52 S. S. A.

GRUPO ROUSSEL, S. A.

Varsovia No. 19

México, D. F.

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 Balarzario.
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 Berrueces,
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 Luquin,
Dr. Ricardo Tapia Acuña,
Dr. Luis Vaquero.

SOCIOS ACTIVOS DEL DISTRITO FEDERAL

Dr. Abraham Ayala González Plaza de la República No. 46. Ciudad.	Dr. Pedro Andrade Pradillo. Av. Morelos No. 42. Ciudad.
Dr. Humberto Alcocer Medellin No. 94-4. Ciudad.	Dr. Manuel Arroyo Luyosa. Medellin No. 94. Ciudad.
Dr. Juan Andrade Pradillo Emparan No. 39-1. 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 Giojana
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
Matamoros No. 508. Altos.
Ciudad.
- Dr. César Ortiz Jara.
Mazatlán No. 192-2.
Ciudad.
- Dr. Angel Pérez Aragón
Rio 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
Díaz 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 Zermeño
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.
Cihuatlan, 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.



ANTISTINA

Antihistamínico

Asma bronquial,
fiebre del heno, urticaria,
eczema, enfermedad del suero,
shock anafiláctico y, en
general, en todas las
afecciones alérgicas
y reacciones anafilácticas

*Comprimidos
Ampollas*

ANTISTINA - PRIVINA

*Tratamiento local de las
afecciones alérgicas
de las mucosas*

Fiebre del heno, rinitis
vaso-motora, conjuntivitis
primaveral, querato-
conjuntivitis, conjuntivitis
flictenular, etc.

Gotas



PRODUCTOS "CIBA"

Reg. No. 30672-30671-
30657-S.S.A.

Reg. Prop. No. Ff-84-SSA



PREPARADO ANTIHISTAMINICO PARA ALIVIAR SINTOMAS ALERGICOS

Durante el curso de los estudios que nuestro Departamento de Investigaciones llevó a cabo con los derivados de la etilendiamina se lograron sintetizar varios compuestos de acción antihistamínica. De entre todos ellos, el TAGATEN (Citrato de Cloroteno) demostró poseer las más adecuadas y ventajosas propiedades terapéuticas.

Por comparación con los otros medicamentos antihistamínicos, el TAGATEN posee las siguientes ventajas:



*Marca Registrada

ENVASES—Fracos de 50, 100 y 1000
tabletas de 25 mg. cada una.

- 1. TOXICIDAD MINIMA
- 2. EFICACIA MAXIMA
- 3. ACCION PROLONGADA
- 4. FACILIDAD DE ADMINISTRACION
- 5. AMPLITUD DE SUS INDICACIONES

Enviaremos literatura a solicitud

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

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

Representantes exclusivos en México:
LABORATORIOS DELERLE, S. A.

José María Rico 418.—Apartado Postal 39.—México, 12, D. F.—Tel. 24-61-67.
Reg. NO. 34,247 S. S. A.

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

ENERO-MARZO DE 1953

NUM. 17

DIRECTOR:
Ricardo Tapia Acuña

GERENTE:
Dr. Luis Márquez

•

S U M A R I O:

Escleroma Bronquial.—Dr. RICARDO TAPIA ACUÑA	179
Etmoidectomía Intranasal Submucosa.—Dr. RAMON DEL VILLAR...	185
Consideraciones Sobre el Injerto en la Timpanomastoidectomía.—Dres. BENJAMIN MACIAS JIMENEZ, MAXIMO GARCIA CASTA- ÑEDA e-ISAIAS BALANZARIO ROSAS.	189
Comentario Sobre Algunos Problemas en el Diagnóstico de Sinusitis. —Dr. RAFAEL GIORGANA.	199
Algunas Consideraciones Sobre la Cirugía del Nervio Fascial.—Dra. JOSEPHINE COLLIER.	203
Resúmenes de Prensa	208

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

DOLOR DE OIDO?

CILOPRIN
"CILAG"

Calma los dolores

Sin contraindicaciones

Reg. No. 33402 S. S. A.

Otitis Media?

Agente terapéutico causal, conservador e inócuo, de aplicación local.

También indicado en los casos de perforación timpánica.

Apliquese unas gotas al oído cada 3 horas Frascos con 6 cm³.

Prop. No. A-373/52 S. S. A.

Mas vale prevenir que curar.

Este dicho es especialmente cierto para los resfriados y otras epidemias en las temporadas de peligro.

En el trabajo, la escuela y acumulaciones de personas

METHURAL
"CILAG"

profiláctico y terapéutico de las infecciones buco-faríngeas.

Latitas de 36 comprimidos para desleír lentamente en la boca.

Reg. No. 33809 S. S. A.

Prop. No. A-379/52 S. S. A.

CILAG, S. A.-Schaffhouse, Suiza.

Agentes Generales en México:

Casa Brandseph, S. A.

Av. Uruguay 74

México, D. F.

Literatura Exclusiva para Médicos.

Escleroma Bronquial*

Dr. Ricardo Tapia Acuña.
México, D. F.

Uno de los problemas más importantes para México, es sin duda el del Escleroma, el más común de cuyas formas es el Rino-escleroma, muy conocido y estudiado en los medios hospitalarios, ya que es muy frecuente entre nuestra clase humilde, sobre todo gente del campo.

Aún cuando algunos tratados se han referido someramente a las formas laríngeas y traqueales, ninguno se había ocupado del escleroma bronquial desde los puntos de vista clínico y endoscópico.

Me tocó en suerte examinar accidentalmente los primeros enfermos de escleroma bronquial. Dichas observaciones empezaron hace doce años y las he continuado hasta la fecha. Relativamente son poco numerosos los casos pero suficientemente elocuentes para demostrar que el problema de este padecimiento es uno de los más difíciles de resolver.

Los tipos de escleroma bronquial que he encontrado son los siguientes:

- 1o. Infiltración y engrosamiento de la mucosa.
- 2o. Nódulos rojizos, sangrantes, globulosos a veces aislados y a veces confluentes de tamaño variable pero generalmente pequeños.
- 3o. Fibrosis con estenosis.

Estos diferentes tipos de lesión pueden existir en el mismo enfermo aislados o asociados y se localizan en alguna porción de la tráquea y en bronquios, muy especialmente a la entrada de los principales. La fibrosis no debe considerarse como una etapa de curación, pues en realidad se trata de una forma evolutiva.

* Presentado el 4 de abril de 1951 ante la Academia Nacional de Medicina.

Respecto a la etiología del escleroma en general, se han hecho algunos estudios siendo uno de los más serios el de los Dres. Juan Andrade Pradillo y Salvador Zubirán. Sin embargo poco se sabe con certeza y solo podemos asegurar que la enfermedad frecuentemente se asocia a la sífilis, a veces a la ozena y muy excepcionalmente a la tuberculosis, ya que en el Hospital General en donde se han estudiado más de 500 casos en los últimos años, solo una vez lo hemos podido comprobar.

El diagnóstico de escleroma bronquial lo he confirmado en 20 enfermos por medio de la biopsia, y en 2 casos en que hubo que lamentar la defunción en el Hospital General, se confirmó en la necropsia. El más completo de estos dos estudios lo llevó a cabo personalmente el Dr. Tachiquín.

Clinicamente son enfermos con antecedentes claros de rino-escleroma con la excepción de un caso en el que se observó la lesión bronquial dos años antes de que aparecieran signos del padecimiento en la nariz. En ocasiones aparecen signos y síntomas laríngeos, en otros únicamente se presentan los signos correspondientes a estenosis de bronquios. El síndrome asmático no lo he podido confirmar en estos casos; en cambio se han presentado enfermos con zonas atelectasiadas o supuradas del pulmón, resultantes de la estenosis crónica de la rama bronquial correspondiente. El síntoma más grave y más constante es la disnea tanto inspiratoria como expiratoria pero con predominio de la primera. En mi serie de casos estudiados en los cuales el diagnóstico se confirmó, por lo menos 2 pacientes han muerto de asfixia. Probablemente se hubiera evitado, de estar presente alguno de los médicos que estamos trabajando en estos asuntos en el hospital; pero dichas defunciones acontecieron por la noche y la asfixia fué atribuída a otras causas.

La broncoscopia es sin duda el principal auxiliar del diagnóstico y ahora también del tratamiento. Este está aún lejos de ser un problema resuelto. Los primeros casos observados se trataron simplemente por repetidas secciones broncoscópicas en las cuales se resecaban los nódulos y las adherencias fibrosas obstructivas. Mediante esto los enfermos vuelven a la vida y por una temporada se logra mantenerlos con su respiración normal. Posteriormente se añadió al tratamiento la administración de ciertos antibióticos como la penicilina y la estreptomina con resultados no muy decisivos, aunque se ha observado alguna mejoría en los enfermos.

Habiendo gestionado obtener cierta cantidad de la nueva droga "Terramicina" con objeto de ensayarla en esta clase de enfermos, ya que como agente patógeno está el bacilo de Frisch y habiendo

obtenido éxito en dicha gestión, me ha sido posible hasta ahora administrarla a 3 enfermos, 2 de ellos sufriendo lesiones traqueo-bronquiales y el otro escogido como testigo, con un rino-escleroma puro y sin haber estado sujeto a tratamiento alguno. Puede afirmarse que los resultados se presentan halagadores y resurgen las esperanzas de encontrar la solución definitiva de este terrible mal.

