

# A N A L E S

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA  
Y BRONCOESOFAGOLOGIA

REDACCION  
NAPOLIS No. 9  
Teléfono: 12-84-77

ADMINISTRACION  
MEDELLIN No. 331.

MEXICO, D. F.

---

TOMO V

ABRIL-JUNIO

NUM. 22

---

DIRECTOR:  
Ricardo Tapia Acuña

GERENTE:  
Dr. Luis Márquez

---

•

## SUMARIO:

	Págs.
Editorial. ....	61
Notas Sobre el Diagnóstico de los Padecimientos Estenosantes del Esófago.—Por el Dr. RICARDO TAPIA ACUÑA. ....	69
Cirugía en Reconstrucción Total de Oreja.—Por el Dr. PEDRO ANDRADE PRADILLO. ....	79
Resúmenes Bibliográficos y Libros. ....	89
Noticias. ....	91

---

---

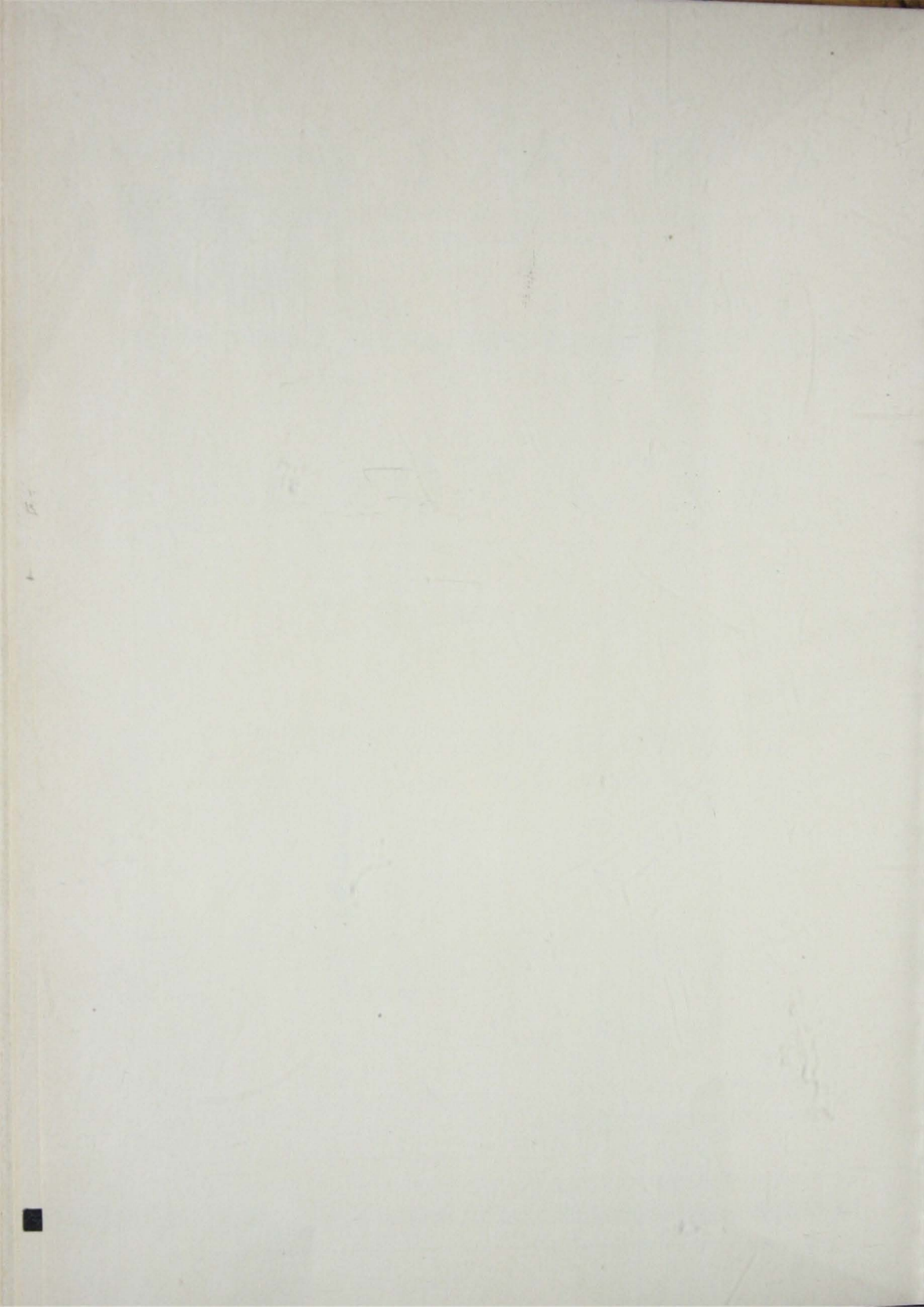
## SUBSCRIPCIONES

Precio del Ejemplar .....	\$ 6.00
Números atrasados .....	„ 10.00
Subscripción anual, en México .....	„ 20.00
Subscripción anual, en otros países .....	Dls. 3.00

---

SOLICITADOS LOS REGISTROS, POSTAL Y DE PROPIEDAD LITERARIA  
SEGUN LA LEY

---



**GRAFICAS DEL IV CONGRESO PAN-AMERICANO  
DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA Y BRONCO-  
ESOFAGOLOGIA**





Solemne inauguración del IV Congreso Panamericano de Oto-rino-laringología y Bronco-esofagología.—De izquierda a Derecha: Ricardo Tapia Acuña, Presidente del Congreso. Dr. Ignacio Morones Prieto, presidiendo el acto a nombre del C. Presidente de la República. Y Dr. Justo M. Alonso, Presidente de la Asociación Panamericana de Oto-rino-laringología y Bronco-esofagología





Mesa Redonda: "Enseñanza de la Otc-rino-laringología y Bronco-esofagología. Preside el Dr. Luis Vaquero S.



Delegación de México. Al centro: Dr. Ricardo Tapia y Fernández, Presidente Honorario de la Sociedad Mexicana de Oto-rino-laringología y Bronco-esofagología.



## Notas Sobre el Diagnóstico de los Padecimientos Estenosantes del Esófago\*

Dr. Ricardo TAPIA ACUÑA.

Contrariamente a lo que es de suponerse, uno de los problemas más serios en clínica es el diagnóstico de los padecimientos estenosantes del esófago, cualquiera que sea su etiología.

La situación del órgano, su constitución y morfología explican que las estenosis den lugar a síntomas semejantes y en no pocas ocasiones tardíos. El ejemplo más lamentable es el que se refiere al cáncer. Con frecuencia son observados casos que han sido confundidos o bien, examinados tardíamente.

La radiología y la endoscopia han hecho posible el diagnóstico diferencial más o menos preciso; pero tanto una como la otra deben estar asociadas entre sí con la clínica y el laboratorio. En la actualidad, puede también considerarse, como otro medio de diagnóstico la toracotomía externa cuando han sido previamente agotados los recursos habituales. Sin embargo, para llegar a ello, tratándose del esófago, es porque el caso ha sido excepcionalmente difícil o porque los resultados de los exámenes, especialmente los histopatológicos no han dejado satisfecho al clínico o al endoscopista.

*Examen clínico.* El hábitus exterior del enfermo puede revelar hasta qué grado está sufriendo o bien el tiempo aproximado de la iniciación del padecimiento. No es lo mismo ver a un enfermo que ha llegado por su pie, con facies que no demuestra sufrimiento ni agotamiento físico, que verlo en una camilla o en los brazos de la madre adoptando su cuerpo una posición determinada, con facies mostrando angustia, dolor, hambre, desesperación, adelgazamiento, astenia u otros signos que pueden ser indicación de infección grave.

El interrogatorio, ya sea directo o indirecto es de suma impor-

\* Trabajo reglamentario leído en la Academia Nacional de Medicina en la sesión del 25 de marzo de 1953.



tancia. Hay que conocer los antecedentes patológicos y el tiempo que lleva de estar enfermo el paciente, precisar, hasta donde sea posible, los detalles de la iniciación del padecimiento, e investigar y analizar los síntomas más comunes y que son los siguientes: dolor, disfagia, hemorragia, sensación de opresión retroesternal, sensación de cuerpo extraño, babeo, regurgitaciones ácidas o alimenticias, fiebre, adelgazamiento, astenia y algunos otros de carácter respiratorio tales como disnea, tos y hemoptisis.

Deben analizarse someramente estos síntomas.

*El dolor* puede ser espontáneo o provocado durante la deglución por el paso de los alimentos o de la saliva. Cuando se trata de dolor espontáneo, su localización depende del sitio de la lesión; si es en el cuello, se acompaña comúnmente de empastamiento o tumefacción exterior; si es en la región torácica, el dolor rara vez se presenta solo y tiene caracteres de algia y angor con irradiaciones hacia el esternón y la columna vertebral. Cuando la lesión que produce el dolor está a la altura del hiatus o el cardias, los caracteres de este síntoma son completamente distintos; la sensibilidad es mayor sobre la región epigástrica, y se exacerba con los movimientos respiratorios o la palpación del abdomen.

En la *disfagia* que no se acompaña de dolor, el paciente se queja de que no le es posible comer por imposibilidad física, pues lo deglutido se detiene a cierta altura, que, aunque sea baja, casi siempre la localiza en la región inferior del cuello. El grado de disfagia es variable y depende de cuán acentuada sea la estenosis. En un principio el paciente quedará imposibilitado para deglutir los sólidos; pero en cambio podrá tomar líquidos hasta el momento en que la estenosis se convierte en oclusión completa.

La *hemorragia* puede ser también variable; pero en general no es abundante y se presenta con los caracteres de hematemesis o melena.

La *sensación de opresión retroesternal* y de cuerpo extraño es característica de la retención.

El *babeo* se presenta cuando existe un estado inflamatorio de tal importancia que, además de la dificultad de deglución de la propia saliva, hay hipersecreción de la faringe y del esófago, y sialorrea.

Las *regurgitaciones ácidas* son producidas por la hipersecreción gástrica y por alteraciones funcionales. Favorecen la inflamación del esófago.

El *vómito y las regurgitaciones alimenticias* son provocados, el primero con excitación refleja de las musculaturas gástrica y peri-ab-

dominal y la segunda por retención alimenticia al nivel de la estenosis del esófago, o bien, en un divertículo del mismo. La retención prolongada puede traer como consecuencia la putrefacción de los alimentos.

La *fiebre, el adelgazamiento y la astenia* son manifestaciones de la infección y del estado de inanición del paciente, debido a la imposibilidad de aprovechar los alimentos necesarios para la economía.

En los padecimientos estenosantes del esófago es posible que aparezcan diversos síntomas de carácter respiratorio; los principales son: la tos, la expectoración anormal, el dolor de tipo neumónico, la disnea y, más rara vez, hemoptisis. Estos síntomas se presentan especialmente en los niños y son debidos a la aspiración de las secreciones y de los alimentos regurgitados o vomitados.

De mucha utilidad para el diagnóstico es el examen de la boca, la faringe y la laringe. Por este examen pueden apreciarse diversas lesiones tales como quemaduras, sialorrea y aun la regurgitación alimenticia. En la quemadura por cáusticos, si es reciente, se encontrará la mucosa de estos órganos con ulceraciones múltiples, difusas y coalescentes. Si es antigua, es posible observar fibrosis y deformaciones cicatrizales.

Por ningún motivo debe pasarse por alto el examen del cuello, tanto en su parte estática como en su parte dinámica. En ocasiones el esófago es palpable.

Por el examen clínico del tórax se podrá complementar el diagnóstico o aclarar ciertos datos etiológicos, pero de ninguna manera tendrá el valor que tienen las exploraciones radiológicas y endoscópica del esófago, sin embargo, clinicamente es factible el diagnóstico de una lesión de la pleura, pulmón, grandes vasos o de la caja torácica, lo que servirá como orientación cuando coexiste una estenosis esofágica.

Considero necesario practicar un examen clínico del abdomen, particularmente la región epigástrica, pues por medio de este examen podrán saberse las condiciones del estómago y su contenido antes y después de la ingestión de líquidos o alimentos. Esto, obviamente, tiene importancia por lo que se refiere a la detención de estos últimos en el esófago.