Antes de presentar ante ustedes el resumen de historia clínica en los cuales ensayé la terramicina, quiero decir que la cirugía pulmonar (lobectomía) se llevó a cabo en un caso de los de mi serie en estudio, con resultados inmediatos buenos pero ulteriores bastantes pobres.

TRATAMIENTO CON TERRAMICINA

1er. caso.—Enfermo J. V., de 20 años de edad, campesino de Villa Morelos, Michoacán; antecedentes de persona sana con vida en el campo, fuerte y robusto, sin hábitos de tabaquismo o alcoholismo. Principió a estar enfermo hace 2½ años con obstrucción nasal. Un mes después se presentó disnea laríngea que lo hizo venir al Hospital General de la ciudad de México, en donde fué traqueostomizado de urgencia por el que habla. Al examen clínico y endoscópico encontré lesiones de escleroma nasal y laríngeo, lo cual fué confirmado por biopsia. Reacciones luéticas y pruebas funcionales de rutina, normales; biometría hemática normal. Inmediatamente se envió al Departamento de Roentgenoterapia del hospital, en donde se le aplicaron las radiaciones acostumbradas en estos casos, con lo que se obtuvo mejoría pero sin lograr que la estenosis laríngea resultara franqueable, por lo que 8 meses después practiqué laringostomía y coloqué un aparato de acrílico según es aconsejado por New con las modificaciones que hemos adoptado en el servicio del Pabellón 22. Una vez recuperado de la intervención, se le indicó que podía regresar a su lugar de origen pudiendo volver al servicio 8 meses después. Sin embargo se presentó a los 6 meses con disnea muy intensa aunque su cánula se encontraba limpia y permeable. Retiré el aparato de acrílico y practiqué broncoscopia inferior, habiendo encontrado lesiones infiltrativas y nodulares, tanto en tráquea como a la entrada de ambos bronquios principales. Practiqué tres secciones broncoscópicas más con objeto de liberar las vías respiratorias bajas y enseguida le fué instituido tratamiento a base de estreptomina y penicilina combinadas, habiendo llegado a dosis relativamente altas (30 gramos de estreptomina y 15 millones de unidades de penicilina).

Hace dos meses practiqué nuevamente broncoscopia y pude observar que si bien las lesiones no habían desaparecido por completo, en cambio habían permanecido estacionarias. A partir de ese momento instituí el tratamiento a base exclusivamente de terramicina. La dosificación se dió de acuerdo con el peso, y fué de $11\frac{1}{2}$ gramos cada veinticuatro horas, hasta completar 30 gramos. Exactamente un mes después hice un nuevo examen broncoscópico con la agradable sorpresa de encontrar desaparecido todo vestigio de lesión. Gracias a ello fué posible el retiro de la cánula traqueal sin que esto alterara en lo más mínimo su respiración. Actualmente continúa con su estoma laringotraqueal y lo tengo en observación para, de ser posible, practicarle más tarde plastia oclusiva.

2o. caso.—Sra. R. G. de H., de 25 años de edad, originaria del Edo. de México, con vida en el campo y sin hábitos de tabaquismo o alcoholismo. Hace diez años le aparecieron tumoraciones en la entrada de ambas fosas nasales que crecieron y obstruyeron totalmente la luz de las narinas. A los dos años fueron quitadas las tumoraciones y después de un tratamiento antilúético que duró año y medio, la enferma se sintió mejorada y así permaneció cuatro años al cabo de los cuales le vino ronquera y asfixia; entonces se presentó para su tratamiento en el Pabellón 22 del Hospital General. El examen demostró la existencia de escleroma nasal, faríngeo y laríngeo, confirmado por biopsia. Las investigaciones de lúes y otros exámenes resultaron normales. Se envió al departamento de Roentgenoterapia en donde se le aplicaron radiaciones en nariz, faringe y laringe durante 6 meses. No se había terminado este último tratamiento cuando se presentó al servicio del Pabellón 22 con disnea traqueal a pesar de ser portadora de cánula de traqueotomía. Practiqué broncoscopia habiendo encontrado lesiones infiltrativas fibrosas y nodulares en pared anterior de tráquea. A partir de esa fecha le fué instituído un tratamiento de terramicina a razón de $11\frac{1}{2}$ gramos cada veinticuatro horas hasta completar, como en el caso anterior, 30 gramos. La mejoría ha sido franca y ostensible, pues los nódulos han desaparecido por completo.

3er. caso. (Control).—J. E. G., de 24 años de edad, compesino, originario del Estado de Michoacán, sin hábitos de alcoholismo ni de tabaquismo. Hace 6 años empezó a sentir las fosas nasales obstruídas, habiéndosele cerrado totalmente hace $11\frac{1}{2}$ años. El enfermo relata que la obstrucción se debió a tumoraciones que también le engrosaron la nariz. Estas tumoraciones desaparecieron pero la obstrucción y la deformación de los cartílagos laterales de la nariz estaban presentes en el momento de ser examinado por el que habla.

Biopsia positiva al rino-escleroma. Faringe y laringe normales. No hay datos que hagan pensar en la existencia de escleroma traqueo-bronquial. Hace un mes y medio se inició el tratamiento con terramicina en la misma forma y dosis que en los casos precitados. Cuando se le habían administrado en total 25 gramos, la deformación de los cartílagos había desaparecido y ambas narinas empezaron a hacerse permeables. Sin embargo se le continuó la administración de la terramicina hasta completar 30 gramos siendo la mejoría aún más ostensible, queda pendiente solamente en este caso una segunda biopsia para definir si ya no existe lesión evolutiva.

Es indudable que los tres casos mencionados no son concluyentes en forma definitiva, ya que es muy poco el tiempo de observación de los mismos y su número es reducido; pero lo que no cabe duda es que la terramicina tuvo una influencia muy favorable en el escleroma traqueo-bronquial y por lo tanto creo que en este aspecto hay que tomar esta mi comunicación como preliminar.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

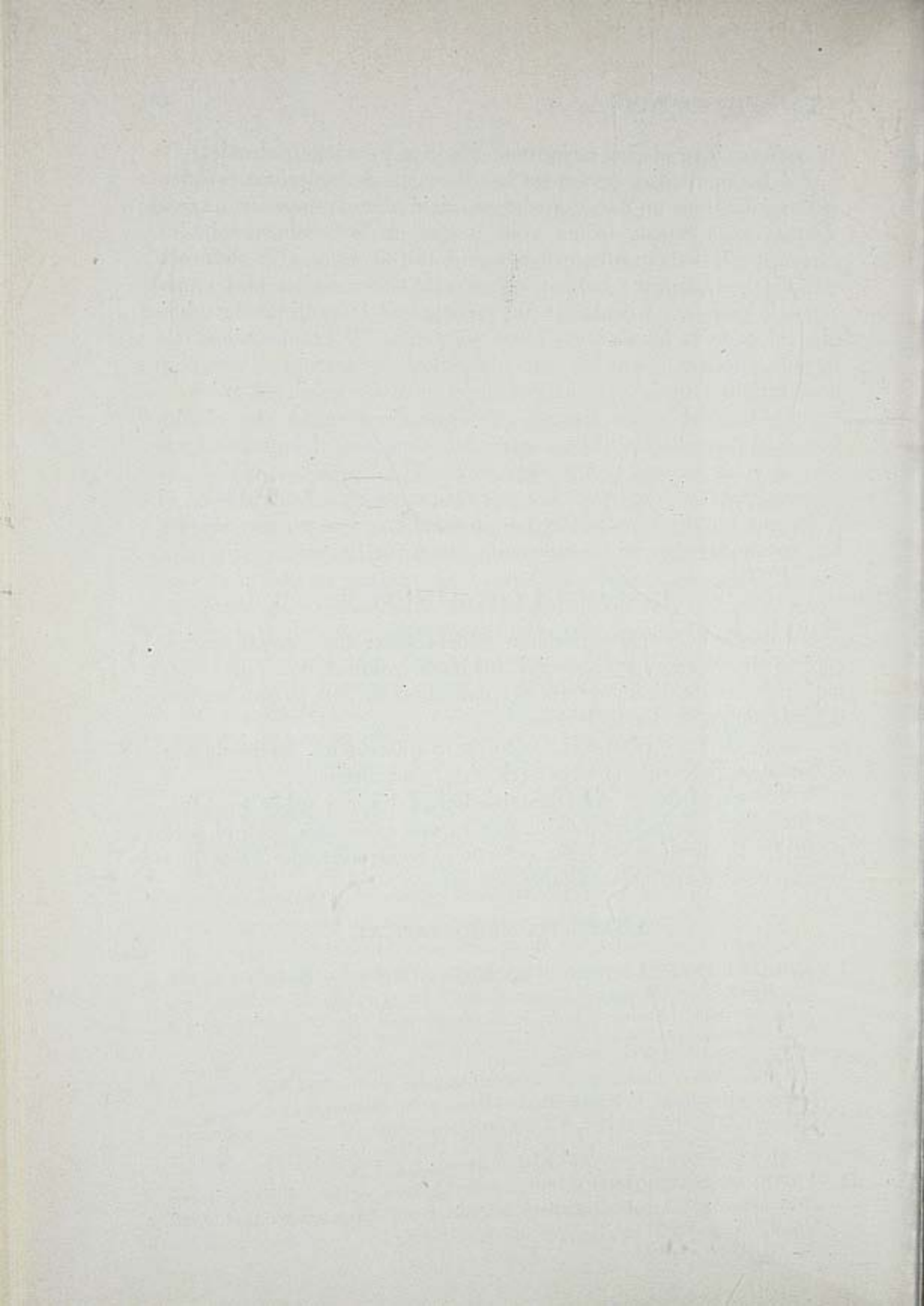
1o.—Se hace una exposición somera sobre los aspectos endoscópicos del escleroma bronquial, haciendo resaltar que esto no es más que una localización baja del padecimiento que es comunmente conocido como rino-escleroma.