*Examen radiológico.* El examen radiológico en el diagnóstico de los padecimientos estenosantes del esófago es fundamental, pues si el estudio se limitara a la parte clínica, podría saberse si existe o no estenosis y en ocasiones conocer indirectamente la causa de la misma; pero no podría saberse con certeza el tipo de estenosis, ni el sitio, ni otras características, lo cual dejaría el diagnóstico insuficiente.



Si se supone una estenosis alta, habrá que practicar radiografías del cuello.

Aunque una radiografía simple, previa, de tórax puede ser muy útil, creo que de una manera general todo examen radiológico del esófago debe iniciarse por la fluoroscopia. Dicha fluoroscopia es necesario hacerla en las posiciones pósterioanterior y oblicuas, y comprende el examen de la caja torácica y su contenido, tanto en estado estático como en estado dinámico. Las condiciones del pulmón, los grandes vasos, la pared torácica y el diafragma deberán ser estudiadas cuidadosamente. En seguida se estudiará el esófago por fluoroscopia haciendo ingerir al paciente substancias radio-opacas. Las substancias más empleadas son las baritadas, sin perjuicio de que en condiciones especiales se empleen yoduros o bien sales de torio, las cuales he usado en recién nacidos bajo la forma de dióxido de torio (umbrathor).

Las mezclas a base de bario son empleadas en proporciones débiles y fuertes. Las primeras deben ser preferidas cuando la estenosis es avanzada y las segundas cuando se desea un mayor contraste. No soy partidario del empleo de estas substancias incluidas en cápsulas de gelatina u otro material desintegrante, pues la retención de ellas en el sitio de las estenosis acentúa de inmediato la disfagia.

En los niños recién nacidos o en los pacientes con mal estado general o con padecimientos nerviosos centrales, es más conveniente el empleo del torio por su inocuidad casi completa y en estos casos es probable que se requiera el auxilio de sondas huecas y blándas para su introducción en la faringe o el esófago, con el cuidado debido y tomando en cuenta previamente cualquier posible contraindicación.

No creo que sea recomendable emplear substancias radioopacas en esófagos que se supone que hayan sido recientemente traumatizados, cualquiera que sea la causa de este traumatismo, pues he podido observar que cuando tal cosa se ha hecho, los síntomas se exacerban y hasta llegan a presentarse cuadros de una complicación grave. Inclusive, en ocasiones, es preciso retirar por aspiración la substancia opaca, si ésta ha sido regurgitada, como suele acontecer en niños muy pequeños o muy debilitados o enfermos semiinconscientes. Hay que evitar a todo trance el paso de ellas a las vías respiratorias.

Las placas radiográficas deben imprimirse en las posiciones de pie y decúbito dorsal, con la mesa colocada horizontalmente o en la posición de Trendelenburg en aspiración forzada. El decúbito ventral no debe ser descartado del todo en los casos de estenosis esofágica, pues esta posición ayuda para esclarecer la presencia de trayectos anormales.



El contraste que se obtiene mediante la hiperpresión aérea en la maniobra de Valsalva, puede ser de utilidad en ciertos casos, especialmente para el estudio del esófago cervical.

La interpretación que se dé al estudio radiológico debe ser de acuerdo con la clínica y de ninguna manera aisladamente. A pesar de eso, todo diagnóstico a base exclusivamente de estos dos útiles medios de exploración, debe tomarse con reservas mientras no se recurra al examen endoscópico, el cual será el que lo confirme o lo rectifique.

*Endoscopia.* La *esofagoscopia directa* puede ejecutarse, ya sea por la vía oral, o bien por la vía retrógrada cuando exista previamente una fistula de gastrostomía. Cabe aquí hacer algunas consideraciones sobre cuando no debe ejecutarse, tanto por las condiciones generales del enfermo como por las condiciones especiales del esófago. En los casos en que se sospeche una quemadura muy reciente de éste o un traumatismo, accidental o instrumental, es preferible dejar en reposo el órgano hasta el momento en que se considere que ha creado suficiente tejido de defensa para que la introducción del esofagoscopio resulte inocua.

En el caso de quemaduras, creo aconsejable hacer pasar al enfermo hasta el estómago un hilo de seda o nylon de color obscuro y mantenerlo fijo por la nariz, para evitar de esta manera la atresia. Este mismo hilo puede servir más tarde de guía en la introducción del instrumento. Me parece suficiente la espera de dos semanas, y se debe hacer en ese lapso el tratamiento indicado según el tipo del cáustico ingerido.

Cuando ha habido traumatismo del esófago provocado por cuerpos extraños y no existe complicación pleural o mediastínica, es suficiente esperar dos o tres días. Lo mismo puede decirse cuando el traumatismo ha sido instrumental. Estos plazos no deben ser considerados como absolutos; pero sus variaciones son escasas, dado que el criterio del esofagólogo es el que prevalece.

El empleo de bujías con objeto de explorar las condiciones o la extensión de la estenosis, debe hacerse siempre con el control del esofagoscopio y manipulando la sonda con cuidado y delicadeza.

Desde el punto de vista del *diagnóstico diferencial* las estenosis del esófago pueden clasificarse como sigue:

1o., motivadas por compresión extrínseca; 2o., motivadas por cuerpos extraños; 3o., por trastornos funcionales, y 4o., por lesiones orgánicas del esófago.

1o. Los padecimientos que dan lugar a una estenosis por com-

presión extrínica pueden tener su localización en el cuello o en el tórax. En el primer caso son los siguientes: tumores de la faringe, de la laringe y de la tráquea; adenopatías o tumores de los ganglios cervicales; tumores o deformaciones de la columna vertebral cervical; inflamaciones difusas del cuello y, por último, tumores de la glándula tiroides y aneurismas de los vasos del cuello. Mediante el examen clínico, aun sin necesidad de estudios radiológico y endoscópico, es posible aclarar el diagnóstico. La fluoroscopia no proporciona datos de mucha utilidad; en cambio, el estudio radiográfico de la columna sí es útil. La esofagoscopia directa es generalmente mal tolerada; pero deberá emplearse si los datos de la clínica se consideran insuficientes.

En el tórax, los padecimientos más comunes que dan este tipo de estenosis son los de orden vascular y cardíaco (aneurismas, dilataciones), las adenopatías, los tumores del mediastino y las deformaciones congénitas o adquiridas de la columna vertebral. En estos casos, no sólo es de utilidad el examen clínico, sino también muy especialmente el estudio radiológico. La esofagoscopia directa debe emplearse con algunas reservas; pues, aunque no he tenido la triste experiencia, sí he sabido de roturas de grandes aneurismas de la aorta en el momento de su ejecución.