2o.—Se hace referencia a 20 casos observados, haciendo ver el complejo problema que encierra dicho padecimiento.

3o.—Se presenta una comunicación preliminar sobre los efectos inmediatos de la terramicina que es una esperanza para el pronóstico y la curación de estos enfermos, recalcando que hasta hoy este pronóstico aparecía bastante obscuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANDRADE PRADILLO JUAN, SALVADOR ZUBIRAN.—"Escleroma en México. Revisión de 335 casos. Consideraciones sobre el estado de nutrición como factor etiológico". Anales de la Sociedad Mexicana de Oto-Rino-Laringología y Bronco-Esofagología. V Epoca. Enero-Marzo de 1949. Número 1:45.
2. MENDIOLA ROBERTO.—"Histopatología del Escleroma de las Vías Respiratorias Superiores". Anales de la Sociedad Mexicana de Oto-Rino-Laringología y Bronco-Esofagología. V Epoca. Enero-Marzo 1949. Número 1:15.
3. SANCHEZ CORTES JOSE.—"Consideraciones sobre 200 Casos de Escleroma". Anales de la Sociedad Mexicana de Oto-Rino-Laringología y Bronco-Esofagología. V Epoca. Enero-Marzo 1949. Número 1:28.
4. TAPIA ACUÑA RICARDO.—"Endoscopic Aspects of Bronchial Escleroma (Rhinoscleroma)". Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Sept. 1948. Vol. 57. Núm. 3:894.



Etmoidectomía Intranasal Submucosa*

Dr. Ramón del Villar.
México, D. F.

Habiéndome tocado iniciarme en la especialidad en una época en que las mutilaciones intranasales eran cosa común y corriente y lo mismo se hacían amputaciones totales de cornetes inferiores para corregir obstrucciones respiratorias que obedecían a sinusitis latentes, en muchas ocasiones de fondo alérgico; que se practicaban arrancamientos, permítaseme la palabra, brutales, de crestas y espolones septales por medio del viejo estribo cortante, o se llevaban a cabo vaciamientos totales de una fosa para alcanzar el ostium de un seno esfenoidal, o igualmente, sin ninguna consideración, se raspaba el dusto naso frontal; todo ello sin importar las secuelas posteriores ni las destrucciones de estructuras y mucosa que producían trastornos irreversibles de la fisiología nasal, de los cuales éramos testigos ulteriores sin que estuviera ya en nuestras manos poner remedio, llegué a adquirir un total respeto por esa mucosa que con sus pestañas vibrátiles hace resbalar de continuo la sábana de moco que proporciona gran protección, a todo el organismo, y particularmente a todo el aparato respiratorio, por medio de acciones físico-químicas, ahora bien conocidas.

En la mayor parte de los procedimientos quirúrgicos del etmoides por vía intranasal, se precisa hacer alguna destrucción de las estructuras o de la mucosa. En ciertas técnicas se insiste en la necesidad de sacrificar el cornete medio; en otras se destruye una porción de mucosa para drenar o destruir celdillas infundibulares o de la bulla, porción que aun cuando sea muy pequeña dejará siempre cicatriz que disminuya la superficie total de mucosa sana. Sólo encontré una técnica que me satisficiera para practicar la etmoidectomía: la técnica de Halle, rebatiendo un colgajo de mucosa y trabajando en la exenteración de las celdillas bajo él; pero si su ejecución es bien difícil en el cadáver, en el vivo debe ser extraordinariamente complicado llevarla a cabo.

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

Hay numerosos casos, que no van a ser aquí enumerados ni discutidos, en que el rinólogo, agotados sus métodos conservadores de tratamiento (efracción de cornete medio, drenaje por desplazamiento, etc.) ante una infección crónica etmoidal, hiperplásica, poliposa o simplemente purulenta, se ve en la necesidad de intervenir quirúrgicamente, en la forma más radical posible y aquí es donde se plantea el problema de la conservación de mucosa y estructuras.

Yo no traigo a Uds. nada nuevo, ni siquiera novedoso, traigo solamente una ligera modificación a las técnicas clásicas (Faulkner-Mosher, Moure, Sluder, Neivert), que en manos de un cirujano cuidadoso y buen conocedor de la región, da mejores resultados que otras, según yo pienso.

Se trata de hacer la destrucción del laberinto etmoidal por vía rigurosamente submucosa y, tanto como sea posible, bajo el control de la vista. Previamente a la intervención es de todo punto necesario conocer, y retener en la memoria, la anatomía de la región particular en que se va a trabajar en el paciente, lo que se consigue con un buen estudio estereoscópico con rayos X que se debe estudiar concienzudamente.

Para proceder a la intervención precisa, desde luego, como en otras técnicas tener suficiente espacio para ver y trabajar, lo que se consigue extirpando los pólipos que pudieran existir en meato medio y, si necesario, haciendo resección septal que permita tener en la pared lateral interna de la región donde se trabajará, no un muro fijo sino una cortina membranosa desplazable. Conseguido lo anterior en un tiempo previo, que puede preceder en días o semanas o bien ser simultáneo con la etmoidectomía, se está en condiciones de abrir el laberinto. La modificación que he llevado a cabo principia desde la anestesia que, en vez de ser por simple contacto, se hace por inyección submucosa de la solución anestésica adrenalinizada que cada cirujano prefiera, por medio de aguja larga y fina introducida en la pared lateral, inmediatamente por arriba de la inserción del cornete inferior y llevándola hacia atrás, arriba y abajo, a medida que se va infiltrando rigurosamente bajo la mucosa. Se puede llegar hasta la bulla etmoidal si ésta hace gran saliente—como es usual en las etmoiditis hiperplásicas crónicas— o más atrás aún si no hay obstáculo.

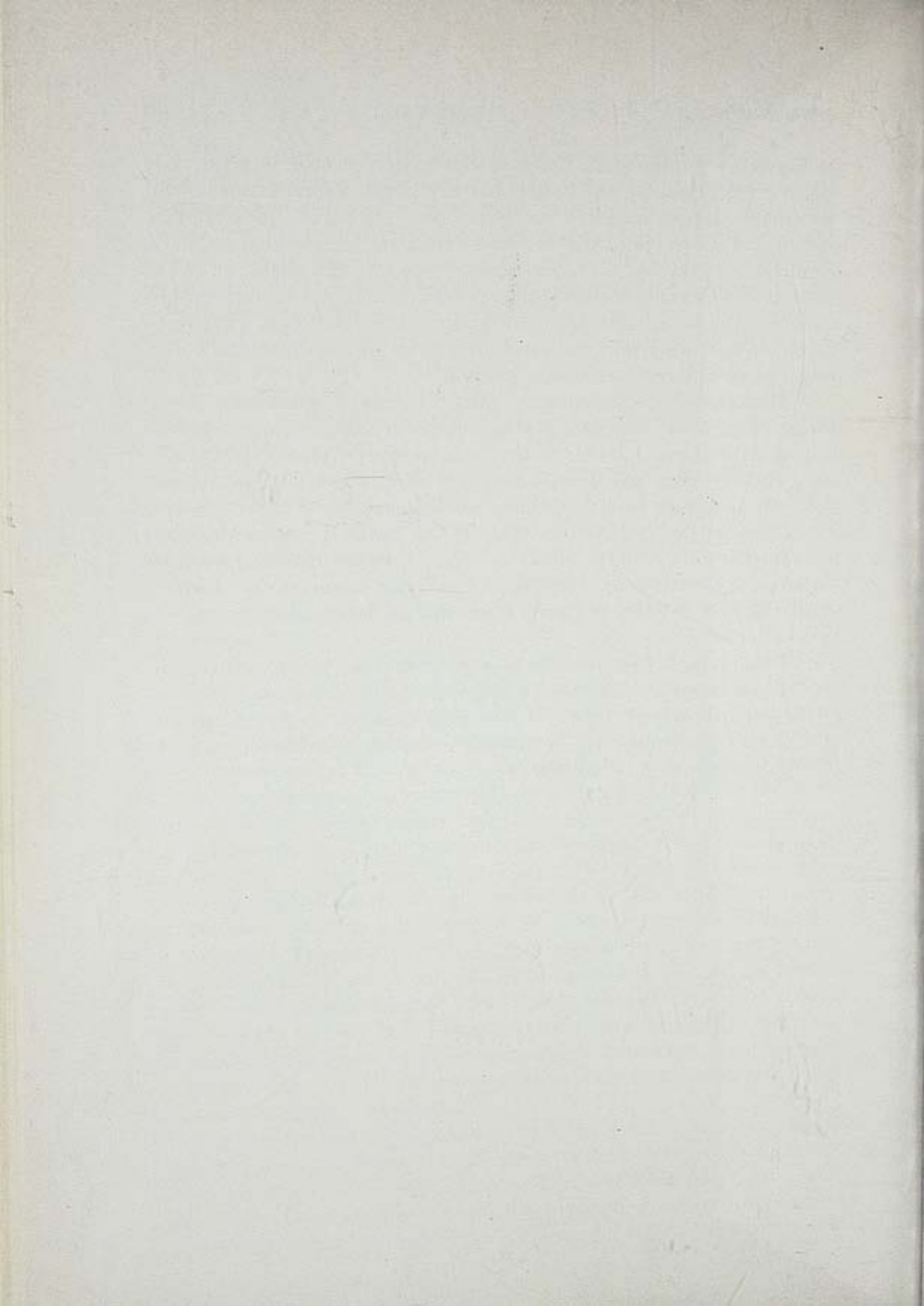
La infiltración terminada, se tiene una zona de mucosa pálida parcialmente despegada, con suficiente vasoconstricción que permite hacer exangüe la incisión. Esta se hará con hoja muy fina vertical o ligeramente inclinada de atrás a adelante y de arriba a abajo, principiando inmediatamente por delante del ager nasi (como dos