2o. Los cuerpos extraños pueden dar lugar a estenosis, ya sea por obstrucción mecánica motivada por su permanencia en el tubo esofágico o bien por lesiones provocadas por el paso de ellos. En el primer caso, hay que tomar en cuenta el accidente inicial y la evolución posterior. Si dicho cuerpo es radioopaco, el diagnóstico quedará comprobado mediante el examen radiológico. Cuando no es radioopaco, conviene emplear sustancias de contraste, siguiendo los lineamientos anteriormente señalados. La esofagoscopia será la que, en última instancia, confirme el diagnóstico.

Como es posible que un cuerpo extraño se movilice de un momento a otro, tendrá que ser tomado en cuenta esto inmediatamente antes y a veces también durante el examen endoscópico.

3o. Los trastornos funcionales del esófago pueden apreciarse desde el primero o los primeros días del nacimiento, o bien aparecer en cualquier otro momento de la vida. El diagnóstico es relativamente sencillo y se confirma por los datos obtenidos de los exámenes radiológico y esofagoscópico. Cuando se trata de padecimientos adquiridos, hay que tomar en consideración las manifestaciones patológicas del sistema y el psiquismo del enfermo.

4o. Las lesiones orgánicas estenosantes del esófago son también



congénitas o adquiridas. Entre las primeras se encuentra: el esófago corto, las bridas, las faltas de epitelización y las fibrosis provocadas por lesiones congénitas de los órganos adyacentes. No incluyo las atresias porque no me parecen motivo de este trabajo.

El más común de estos padecimientos es el esófago corto, el cual es sólo hasta hace poco bien conocido. Radiológicamente, el esófago corto pudiera prestarse a confusión con el estómago herniado, pero si se hacen observaciones cuidadosas, se notará que en el primero no existe una gran dilatación preestónica y que el esófago se encuentra en su posición normal, sin desplazamiento, carece de acodamientos que radiológicamente dan imágenes de fisura y que la sombra gástrica tiene densidad uniforme, tanto en una posición supra como infra diafragmática.

Por otro lado, la esofagoscopia demuestra que, en el supuesto sitio correspondiente al cardias, la estenosis es franqueable la mayoría de las veces y el aspecto de la mucosa sufre un cambio brusco, pero sin pliegues como cuando se trata de hernia gástrica.

Para confirmar el diagnóstico del esófago corto, puede haber necesidad de recurrir al examen de una biopsia.

Los más comunes padecimientos estenosantes adquiridos del esófago son los siguientes: a) consecutivos a la ingestión de cáusticos; b) tumores; c) sífilis y tuberculosis; d) divertículos; e) leucopenia; f) esofagitis y cicatrices postraumáticas; g) esofagitis péptica y hernias del hiatus; y h) várices del esófago.

a) Ya he hecho notar la importancia que tienen para el diagnóstico el antecedente de haberse ingerido cáusticos y el examen bucofaringeo. El examen radiológico excepcionalmente demuestra las dilataciones preestenóticas. La estenosis puede ser única, o múltiple, que afecte a varios sitios en los que aumenta la estrechez. Por esofagoscopia únicamente se observará la porción superior de la estenosis.

b) Los tumores *benignos* que he observado son los pólipos. Para el diagnóstico radiológico de ellos es conveniente observar la sombra esofágica en diversas posiciones, pues una sola de ellas no tendrá el suficiente valor. La esofagoscopia directa y la biopsia son indispensables.

Desde el punto de vista clínico, los tumores *malignos* dan lugar a disfagia, cuya instalación ha sido lenta e insidiosa, rara vez a hematemesis o melena, y sólo cuando están muy avanzados dan lugar a desnutrición y caquexia. La fiebre es verdaderamente excepcional; los



síntomas broncopulmonares son menos raros, pero de ninguna manera frecuentes.

A pesar de que en el examen radiológico se toman como precisos ciertos signos, hay que hacer notar que, en la mayoría de los casos, las imágenes son irregulares y en ocasiones confusas. Solamente dos signos pueden tener, en mi concepto, verdadero valor y ellos son los siguientes: la persistencia de la imagen y la rigidez de las regiones del esófago adyacentes al tumor.

La endoscopia, en cambio, puede dar datos positivos aun antes de ser conocido el resultado de la biopsia, porque el aspecto que presenta este padecimiento es característico. Quien ha tenido la oportunidad de ver por esofagoscopia una neoplasia, difícilmente confunde su imagen con la de otro padecimiento.

La rigidez o fijación de las paredes son fácilmente apreciables y la biopsia da resultados precisos en el 90 por ciento de los casos. Respecto a esta última (la biopsia), sucede lo que en el cáncer de la laringe, que hay que tomarla de varios sitios lo más próximos a la pared y, cuando el resultado de la misma no está de acuerdo con la clínica y la endoscopia, repetirla cuantas veces sea necesario.

Un último problema a considerar desde el punto de vista endoscópico, es el que se refiere a las estenosis posteriores a la esofagectomía. El cirujano podría pensar que se trata de una recaída cuando en realidad se trata de una estenosis fibrosa postoperatoria en el sitio de la anastomosis, lo cual constituye un serio problema por su resistencia a la dilatación.

c) En casos de sífilis he observado esofagoscópicamente ulceraciones, granulomas y fibrosis. Es necesario completar el diagnóstico mediante los exámenes clínico y serológico. Las lesiones tuberculosas dan aspecto de granuloma o tumoración benigna, ocasionan disfagia y ameritan el examen de los pulmones, el esputo y aun la biopsia.

d) Los divertículos congénitos o adquiridos son capaces de ocasionar la estenosis por ulceración o fibrosis del conducto comunicante, o bien por compresión, si el saco es demasiado grande y se encuentra lleno de alimentos. El diagnóstico del divertículo es esencialmente radiológico y es común que se requiera colocar al paciente en diversas posiciones e inclusive emplear diferentes densidades en la comida opaca para lograr su visualización. La utilidad del examen endoscópico es indiscutible.

e) La leucoplasia del esófago da lugar a estenosis y su situa-

ción generalmente es en el tercio inferior. La imagen radiológica muestra una estenosis irregular en el sitio de la lesión y de cierta longitud según la extensión de la leucoplasia. La esofagoscopia en el diagnóstico de este padecimiento tiene un papel preponderante y si en algún sitio tiene aspecto de tumor maligno, la biopsia aclara su carácter inflamatorio. Es conveniente practicar las reacciones serológicas.

f) La esofagitis y las cicatrices postraumáticas son motivo de una investigación clínica, radiológica y esofagoscopia. Tienen en este caso gran valor el interrogatorio y el examen físico del paciente. La esofagoscopia debe practicarse únicamente cuando el paciente se encuentre fuera de la fase aguda. También, como dije antes, es peligroso el empleo de sustancias radioopacas en esta misma fase aguda.

g) En la esofagitis péptica suelen presentarse ulceraciones y estenosis. Se trata generalmente de enfermos con trastornos gástricos y con reacciones emotivas violentas. La regurgitación ácida es frecuente y puede ser un dato útil para el diagnóstico. En algunos casos, es posible observar en las placas radiográficas la imagen característica en el sitio de la úlcera péptica y hernias hiatales.

h) Cuando las várices del esófago dan lugar a estenosis debe confirmarse el diagnóstico por medio de la esofagoscopia directa y como complemento, estudiarse la causa de esta lesión en el aparato circulatorio.

Como una consideración final, quisiera asentar que, para que los exámenes radiológico y esofagoscópico tengan un verdadero valor debe recordarse el factor de error que constituye el no tomar en cuenta el estado de vacuidad del esófago. Un megaesófago puede ser motivo de un error diagnóstico si, antes o durante la exploración, no se ha removido el alimento adherido a la pared del órgano. Así es como en un enfermo con diagnóstico clínico y radiológico de estenosis esofágica éste resulta falso al practicarse correctamente la esofagoscopia.

## R E S U M E N

Este trabajo realza la importancia de un estudio completo y cuidadoso en los casos de estenosis esofágica. Para llegar al diagnóstico, se requieren: exámenes clínico, radiográfico y endoscópico cuidadosos, y, en los casos que así lo ameriten, biopsia y aun intervención exploradora.



El diagnóstico rápido es esencial y la dilación puede ser funesta, particularmente por la posibilidad de cáncer.

### S U M M A R Y

This paper deals with esophageal stenosis and its diagnosis. A complete clinical examination is mandatory and should always be supplemented by X-Ray studies, esophagoscopy, and biopsy or exploratory toracotomy in selected cases.

The promptness in the diagnosis is essential and its delay may prove fatal in view of the possibility of cancer.

### REFERENCIAS

1. CASTRO LIMA, O.; QUEROZ MUNIZ, A., y CARVALHO, L.—Considerações em torno do Tratamento Cirurgico de Megaesofago. *Memorias II Congreso Pan-Americano de Oto-Rino-Laringología y Bronco-Esofagología*, tomo II, 67, Montevideo, 1950.
2. HOLINGER, P. H., y POTTS, W. J.—Congenital Atresia of the Esophagus. *Memorias II Congreso Pan-Americano de O. R. L. y B. E.*, tomo II, 7, Montevideo, 1950.
3. HOLINGER, P. H., y JONHSTON, K. C.—Congenital Stenosis of the Esophagus. *Memorias II Congreso Pan-Americano de O.R.L. y B.E.*, tomo II, 13, Montevideo, 1950.
4. JACKSON, C.—*Bronchoscopy and Esophagoscopy*, Cap. XXX al XXXIV, 317-370. Saunders, Philadelphia and London, 1927.
5. JACKSON, C., y ACKSON, C. L.—*Otorinolaringología y Broncoesofagología*, parte VI, 967-1076. UTEHA, México, 1949.
6. LEMAITRE, F.—*Oto-Rino-Laryngologie*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 20800-20855, París, 1951.
7. QUEIROZ MUNIZ, A., y CASTRO LIMA, O.—Aspectos Do Esofago na Tuberculose Pulmonar. *Memorias II Congreso Pan-Americano de O.R.L. y B.E.*, tomo II, 39, Montevideo, 1950.
8. TOLOSA, E. E., y CASTILLO, J. M.—Celulitis del espacio prevertebral por cuerpo extraño de vías digestivas superiores. *Memorias del II Congreso Pan-Americano de O.R.L. y B.E.*, tomo II, 23, Montevideo, 1950.



## Cirugía en Reconstrucción Total de la Oreja

### CASO CLINICO

*Por el Dr. Pedro Andrade Pradillo.*

Mientras en algunas partes del cuerpo con la sola restitución funcional basta, en las regiones expuestas del organismo, la restitución de la forma es de igual importancia sobre todo en tratando de la cara.

La ausencia del meato auditivo y conducto externo, es una anomalía rara, que va frecuentemente acompañada de un desarrollo deficiente de la oreja, o de la ausencia total de la misma, según la etapa embrionaria en que se detuvo el desarrollo. Se calcula que de cada 20,000 nacimientos ocurre una vez la pérdida parcial o total de una o ambas orejas.

Las estadísticas de Toll y Saily en Francia y la Page en Nueva York, encuentran un caso de atresia por cada dos mil afecciones del oído aproximadamente.

Lo anterior en lo referente a malformaciones congénitas. Las malformaciones adquiridas, producidas por traumatismo, quemaduras y tumores sobre la oreja pueden ocasionar trastornos funcionales y estéticos del oído lo mismo que las malformaciones congénitas. Sin embargo debemos dejar aclarado, de una vez, que los problemas serios funcionales del oído los tenemos en las deformaciones congénitas exclusivamente, aunque afortunadamente los métodos de exploración actuales, nos ayudan a conocer aún antes de operar los resultados funcionales posteriores a la intervención si se sigue una técnica quirúrgica correcta.

La radiografía y los diferentes tests auditivos son de una tan formidable ayuda al Otorrinolaringólogo, que se puede hablar con los padres del porvenir funcional del oído de su hijo enfermo; es más, tenemos la convicción de que no debe el cirujano reconstructivo comenzar a trabajar sin antes consultar al otorrinolaringólogo, el estado de la función auditiva

Lo anterior lo trataremos de fundar en las líneas siguientes:

En nuestra mente debe estar presente lo anunciado por Lamerque que la edad normal de la aparición de la palabra en el niño es a los 12 meses y la conversación fisiológica se opera generalmente entre los 15 y los 25 meses, disponiéndose entonces ya de bastantes expresiones juntas para el servicio del pensamiento.