milímetros) y bajándola hasta el borde del cornete inferior. Las pocas gotas de sangre que da este corte se limpian continuamente con un fino aspirador metálico curvo que no obstruye la visión. Por la incisión, y a semejanza de lo que se hace en la resección subperi-condrial del tabique, pero con mayor finura y delicadeza, se introduce un despegador delgado de Freer, conservando la convexidad hacia la fosa y se va despegando la mucosa sin romperla y traumatizándola en forma mínima, en la extensión que se desee, pudiendo llegar si se quiere, hasta el esfenoidal.

Hecho el despegamiento completo, lo que deja un espacio en forma de saco, se procede a ir abriendo las celdillas etmoidales, una a una, bajo el control de la vista, por medio de pinzas de Gruenwald recta y Weil angulada, si bien yo doy la preferencia al modelo, un poco más fino y cortante, de Takahanshi.

Como en todas las otras técnicas, es preferible proceder metódicamente para no extraviarse y dejar la menor cantidad posible de tabiques sin eliminar, pues no pretendo que ni aún en esta forma, viendo lo que se hace, se pueda exenterar un laberinto etmoidal en su totalidad.

Terminada la limpieza, lo más completa que el operador pueda, basta adherir nuevamente la mucosa, presionándola con una pequeña capa de oxichel o de gelfoam, casi siempre sin necesidad de aplicar taponamiento. Así la mucosa se adosa y le hemorragia se cohibe totalmente o es mínima.



Consideraciones Sobre el Injerto en la Timpanomastoidectomía*

TRABAJO "A"

A. EL PORQUE NO DEBE UTILIZARSE PIEL DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PARA EL INJERTO

Dr. Benjamín Macías Jiménez

Dr. Máximo García Castañeda.

Dr. Isaías Balanzario Rosas.

México, D. F.

En la actualidad, los otólogos, al hacer la timpanomastoidectomía por la vía endoaural para el tratamiento de la otomastoiditis crónica, siguen cualquiera de éstas dos tendencias: 1a. La de colocar un injerto en la cavidad ósea post-operatoria. 2a. La de dejar libre esta cavidad para que se haga la epitelización a partir de la piel vecina.

Para el tratamiento de éste padecimiento, Lempert y su escuela están de acuerdo en utilizar un injerto autoplástico para cubrir dicha cavidad, tomándolo del conducto auditivo externo o de otras regiones del cuerpo.

Nosotros pensamos que debe desecharse sistemáticamente la piel del conducto auditivo externo y a continuación exponemos las razones que nos asisten para ello, empezando por analizar las condiciones que presenta la piel del conducto sano y las que deben llenar estos injertos.

I. ESTUDIO DE LA PIEL DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SANO

El estudio histológico nos demuestra que el tercio externo contiene como anexos, gran número de folículos pilosos, glándulas sebáceas y ceruminosas. En el tercio medio e interno hay folículos

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

pero en menor número, con el pelo más fino y corto, mientras que las glándulas sebáceas y ceruminosas son más abundantes, excepto en la pared posterior del tercio interno donde no existen estos elementos. Toda la piel del conducto está desprovista de grasa subcutánea y fuertemente adherida en unas partes al periostio y en otras al pericondrio.

La mayoría de los autores están de acuerdo con la descripción anterior, sólo con ligeras variantes respecto a que el desarrollo del individuo no confina la topografía de distribución de los anexos.

Según los exámenes realizados por nosotros acerca de la topografía de los anexos, no estamos de acuerdo con lo anterior, ya que estos elementos están presentes en el tercio interno y sobre la pared posterior como lo demuestran los estudios histológicos hechos por nosotros y demostrables en las microfotografías adjuntas.

II. CONDICIONES QUE DEBE LLENAR ESTE INJERTO.

- a).—Extensión suficiente.
 - b).—Con un *mínimum* de elementos no trasplantables.
 - c).—Desprovisto de procesos patológicos.
 - d).—Desprovisto de glándulas ceruminosas y con un *mínimum* de sebáceas y folículos pilosos.
- a).—Extensión suficiente.

Aún cuando se hagan los cortes clásicos de la técnica de Lempert para obtener el colgajo, la extensión que éste presenta es insuficiente y a veces sólo alcanza a cubrir una parte de la superficie ósea post-operatoria. Esta deficiencia se acentúa cuando la superficie es demasiado extensa como en las cavidades que quedan después de quitar los colesteatomas llamados gigantes, ocasionando que muchos cirujanos empleen injertos tomados de otras regiones del cuerpo para suplir esta deficiencia.

- b).—Con un *mínimum* de elementos no trasplantables.

En el injerto pediculado, mientras mayor cantidad de tejido conjunto nutricio se conserve, más fácilmente prenderá, en cambio en el injerto libre, que va a nutrirse por imbibición intracelular, lo ideal será que carezca de éstos elementos, ya que constituyen tejidos mortificados que se eliminarán comprometiendo el éxito de la trasplantación. Ahora bien, la piel del conducto auditivo externo, está fuertemente adherida a los planos subyacentes por tejido conjuntivo colágeno pobre en vasos, lo que dificulta una correcta nutrición, por lo tanto, si estos tejidos no son trasplantables

y es casi imposible separarlos de la piel creemos no deben utilizarse para el injerto.

c).—Desprovisto de procesos patológicos.

Para emitir nuestra opinión, se consideró necesario hacer el estudio histopatológico en la piel del conducto auditivo externo y para ello fueron tomados varios casos de los cuales se seleccionaron dos; el primero se trata de un seudocolesteatoma y el segundo de una otomastoiditis crónica supurativa.

Se tomaron exclusivamente las paredes posterior y superior del conducto, porque es la piel que se utiliza para el injerto, dividiéndose para el estudio dicho conducto en tercios (interno, medio y externo).

Macroscópicamente los injertos tomados en los dos casos no presentaban alteraciones patológicas, no obstante, el estudio microscópico nos demuestra lo contrario.

CASO "A".—Seudocolesteatoma. Conducto Auditivo Externo. Oído Izquierdo.

Fig. 1.: Epitelio superficial cornificado con folículos pilosos, glándula sebácea, discreta infiltración inflamatoria perivascular. (Tercio interno).

Fig. 2.: Reacción inflamatoria con gran aflujo leucocitario.

Fig. 3.: Epitelio irritado con gran descamación córnea. (imagen muy semejante a la que presenta la matriz del colesteatoma estudiado). Hialinización marcada del tejido subepitelial en donde las imágenes nucleares son muy escasas y hay gran predominancia de tejido colágeno.

Fig. 4.: Folículo piloso, glándula sebácea, glándula ceruminosa dilatada, gran cantidad de tejido conjuntivo colágeno pobre en vasos.

Fig. 5.: Quiste formado por glándula sebácea hipertrófica.

Fig. 6.: Matriz de pseudo-colesteatoma con detritus epiteliales. Epitelio córneo con descamación abundante semejante a la presentada en la fig. 3.

CASO "B". — Otomastoiditis supurativa crónica. Oído Izquierdo.

Fig. 7.: Descamación epitelial. Folículo piloso y glándula sebácea, discreta infiltración peri-vascular, marcada hialinización. Morfología muy semejante al caso anterior.



Fig. 1.

Microfotografía de un corte de la piel del conducto auditivo externo (Tercio Interno). 1, epitelio irritado con descamación; 2, folículo piloso; 3, glándula sebácea; 4, discreta infiltración perivascular; 5, hialinización.



Fig. 2.

Microfotografía de un corte de piel del conducto auditivo externo (Tercio interno). 1, epitelio irritado con descamación; 2, gran aflujo leucocitario.



Fig. 3.

Microfotografía de un corte de la piel del conducto auditivo externo (Tercio interno); 1, gran descamación del epitelio muy semejante a la que presenta la matriz del pseudo-colesteatoma (véase placa 6); 2, discreta infiltración perivascular; 3, ausencia de núcleos por hialinización.

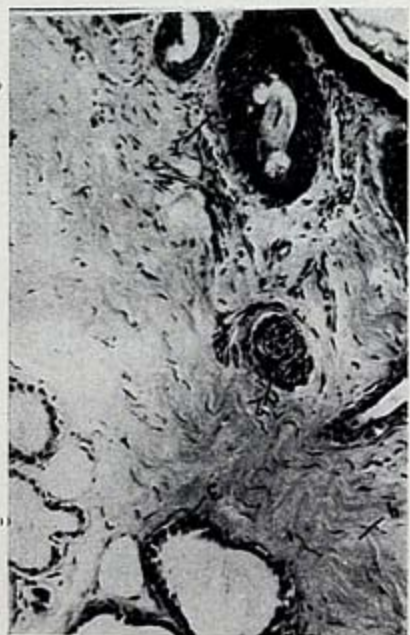


Fig. 4.

Microfotografía de un corte de la piel del conducto auditivo externo (Tercio medio). 1, corte transversal de un folículo piloso; 2, glándula sebácea, 3, glándula ceruminosa dilatada; 4, hialinización.



Fig. 5.

Microfotografía de un corte de la piel del conducto auditivo externo (Tercio medio). 1, glándula sebácea hipertrófica; 2, quiste de glándula sebácea.



Fig. 6.

Microfotografía de la matriz de un pseudo-colesteatoma. 1, Descamación; 2, infiltración leucocitaria.

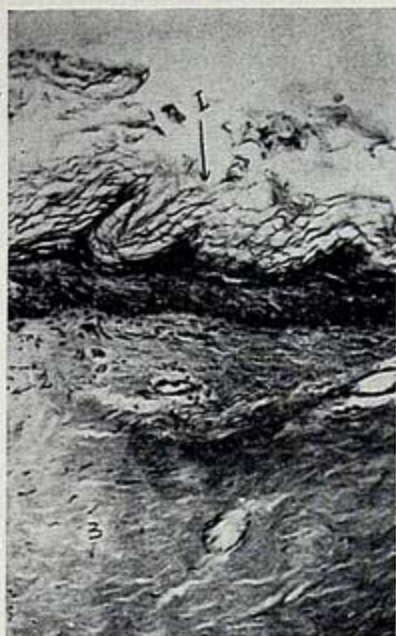


Fig. 7.

Microfotografía de un corte de la piel del conducto auditivo externo en un caso de otomastoiditis crónica supurativa. 1, descamación epitelial; 2, glándula sebácea; foliculo piloso; 4, discreta infiltración perivascular; 5, hialinización.

Con el estudio anterior podemos afirmar lo siguiente:

1o.—Que la distribución de los anexos de la piel del conducto auditivo externo, encontrada por nosotros no está de acuerdo con las descripciones dadas por algunos autores.

2o.—El epitelio sufre alteraciones morfológicas muy semejantes a las encontradas en la matriz del pseudocolesteatoma, en los casos estudiados.

3o.—Los anexos presentan alteraciones anatomopatológicas de hiperplasia, hipertrofia, y dilatación, como resultado de un proceso irritativo crónico.

4o.—En unas partes, el tejido conjuntivo sub-epitelial contiene gran cantidad de linfocitos y leucocitos, indicándonos un proceso inflamatorio en evolución, mientras que otras existe gran cantidad de fibras colágenas que nadie se atrevería a considerar como elementos vivaces para el injerto.

Por lo tanto, creemos que, existe una contraindicación formal

en utilizar esta piel como injerto, que de no ser útil, puede resultar perjudicial.

d).—Desprovisto de glándulas ceruminosas y con un mínimo de sebáceas y folículos pilosos.

Si se ha demostrado que las alteraciones anatomopatológicas de la piel del conducto son del todo semejantes a las encontradas en la matriz del seudocolesteatoma estudiado, es fácil comprender que la piel que se utilice para el injerto no tenga estas características porque podría exponerse a la formación de acúmulos colestomatosos.

Será posible que lo anterior explique la recidiva en enfermos operados, donde se ha utilizado como injerto piel del conducto auditivo externo?

DISCUSION Y CONCLUSIONES

I.—En la actualidad no existe en México ni en otros países un criterio unificado acerca de la clase de piel que debe utilizarse para el injerto, ni el método a seguir.

II.—Algunos de los que trabajamos la cirugía endoaural en México, preferimos el injerto autoplástico libre, tomando de otras regiones del cuerpo, pero creemos que no se ha hecho ninguna comunicación a éste respecto exponiendo las razones de éste criterio.

III.—En el presente trabajo, se dan las razones por las cuales debe desecharse sistemáticamente el injerto tomado del conducto auditivo externo.

IV.—Se sugiere el estudio microscópico sistemático del revestimiento del conducto auditivo externo con objeto de aportar más datos a los encontrados por nosotros.

V.—En el trabajo "B" que se presenta en seguida, se expondrá el criterio sobre el injerto que mejor cumpla con los requisitos exigidos.

NOTA.—Los estudios Histopatológicos presentados en este trabajo, se llevaron a cabo en el Departamento de Histopatología del Hospital Juárez, de la ciudad de México, que está a cargo del Sr. Dr. Gabriel Alvarez F. a quien agradecemos su gentil colaboración.

CONSIDERACIONES SOBRE EL INJERTO EN LA TIMPANOMASTOIDECTOMIA

TRABAJO "B"

INJERTO HETEROGENO DE MUCOSA

(Comunicación previa)

En el trabajo "A" sobre el tema de los injertos en la timpanomastoidectomía por otomastoiditis crónica supurativa, se llegó a la conclusión de que la piel del conducto auditivo externo debe desecharse rutinariamente por los inconvenientes que ya fueron señalados.

Ante esta circunstancia, surgió el problema de buscar un nuevo tipo de injerto, con el cual obtener mayor éxito en nuestros enfermos operados.

En una sesión informal con el Departamento de Histopatología del Hospital Juárez, al exponer nuestro problema, se sugirió la idea de utilizar mucosa oral en lugar de la piel. Esta sugestión se basa en que la mucosa presenta cierto número de características histológicas y que son las siguientes:

1. Es un tejido sin alteración patológica.
2. Es también un epitelio.
3. Es el tejido más semejante al que existe en la región operatoria.
4. En algunas zonas está casi desprovista de anexos.
5. Se regenera con más rapidez que la piel.

Por nuestra parte pensamos en otras características de orden fisiológico, operatorio y técnico que son:

1. Se observan en el injerto modificaciones ventajosas por la influencia de las nuevas condiciones de ambiente en que se coloca.
2. Es de rápida implantación.
3. Es fácil de obtener.
4. Ofrece la extensión necesaria.
5. Es de manejo sencillo.
6. No deja cicatriz visible en el lugar donde se obtiene.
7. Como se implanta en una superficie ósea, la cicatriz no es retráctil.

Por todo lo expuesto anteriormente, nos decidimos a utilizar este tipo de injerto en nuestras operaciones. El lugar más apropiado para obtenerlo es la cara interna del carrillo, pues esta región reúne todos los requisitos, y el único cuidado que debe tenerse es no lesionar el conducto de Stenon, circunstancia fácil de evitar ya que su localización topográfica es de todos conocida.

Técnica para la obtención del injerto: Por regla general se eligió el carrillo que corresponde al lado operado, por ser de más fácil acceso. Previa antisepsia de la boca, se expone la región tirando de la comisura bucal hacia afuera con dos pequeños separadores de Farabeuf y presionando ligeramente la cara externa del carrillo con objeto de que la mucosa bucal sea más accesible. Se hace una incisión vertical como de un centímetro de longitud que interese plano mucoso solamente, procurando que esté un poco alejada de la comisura bucal con objeto de que la cicatriz no moleste posteriormente al paciente. El despegamiento de la mucosa se lleva a cabo con unas pinzas rectas tipo Kocher mediante el procedimiento de abrir y cerrar. Una vez obtenida la extensión necesaria se reseca con tijeras. Es importante recordar que el despegamiento no llegue muy cerca de la desembocadura del conducto de Stenon. Se sutura la herida con puntos separados previa hemostasia.

Técnica para la aplicación del injerto.—Después de cubrir el injerto con Gel de Tirotricina se extiende sobre un trozo muy delgado de Gel Fcom, con objeto de que la cara libre de la mucosa se adhiera a éste material. En esta forma se logra que el injerto no sufra enrollamiento ni retracción, sea más manejable y pueda colocarse con mayor facilidad. Se aplica la superficie cruenta de la mucosa a la cavidad ósea post-operatoria presionándola con una pequeña torunda de algodón con objeto de evitar espacios muertos que comprometerían el éxito de la trasplatación. Con un empaque adecuado se termina la operación.

RESULTADOS:

Tenemos hasta la fecha 9 casos en los cuales hemos empleado este procedimiento, todos ellos han presentado una evolución altamente satisfactoria. Las conclusiones definitivas las daremos a conocer cuando se tenga una casuística mayor.