La presencia de un niño de 1 ó 2 años con microtia de uno o ambos pabellones, sobre todo de los dos no llevaba a resolver la capacidad auditiva de un niño con tests hechos sobre bases cualitativas, que generalmente dan una noción imaginaria sobre si oye o nó el paciente. Por eso el Dr. Richard E. Marcus de Chicago, estudia 19 casos de niños practicándoles una electroencefalografía, con el sujeto dormido, como la única forma de saber si hay audición.

La electroencefalografía no se usa solamente para juzgar la audición sino también otros trastornos sensitivos. La posibilidad de un disturbio cerebral en la manifestación clínica de sordera en los también llamados niños congénitos sordos. Se comienza por hacer el trazo encefalográfico con el niño dormido y en estas circunstancias, la mamá llama a su hijo primero en secreto, después aumenta el volumen de la voz hasta que obtiene respuesta.

Si falla el operador, se usa silbato, campanas, etc. evitando cualquier estimulación táctil. A cada oído se le puede hacer un test separado si se necesita. Hay que tener cuidado que el niño no esté profundamente dormido, para lo cual para despertarlo se usa la acetona, si no despierta al acercársela es que el sueño en que estaba sumergido era demasiado profundo y no sirvió el examen practicado.

Los trazos normales del electroencefalograma fueron obtenidos en sujetos de la Universidad y Hospitales de Illinois e Instituto del Ojo y del Oído; el trazo se practicó durante el sueño.

El Dr. Sydney H. Gidool combina la audiometría con la electroencefalografía y lo logra poniendo el audífono del audiómetro en un oído y los electrodos del encefalógrafo sobre el cuero cabelludo. En esa forma determina la cantidad mínima de sonido del audiómetro, para producir una respuesta en la curva del electroencefalograma y puede en ésta forma además formar un audiograma.

Si el paciente es mayor de 6 años el estudio de la función del oído deberá practicarse con un estudio audiométrico, y desechar como dice el Dr. Walter Hughson, las pruebas del tic tac del reloj, diapasones, silbato de Galton por ser pruebas anticuadas.

El otro valioso aliado del otólogo para resolver el problema de las atresias del conducto es la Radiología.

Las ventajas del estudio radiológico antes de operar un oído nos la presenta el Dr. Samuel en su libro de Clínica Radiológica de Nariz-Oídos-Garganta resumido en 5 puntos.



1o.—Ausencia del meato externo donde hay una pérdida total de las paredes del hueso del meato o en donde la pared ósea se ha desarrollado en la región de la membrana timpánica.

2o.—Desplazamiento posterior del cóndilo de la mandíbula como resultado de la pared anterior ósea del meato auditivo externo.

3o.—En aquellos tipos de atresia, ya sea congénita o adquirida, en los cuales hay una obstrucción fibrosa del meatoauditivo externo, la radiografía es de gran ayuda para demostrar el bloque óseo y también tiene un valor positivo al dar a conocer la presencia del oído medio y tubo de eustaquio.

4o.—La tomografía puede hacer estimar la atresia ósea como demostraron Camp y Allen en 1940.

5o.—Estudios radiológicos pueden hacer la presencia o ausencia de huesecillos en el oído medio.

Las posiciones que debemos ordenar a los enfermos son de Law's o posición oblicua lateral, que permite ver el antro mastoideo; la posición submento-vertical, que permite ver el antro mastoideo; la posición submento-vertical, el antro, oído medio y tubo de eustaquio y la posición de Stenvers que demuestra todo el hueso petroso y nos sirve para estudiar los canales semicirculares.

## TRATAMIENTO

De los estudios radiológicos del paciente y de los test-auditivos se deduce el tratamiento a seguir.

La radiografía nos puede presentar diferentes eventualidades de nuestros enfermos: Pacientes sin conducto auditivo óseo, pacientes sin oído medio. En otras ocasiones, como lo mencioné anteriormente el cóndulo del maxilar ocupa el sitio del conducto auditivo óseo.

El problema de la agenesia auditiva se puede presentar en un lado, agenesia unilateral, o en los dos lados agenesia bilateral.

Si encontramos exclusivamente cierre del conducto óseo se debe intervenir haciendo una incisión en la parte en que se supone esté y con una fresa eléctrica, martillo y gubia se quita al obstáculo hasta llegar al tímpano. Se cuida mucho de realizar una buena hemostasia y a continuación se tapiza el conducto que se formó ya sea con un injerto libre o con un colgajo pediculado de la piel próxima. Cuando se emplea el procedimiento del injerto libre se llena la cavidad con modelina caliente, dejándola enfriar; después se saca y se cubre el molde así formado con el injerto libre de Ollier-Thiersch y se vuelve a colocar en el conducto. Se pone un vendaje compresivo para sostenerlo durante 8 días aproximadamente. Al retirar el mol-

de de modelina se puede andar hacer una igual de acrílico y se le da al enfermo para que lo siga usando varios meses para impedir que el canal se cierre.

Cuando el cóndilo del maxilar ocupa el lugar del canal auditivo óseo observando radiológicamente la existencia del oído medio se debe penetrar a la caja timpánica entrando primero al antro, después al aditus ad antrum y por el ático al oído medio.

Si el oído medio está cubierto por tejidos de cualquier tipo, o no existe, es necesario practicar la fenestración.

Cuando se interviene en un niño de corta edad para abrirle un conducto, ya sea al tímpano, oído medio, o se abre la ventana de Laempert, en el laberinto, es más difícil impedir el cierre de este espacio, que cuando se puede hacer un conducto amplio en un sujeto de mayor edad. Sin embargo y sobre todo en casos de agenesias bilaterales, en que el niño no puede hablar porque no puede oír, hay que intervenir en cualquier edad. Si la agenesia es unilateral y el niño habla perfectamente, entonces se puede uno esperar a iniciar el tratamiento plástico, al mismo tiempo que el funcional.