Comentario Sobre Algunos Problemas en el Diagnóstico de las Sinusitis*

Dr. Rafael Giorgana
México, D. F.

Partiendo de la base de que toda rinitis acarrea cambios histopatológicos de la mucosa de los senos, nos damos cuenta del porcentaje tan alto de padecimientos sinusales que pasan inadvertidos para el médico general, pero que no deberán serlo para el especialista; en efecto, si hacemos un estudio de la nariz de un número crecido de personas, encontramos datos suficientes para sospechar sinusitis en un porcentaje muy alto. Ha habido investigadores que han encontrado cifras hasta de 95% de sinusitis no diagnosticadas en la población de un Hospital. Pareciéndonos exagerada esta cifra hicimos, en el Instituto de Cardiología, un estudio histopatológico de la mucosa de los senos en las autopsias, encontrando en 25 casos, 10 senos normales, 5 supurados y 5 con alteraciones patológicas de la mucosa. Todos estos enfermos no tenían antecedentes de O. R. L.

Ahora bien, es indudable que no tendremos dificultad en el diagnóstico de sinusitis cuando se trate de un proceso agudo o de uno crónico con síntomas y datos muy precisos; pero existe un gran número de enfermos con datos vagos, en los que es indispensable al diagnóstico, ya porque se trata de eliminar focos de enfermedad focal o focos infecciosos o para tratar de librar al paciente de sus molestias.

Cabe mencionar aquí que los síntomas más frecuentes que nos deben hacer pensar en una sinusitis son los siguientes:

- 1.—Obstrucción uni o bilateral.
- 2.—Descarga de moco o pus, o mocopus retrofaringeo.
- 3.—Sequedad nasal.
- 4.—Sequedad de garganta.
- 5.—Crisis de estornudos.
- 6.—Descargas de pus con expectoración frecuente.
- 7.—Faringitis o laringitis crónicas o de repetición.
- 8.—Alergias faciales.

Aquí es donde el especialista tiene que contestar las siguientes preguntas:

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

¿Tiene el enfermo sinusitis? Si la tiene, ¿qué seno o senos están afectados? ¿Se trata de una sinusitis alérgica, o hiperplásica o latente?

Para su contestación tiene a su alcance dos armas, de cuyo buen uso depende la contestación acertada: El diagnóstico clínico y la confirmación radiológica.

Veremos el primer aspecto, o sea el del diagnóstico clínico. Este debe basarse en una buena exploración que nos permita decir de una manera casi exacta el seno afectado y la clase de padecimiento que presenta; naturalmente, que para ello es obvio que aparte de la rinoscopia se hayan practicado las demás exploraciones de consultorio: lavado, sondeo o punción exploradora; diafanoscopia, rinoscopia posterior y en su caso la antroscopia.

Es bueno recordar que clínicamente todos los senos deben ser accesibles a la exploración si aplicamos bien las técnicas; no obstante esto, algunas veces no son alcanzables por encontrarnos dificultades anatómicas que nos lo impiden; nos referimos a desviaciones obstructivas del septum, adosamiento del cornete medio a pared lateral, estrechez nasal, etc., y que no nos permiten hacer una buena exploración.

He aquí algunos de los problemas que nos parece pertinente señalar por haberlos tenido con alguna frecuencia:

1.—Lavado por el método de desplazamiento de Proetz. Es un medio de exploración habitual y muy valioso cuando es positivo, pero su negatividad no nos excluye la sinusitis; en muchos casos después de hacer tres o cuatro lavados en días sucesivos encontramos uno positivo que nos afirma el diagnóstico (puede suceder, aún con sinusitis, que al hacer el lavado el seno esté vacío).

2.—Sondeo o punción exploradora.—Tienen el mismo valor que el anterior y más margen de error pues no sólo puede estar vacío el seno, sino que puede suceder que existan dificultades anatómicas para el examen; que al introducir la sonda al seno, no alcance a cruzar la mucosa engrosada, o que solamente la rechace; o que se trate de un seno tabicado. En caso de negatividad también es conveniente la repetición de la prueba en distinto día y a distinta hora.

3.—Diafanoscopia.—Realmente tiene un valor menor que las anteriores, porque en este caso la positividad está supeditada al espesor y la consistencia por cruzar del rayo luminoso y así unas paredes óseas gruesas o algunas formaciones en partes blandas (quiste sebáceo, edema, etc.), así como las aplasias del seno frontal, pueden darnos opacidad de sinusitis.

4.—Rinoscopia posterior.—Exploración de uso poco común pero de valor muy grande, ya que por medio de la luz indirecta o del na-

sofaringoscopia, podemos apreciar un escurrimiento purulento esfenoidal, así como darnos cuenta del estado de las trompas.

5.—Antroscopia.—De inapreciable valor para examinar el estado del antro de Higmore.

6.—Estudio citológico del moco nasal.—En la actualidad le consideramos un valor muy grande, sobre todo en la diferenciación de los padecimientos bacterianos con los alérgicos.

En cuanto a la confirmación radiológica, debe comprobar en casi todos los casos nuestro diagnóstico clínico. Este es el aspecto principal de este artículo porque los casos anteriores fácilmente podemos sortearlos siguiendo las técnicas e instrucciones precisas; en cambio, el estudio radiológico está muy lejos de los cuidados nuestros, por lo tanto es indispensable que exista una comprensión completa entre el radiólogo y el rinólogo. Desgraciadamente en nuestro medio existe un alejamiento casi total entre el radiólogo y el especialista O. R. L., nos referimos en el campo de los senos paranasales ya que en los otros aspectos radiólogos de la especialidad sí se han notado adelantos. Tal parece que la radiología, en nuestro medio, ha progresado para todas las especialidades menos para la rinología y es el momento en que debemos pugnar porque las radiografías de senos paranasales constituyan realmente una ayuda para el especialista y no un problema más. En un número elevado de las radiografías que recibimos encontramos muchos defectos y anotamos éstos como causas de error: inclusión de los peñascos dentro de la proyección de los senos que nos interesan, malas posiciones, estudios incompletos (con frecuencia recibimos una sola placa en total), empleo deficiente de las penetraciones o malas técnicas, posiciones caprichosas por exceso de iniciativa, etc.

Pero no por esto vamos a achacar toda la culpa a los radiólogos. Es indudable que ellos son culpables del 50% y no tenemos más remedio que reconocer que el otro 50% corresponde al especialista que manda la prescripción.

Trataremos de explicar esto: Casi siempre el especialista manda al radiólogo una orden escueta de "Radiografía de senos paranasales" a lo que el radiólogo contesta con el envío de una o varias placas, en muchos casos tomadas por personas poco adiestradas para este trabajo y con una interpretación a su modo. Los dos han pecado de incompletos; el especialista debe mandar un resumen somero de su problema diagnóstico y en su caso la indicación de las posiciones deseadas, para en esta forma despertar el interés del radiólogo. A su vez el radiólogo deberá realizar el estudio radiográfico siguiendo las téc-

nicas precisas y enviándonos su opinión que en este caso nos sera muy útil.

La negatividad de un estudio radiográfico no debe ser concluyente porque puede suceder que el seno esté vacío en el momento de la toma, por lo que sería conveniente la repetición una o dos veces más en días sucesivos y a distinta hora. En la actualidad el radiólogo cuenta con otros medios de diagnóstico que en muchos casos aclaran el problema. Nos referimos a la tomografía, la esteroscopia y las radiografías por medio de contraste.

Resumiendo algunos de los problemas en el diagnóstico de sinusitis, tenemos:

1o.—El método de Proetz tiene valor como positivo y como negativo después de varias pruebas.

2o.—La punción o sondeo de un seno, negativa, no excluye a la sinusitis.

3o.—La Didafanoscopia positiva a veces no afirma la sinusitis.

4o.—La confirmación radiológica debe comprobar o aclarar el diagnóstico clínico de sinusitis.

5o.—A veces es conveniente hacer las radiografías en serie y en días sucesivos.

6o.—En la actualidad es de inestimable valor la esteroscopia, la tomografía y los medios de contraste en los senos.

7o.—Cada petición que hagamos al radiólogo debe ir acompañada de un resumen de la historia y nuestra opinión diagnóstica clínica.

8o.—En muchos casos el especialista debe indicar las posiciones a tomar.



Algunas Consideraciones Sobre la Cirugía del Nervio Facial*

*Josephine Collier,
F.R.C.S. (Eng.)*

Quisiera en esta ocasión referirme a algunos detalles de técnica operatoria que, debido a las experiencias y adelantos en la cirugía de los nervios periféricos, me han obligado a modificar la operación originalmente propuesta por Ducl. Las operaciones sobre el nervio facial son más bien tediosas que difíciles. Es esencial, naturalmente, haber tenido experiencia previa en la cirugía mastoidea así como práctica en las operaciones del temporal. Los signos normales pueden desaparecer a consecuencia de intervenciones anteriores o por trastornos patológicos. Algunas veces el orificio del acueducto de Falopio es la primera característica reconocible en el campo operatorio. Como consecuencia de las heridas por arma de fuego, especialmente en los niños en quienes la apófisis mastoidea no está completamente desarrollada, el tronco del nervio puede haber sido seccionado poco después de su emergencia del cráneo. En tales casos, la porción distal del nervio puede encontrarse si se aísla la rama cervical y se sigue hacia arriba hasta el tronco. No hay peligro de fístula parotídea si persiste el canal de esta glándula. La hemorragia continua de la arteria estilomastoidea en el hueso indica la cercanía del nervio, cuando es necesario exponer éste directamente en el hueso. La irrigación con suero caliente y su aspiración posterior, o la espuma de fibrina, pueden usarse para dominar la hemorragia; pero se debe recordar que la succión no debe hacerse más adelante en la operación, cuando el injerto esté ya en su sitio. Alguna vez yo perdí un injerto muy fino cuando un ayudante demasiado oficioso trató de limpiar la cavidad.

Cuando se llega al lugar de la herida, es posible encontrar abundante tejido cicatricial alrededor del nervio lastimado, lo que impide reconocer con claridad si existe sección completa, desgarró

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

de la envoltura, o envoltura intacta con tejido cicatricial adherido. El microscopio de disección es muy útil en estos casos. Los haces nerviosos pueden reconocerse en sus porciones seccionadas. Es importante darse cuenta de la sección completa o parcial del nervio. Cuando sea completa debe buscarse el cabo central. Algunas veces éste se encuentra en el tejido granuloso que se halla en el sitio del ganglio geniculado; el microscopio de disección es muy útil para determinar si se encuentran haces nerviosos en el muñón. En el caso a que me refiero, había un muñón central mínimo; fué muy difícil unir el muñón y el injerto. El resablecimiento no era de esperarse; pero se recobró el uso de movimientos lo suficientemente amplios como para dejar satisfechos al paciente y a sus médicos. Si es posible, es muy importante efectuar la resección adecuada de las terminaciones cicatriciales, hasta descubrir haces claramente brillantes, especialmente en el muñón distal, a fin de asegurar una regeneración que dé buenos resultados. Es muy difícil juzgar de lo anterior en el pequeño nervio facial, pero algunos resultados insatisfactorios se deben, sin duda alguna, a la que se pasa por alto este detalle de técnica.

Tanto el injerto como el cabo periférico deben ser manejados con suavidad, ya que el éxito de la regeneración depende de la cooperación activa de las células de Schwann íntegras. Se utiliza, si es posible, una navaja de rasurar para cortar los nervios, ya que así se obtiene un corte limpio. Cuando no se puede usar una navaja de rasurar en el hueso, pueden utilizarse unas tijeras pequeñas de iridectomía. En virtud de que los injertos tienden a encogerse y a acortarse, es importante hacer un injerto mayor que el espacio que hay entre los dos cabos del nervio. Yo creo que el bajo coeficiente de restablecimientos en mis primeras operaciones, se debió a que no tomé en cuenta la posibilidad de acortamiento. Si la unión del injerto y los cabos no se mantiene, los ejes en vías de regeneración se escapan del lugar de unión y forman un neuroma.

Si todavía se encuentra la pared interna del Conducto de Falopio, que algunas veces ha sido completamente obliterada en una operación previa, nos sirve como un canal rígido en el cual puede ponerse el injerto. En cualquiera caso yo siempre uso la llamada "sutura de fibrina", que evita el uso de suturas y que por lo tanto hace mínimo el riesgo de la aparición de tejido cicatricial en el lugar donde se juntan los nervios. Puede hacerse un coágulo firme de fibrinógeno y trombina humana, que pegue los cabos del nervio y el injerto. No se necesita ninguna otra protección para el nervio. Este coágulo de fibrina es más satisfactorio que el coágulo de la

misma sangre del paciente, ya que el coágulo de sangre entera, es débil y turbio, y, además, se contrae rápidamente convirtiéndose en una maraña esponjosa de fibras de fibrina y eritrocitos, mientras que el coágulo de fibrina permanece por algún tiempo como una gelatina firme y transparente.

Cuando el nervio está intacto, deberá eliminarse la presión externa quitando los fragmentos desprendidos de hueso o el tejido cicatricial adherido. El descubrimiento del nervio deberá hacerse ampliamente hacia arriba y abajo del lugar dañado. No siempre es necesaria la descompresión completa por medio del corte de la túnica. Quitar la pared externa del conducto de Falopio es como quitarle las muletas a un paciente paralítico. Puede ser necesaria la incisión de la túnica, si ésta ha sido rasgada y hay tejido cicatricial adherente. En presencia de supuración activa, deberá evitarse la incisión de la túnica ya que predispone a fibrosis intraneural.

El polvo de sulfonamida no deberá usarse en estas operaciones, o en cualquiera otra operación en la cual el nervio facial pueda ser expuesto, ya que las sulfas dificultan la regeneración.

El tratamiento postoperatorio de la herida es más importante. Los primeros días no deberá intentarse quitar el coágulo sanguíneo o las secreciones, excepto por la parte externa del meato. Después de 10 días la cavidad deberá encontrarse lisa y brillante. Si las granulaciones se hacen excesivas, es mejor dejarlas formar que poner en peligro al nervio con cauterizaciones o curaciones. Uno de mis pacientes sufrió bastante a consecuencia de una curación que le fué hecha cuando yo me encontraba en el frente de batalla. Debo hacer constar que no me encuentro satisfecha con los métodos que están ahora a nuestro alcance, para el tratamiento de la cavidad mastoidea, después de haber puesto un injerto de nervios; me gustaría conocer los resultados al respecto, de otros cirujanos. Una mastoidectomía radical clásica no siempre puede efectuarse, y un injerto del músculo temporal no es protección suficiente para un injerto de nervio. En dos ocasiones he reabierto heridas mastoideas en las que el cirujano había pensado proteger, por medio de un injerto de músculo temporal, al nervio facial expuesto. En esos casos he encontrado tejido cicatricial denso, abarcando la túnica nerviosa.

Es posible que el material de esponja que usan algunos otólogos en la operación de fenestración, facilitará la recuperación; pero antes de que pueda usarse, es necesario efectuar investigaciones experimentales en relación con su efecto en las uniones de los nervios.

Este problema de la herida mastoidea no se presenta cuando el

daño al nervio es realizado en su trayecto vertical y cuando la descompresión o el injerto nervioso pueden ser llevados a cabo sin dañar al oído medio, si éste se encuentra intacto. En estos casos la herida puede ser suturada después de que el coágulo de fibrina se ha formado.

Brevemente describiré ahora los detalles anatómicos que, a través de mi experiencia, considero importantes para explicar el daño al nervio facial en la mastoidectomía. En esta operación (de Schwartze), creo que el otólogo joven o el cirujano no adiestrado, deberán tener en cuenta, al abrir el antro, la importancia que tiene el conservar la integridad de la pared posterior. Cuando además de un seno lateral colocado más adelante de lo normal, se encuentra una fosa media baja, queda una área restringida para abordar quirúrgicamente el antro, y el cirujano inexperienced, ansioso de evitar un daño al seno lateral, se siente tentado de cortar la pared ósea posterior. Cuando ha hecho esto, es muy probable que se pierda y que continúe demasiado hacia dentro, perjudicándose así el nervio, sin que el cirujano se de cuenta de ello. Cuando se llega al antro desde un punto demasiado bajo o cuando erróneamente se supone que una de las células retrofaciales que se abren hacia el canal facial, sea el antro, es fácil que el cirujano se lleve una parte del nervio. Algunas veces he encontrado que el nervio ha sido dañado por el cirujano cuando éste trataba de quitar la punta de la mastoide, o al abrir las células en la porción inferior de la punta.

El cabo inferior está más expuesto a ser dañado en el niño, ya que la apófisis mastoidea en él, no está totalmente desarrollada aún y porque el agujero estilomastoideo está situado todavía sobre la cara lateral del hueso. En estos casos el nervio se daña por la incisión cutánea. Afortunadamente el antro mastoideo, relativamente amplio en el niño, se encuentra arriba y atrás de la caja.

No sé todavía qué efecto tendrá en la incidencia de la parálisis facial la técnica endaural, tan generalizada a la fecha. Es posible que los pocos casos de mastoiditis agudas que se operan actualmente, —debido a su curación médica por la quimioterapia— sean responsables de que se conozcan mucho menos las relaciones del nervio facial en una operación mastoidea sencilla. No cabe duda que el otólogo joven no está adquiriendo la experiencia que en la cirugía de la mastoide aguda nosotros tuvimos antes de que se contase con estos nuevos auxiliares terapéuticos.

Los libros de texto se refieren siempre al peligro de dañar el nervio facial en la operación radical, por el deslizamiento del cincel, cuando se trata de romper el "puente". Aunque tal daño es cier-

tamente posible, la exploración de las cavidades después de las operaciones radicales, en mi práctica, no ha mostrado nunca una sección sencilla del nervio con los cabos todavía en contacto. Los hallazgos operatorios no me han mostrado, tampoco, compresión del nervio por un fragmento fracturado de hueso o una pérdida más seria de substancia nerviosa, hechos de los cuales el cirujano que operó la primera vez, no se hubiera dado cuenta. Quitar las partes inferiores de la pared posterior, demasiado profundamente, a fin de obtener un buen drenaje de una cavidad mastoidea radical, especialmente cuando la apófisis es neumatizada, puede exponer al nervio, en su trayecto descendente, y, hasta dañarlo, si el cirujano no lo reconoce. Por supuesto, todos estos tipos de daños al facial, provienen de la operación mastoidea radical clásica. Yo sólo he visto dos casos de parálisis facial desde que se puso en boga la operación endaural y, en ambos, el nervio estaba dañado en el oído medio.