La vía quirúrgica que se debe seguir es la endoaural para llegar al antro, caja y canales semi-circulares, por las razones ya de sobra conocidas de la excelencia de esta vía.

La mejor época para la reconstrucción total del pabellón de la oreja es cuando el paciente está en el fin de su desarrollo para poder calcular el tamaño de la oreja en relación con su cara.

La reconstrucción total de la oreja es la operación, sin lugar a duda, más difícil de la cirugía plástica, la forma intrincada que la da el cartílago y la delgadez de la piel que lo cubre no son fácilmente sustituibles.

Beck, en 1932 decía: "Siempre es muy difícil obtener un buen resultado estético si la pérdida de substancia del pabellón es mayor de dos tercios del mismo. La cirugía de ésta región no da resultados aceptables en cuanto a la estética y solo sirve para substituir una monstruosidad por una deformidad".

Cirujanos reconstructivos como Barsky y otros han usado sin éxito el tantalum y el vitralium para formar orejas postizas. El adelanto de la cirugía ha mejorado mucho en los últimos años y los pacientes afectados de pérdida de sustancia de la oreja prefieren cualquier operación autoplástica a cualquier prótesis auricular.

Somos de opinión que los métodos de reconstrucción de la oreja deben variar según lo requiera el caso particular de que se trate.



## HISTORIA CLINICA

Nombre: Miguel Peña Arcante.

Edad: 24 años.

Estado Civil: Soltero.

Ocupación: Obrero de Petróleos Mexicanos.

Natural de: Poza Rica, Ver.

En la presentación de esta historia clínica se han omitido todos aquellos datos que carecen de importancia, por lo tanto solamente mencionaremos que el 15 de septiembre de 1952 el enfermo recibió un machetazo que le amputó el pabellón de la oreja derecha.

El interrogatorio por sistemas y aparatos no revela padecimiento alguno. La exploración física general y de laboratorio nos muestra una persona catalogada como normal.

A la exploración local encontramos que el enfermo se presentó con pérdida casi absoluta del pabellón de la oreja derecha; solamente quedaba como una tercera parte del lóbulo a lo largo de su implantación, así como una pequeña porción del antitrago. El trago está respetado.

## TRATAMIENTO

*plastía de oreja.*

Operadores: Dr. Alfonso Serrano, Dr. Pedro Andarde Pradillo, Dr. Camerino García.

*Primer Tiempo:*

Injerto retroauricular y formación de colgajo tubular cervical.

La piel lampiña para el injerto fué tomada del vientre, se le dió la misma forma de la piel cabelluda que iba a suplir o sea en media luna.

El colgajo tubular cervical se trazó de tal suerte que siguió las líneas de tensión de la piel del cuello.

*Segundo Tiempos*

Despegamiento temporal de piel retro-auricular y del extremo inferior del colgajo tubular.

*Tercer Tiempo:*

Injerto cartilaginoso y nuevo despegamiento inferior del tubo cervical. El cartílago se toma de la región costal cartilaginosa del lado derecho y se modela, antes de incluirlo en la región auricular.

*Cuarto Tiempo:*

Despegamiento temporal de injerto retroauricular que comprende el levantamiento de la piel y el despegamiento de la cara interna del cartílago. Transplante del extremo inferior del colgajo tubular a zona subauricular.

*Quinto Tiempo:*

Despegamiento temporal del extremo cervical del colgajo tubular despegamiento e implantación del colgajo retroauricular tras el injerto cartilaginoso.

Injerto de Thiersch, tomado del muslo e implantación en la región auricular.

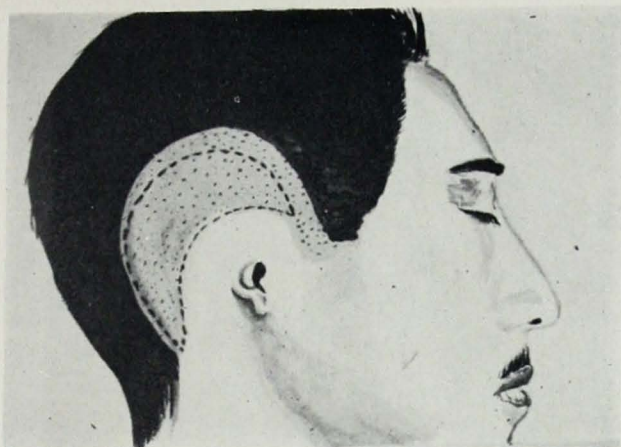
*Sexto Tiempo:*

Translado del extremo cervical del injerto tubular al sitio correspondiente del extremo arteriopuperior del hélix.

*Séptimo Tiempo:*

Sección del extremo inferior del tubo e implantación del colgajo tubular formando el hélix y el lóbulo de la oreja. Deslizamiento de piel cabelluda hacia la zona retroauricular.

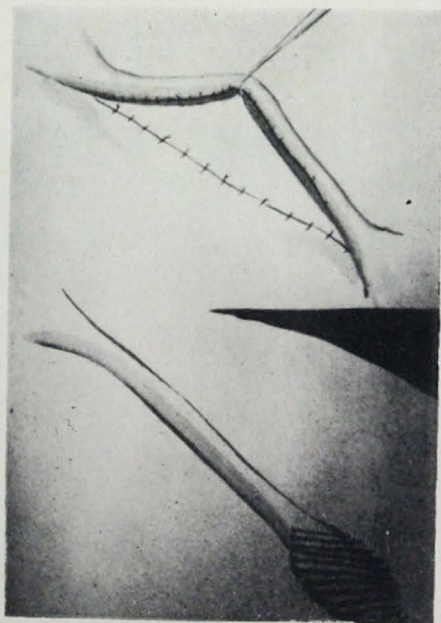




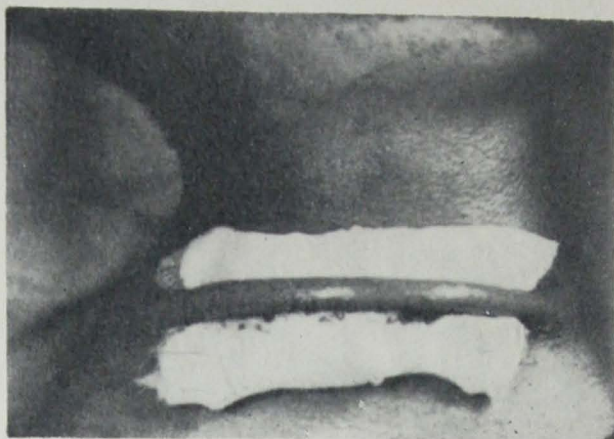
1.—Injerto de piel de vientre lampiño en lugar de la piel de la región con pelo.