Es más probable que el nervio sea dañado cuando se reabre la cavidad mastoidea después de una operación radical ejecutada por otro cirujano. Un nervio expuesto puede no ser reconocido por estar rodeado de tejido cicatricial. Cuando las relaciones anatómicas se han perdido, es mejor exponer el nervio desde abajo, a considerable distancia del área enferma.

RESUMENES DE PRENSA:

SULLA INERVAZIONE VEGETATIVA DELLA MACULA UTRICULI UMANA.—*Del Bo M. e Livan M.*—Archivio italiano di otologia rinologia e laringologia. Vol. LXIII, Fasc. 50 p. 456.

Los autores han puesto en evidencia en el tronco del nervio vestibular y a nivel de la lámina propia utricular humana fibras nerviosas susceptibles de ser consideradas de naturaleza vegetativa por sus características. Estas fibras alcanzan al plexo basilar a nivel del epitelio sensorial de la mácula y se pierden en una trama nerviosa muy compleja.

Los AA, por otra parte han identificado en la zona perimacular la presencia de placas nerviosas perivasculares en relación con el plexo basilar por delgadas fibrillas.

Estiman que se produce a nivel del plexo basilar una compenetración entre las fibras pertenecientes a la vía neurotruncular y las que pertenecen a la vía peri-vascular.

H. A.

* * *

NEW THEORY FOR THE CORRELATION OF THE PATHOLOGY AND SYMPATOMATOLOGY OF MENIERE'S DISEASE

Lempert J., Wolff D., and Rambo J.H.T.—New York. Wever E. G., and Lawrence M., Princeton, N. J.—The Annals of Otology, Rhinology & Laringology. Vol. LXI Sept. 1952. No. 3. p. 717.

Es un trabajo bien documentado y profusamente ilustrado con 20 microfotografías, en el que los autores lanzan una nueva teoría para correlacionar los datos patológicos y el cuadro sintomático de la enfermedad de Menière.

Aceptando a la formación de vesículas epiteliales como parte de la fisiopatología del Menière, se puede lograr una mucho mejor correlación del complejo sintomático con la patología.

Basados en sus observaciones los AA, creen que la enfermedad de Menière es una *Neuritis herpética crónica y progresiva* del laberinto ya sea de origen tóxico o trófico.

Proponen la teoría de que un ataque de Menière, es debido a la ruptura de una o más vesículas con la liberación de un fluido tóxico cuya constitución química difiere de la endolinfa normal, en el interior del laberinto membranoso.

El tamaño y el número de las vesículas rotas al mismo tiempo determinan la severidad de los ataques. La naturaleza paroxística de este padecimiento sería debida a la formación continua y ruptura periódica de esas vesículas.

Todos los síntomas del Menière pueden explicarse como resultado de la contaminación de la endolinfa por este fluido vesicular. El vértigo violento sería debido a la hiperexcitabilidad de la cresta por la endolinfa contaminada y no por el aumento de la presión endolinfática. La distensión observada en el sistema endolinfático, es el resultado de la formación de vesículas y la producción de fluidos tóxicos. Esta distensión ocurre principalmente en la membrana de Reissner porque es ésta la más delgada del sistema endolinfático.

La hipoacusia es debida a la lesión progresiva del órgano de Corti por la repetida contaminación de la endolinfa.

El acúfeno sería el resultado del estímulo del órgano de Corti por la endolinfa contaminada.

La sordera que se presenta durante el ataque representa una agresión tóxica a las células ciliadas del Corti. Estos síntomas desaparecen lentamente, ya que la endolinfa contaminada es gradualmente reabsorbida.

Los AA, con su explicación niegan un papel importante a la hipertensión endolinfática.

H. A.

* * *

EFFECT OF ACUTE TONSILITIS AND TONSILLECTOMY ON THE COURSE OF NEPHRITIS.—*Lumio J. S., Helsinki, Finlandia. Acta Oto-laryngologica. Vol. XLII February-April 1952. Fasc. I-II-P-113.*

Este estudio fué realizado con el objeto de determinar si la nefritis se agrava bajo la influencia de la amigdalitis aguda y para valorar la amigdalectomía en el tratamiento de los enfermos nefríticos.

El material fué obtenido de cuatro grandes hospitales de Helsinki y comprende un total de 190 casos, bajo tratamiento en el período 1933-1950.

100 de los pacientes con nefritis aguda o crónica sufrieron amigdalitis estando dentro del hospital; su riñón fué examinado minuciosamente antes y después de la amigdalitis. Los resultados de las investigaciones de laboratorio inmediatamente anteriores a la amigdalitis fueron comparadas con los obtenidos 7 a 10 días después encontrándose un 18.5% de casos indudablemente agravados.

En los de nefritis crónica, la cifra correspondiente fué de 16%. En un sólo caso, un paciente con nefritis crónica desarrolló un cuadro urémico inmediatamente después del principio del proceso faríngeo que rápidamente lo llevó a la muerte.

La amigdalectomía fué efectuada en 90 enfermos con la esperanza de curar la nefritis. De éstos, 69 tenían nefritis aguda y 21 crónica.

En la mayoría de los casos, la condición post-operatoria fué definitivamente mejor, pero en algunos otros fué observado el fenómeno inverso.

El estado de dos enfermos fué definitivamente agravado en el inmediato post-operatorio y en cuadro urémico murieron 2 y 3 semanas respectivamente después de la amigdalectomía.

De los que tuvieron nefritis aguda 33% salieron del hospital en buenas condiciones; el 41% tuvieron manifestaciones latentes y el 26% nefritis manifiesta. En el grupo de la nefritis agudas 53 pacientes fueron controlados en períodos que variaron de 6 meses a 16 años.

H. A.

* * *

ELECTROCOAGULACION OF THE VESTIBULE IN GUINEA PIGS.—*Fernández, C., Ludwig, H. and McAculiff, D.* (The laryngoscope, 62: 1159, 1952).

El objetivo del trabajo fué, I) encontrar una explicación a la persistencia ocasional de los vértigos después de la electrocoagulación del vestíbulo, en enfermos con vértigo de Menière, y, II) estandarizar la técnica de la electrocoagulación.

El experimento se hizo en 57 cobayos adultos. 25 animales murieron después de la intervención. Los 32 restantes se dividieron en 3 grupos.

El primer grupo consta de 7 animales con un total de 8 oídos operados. La operación consistió en la destrucción del laberinto vestibular por medio de una aguja fina. Los animales se sacrificaron entre algunos minutos y cuatro semanas después de la intervención.

El segundo grupo consta de 3 animales con un total de 4 oídos operados. La operación consistió en extraer el laberinto vestibular membranoso según la técnica de Cawthorne. Los 33 animales fueron sacrificados inmediatamente después de la intervención.

El tercer grupo consta de 22 animales con un total de 29 oídos. La operación consistió en hacer la electrocoagulación del vestíbulo según la técnica de Day. Los animales fueron sacrificados entre algunos minutos y siete semanas después de la intervención.

Los estudios histopatológicos de los temporales demostraron que en ningún caso se logró una destrucción completa del laberinto vestibular. En todos los temporales estudiados se encontró que, la cresta del canal semicircular posterior y a veces la mácula sacular, eran normales. Los AA, hacen aclaración que este resultado no es definitivo, por cuanto no lograron sobrevivencias de animales mayores de dos meses, y por lo tanto no tienen información acerca de si esta indemnidad del canal semicircular posterior persiste a través del tiempo. No obstante, los AA, consideran que, posiblemente la causa de la aparición de síntomas vertiginosos en los enfermos operados de Vértigo de Menière, es la indemnidad de la cresta del canal semicircular posterior. De ahí sugieren que se haga una electrocoagulación prolija del vestíbulo, introduciendo el electrodo en la dirección de los tres canales, utrículo y sáculo.

Los AA. estiman que el procedimiento más efectivo es la electrocoagulación con una corriente entre 40 y 45 miliamperes. Aconsejan usar electrodos recubiertos por una substancia aislante a fin de evitar la propagación de la corriente sobre la superficie ósea hasta el facial.

Como la efectividad de la electrocoagulación es función tanto de la intensidad como de la duración de la corriente, se aconseja regular cuidadosamente esta última. Los AA. han encontrado que el "Cameron Duo-Cauterodyne" necesita aproximadamente dos segundos para calentar su filamento y por lo tanto, la corriente no es efectiva hasta dos segundos después de operar el conmutador de pié. Los AA. sospechan que en muchas intervenciones humanas en las cuales se ha usado este instrumento particular, no se ha producido una electrocoagulación efectiva, sino un simple trauma operatorio por la introducción del electrodo.

Sólo las corrientes de alta intensidad elevaron el umbral de los microfónicos cocleares y potenciales de acción, para todas las frecuencias. Por otro lado todos los procedimientos usados afectaron las respuestas de los 500 c.p.s. Es probable que la nueva ventana sea la causa de este efecto, por una alteración de la acústica del oído interno.

H. A.