Injerto tubular.



Injerto tubular.



Injerto tubular con gasa.



Injerto de piel de vientre en lugar de piel con pelo.

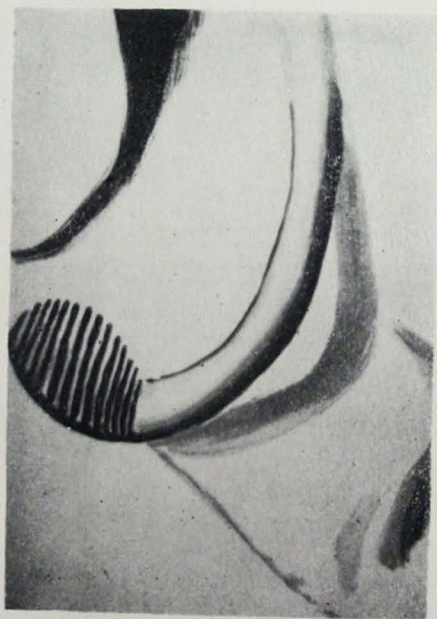




Fotografía del cartílago costal puesto en el lugar en que va a quedar.



Desprendimiento del extremo distal del injerto tubular e incisión en el cuello.



Desprendimiento del extremo proximal.



Desprendimiento del injerto tubular en su extremo distal e inserción en cuello.  
Fotografía.

Fotografía del Adereso del injerto.



Oreja terminada.



## Resúmenes Bibliográficos y Libros

### BRONCOESTENOSIS COMO COMPLICACION DEL ASMA BRONQUIAL

*Meas, T. W.; Prickman, L. E. y Moersch, H. J.*  
J. A. M. A. 152: 997-1000 Julio 1953.

Los autores consideran que la broncoestenosis es una complicación bastante frecuente del asma bronquial, consideran como tal a cualquier estrechamiento de los bronquios que sea de naturaleza inflamatoria y no el resultado del espasmo o del edema alérgico. En 1,034 enfermos asmáticos en quienes se hizo broncoscopia durante la década terminada en 1950, encontraron 327 que tenían estenosis de uno o varios bronquios, el enfermo más joven tenía 3 años y el más viejo 74, la década más afectada fue la quinta. La sintomatología está caracterizada por síntomas de infección: fiebre, calosfríos, agregados a síntomas bronquiales: tos que puede ser con expectoración purulenta y aun hemoptoica cuando el bronquio no está completamente tapado o puede ser sin expectoración, en los casos en que el bronquio no permite la salida de las secreciones acumuladas en la parte distal. A veces hay emoptisis. Generalmente se presenta después de algún episodio agudo nasal. En algunos enfermos se había diagnosticado como neumonía de repetición. Los datos recogidos por el examen físico corresponden bien a enfisema si es que hay acción valvular en el sitio de la estenosis, o de atelectasia si la obstrucción es completa, o de condensación con matidez. En el examen radiológico se comprueba la atelectasia o la zona de enfisema o las sombras peribronquiales pueden ocultar los signos de una neumonitis infecciosa. El examen broncoscópico es definitivo ya que es posible encontrar el bronquio disminuido de calibre, con escurrimiento purulento por su extremidad estenosada y que al dilatarlo cuidadosamente con unas pinzas deja escurrir gran cantidad de material purulento o mucoso retenido, el alivio después de dicha dilatación es considerable y desaparecen tanto los síntomas como los signos físicos y radiológicos. En algunos casos se pueden encontrar varios bronquios estenosados, o el mismo enfermo puede volver a presentar estenosis, generalmente de otro bronquio.

El tratamiento es preventivo evitando que el enfermo se ponga en contacto con enfermos de padecimientos agudos de las vías respiratorias altas, y el curativo es la dilatación broncoscópica del bronquio estenosado, con canalización de las secreciones acumuladas.

Los autores advierten que no todos los casos de obstrucción bronquial en un asmático se deben a estenosis bronquial, ya que pueden encontrarse en algunos casos neoplasias de origen broncogénico, y aunque la frecuencia de las lesiones malignas implantadas en casos de asma es bastante baja

debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial y deben mandarse hacer los estudios pertinentes (exploración de las secreciones bronquiales con el método de Papanicolau) además de la broncoscopia y de la biopsia.

#### "ELECTROCARDIOGRAFIA"

Por el *Dr. Jorge Meneses Hoyos*. México, D. F. 1951. Juicio publicado por la Revista "LA FRANCE MEDICALE". 15e anée No. 6, p. 31. Juin. 1952.

"El Dr. Meneses Hoyos, Profesor de Clínica de Cardiología de la Escuela Médico Militar de México ha escrito este libro sobre la base de sus lecciones de Electrocardiografía y con el objeto de resumir el estado actual de nuestros conocimientos al respecto. Tras una breve revisión del desarrollo histórico, el autor estudia los electrocardiogramas, el sistema específico de conducción cardíaca, la génesis del electrocardiograma, las derivaciones "standard" y las unipolares y precordiales y de los miembros, el análisis vectorial en Electrocardiografía, el trazado normal, las desviaciones del eje eléctrico del corazón, las curvas de preponderancia, los bloques de rama, las lesiones del miocardio y del pericardio, las perturbaciones del ritmo y, finalmente, las variaciones del electrocardiograma en diversas condiciones fisiológicas y patológicas. Termina el libro con un addendum de Electrofisiología. Agreguemos que cada capítulo va seguido de bien seleccionada bibliografía.

Lo que da interés y originalidad a este tratado consiste en que es el fruto de la vasta experiencia del autor y por esta razón debe ser leído por todos los que se interesan en las disciplinas de Electrocardiografía".

Juicio de los "Archives des Maladies du Coeur", 45 année. No. 7. Juillet 1952

MENESES HOYOS, J. "Electrocardiografía". México. 1951. 192 págs.

Al autor ha reunido en un pequeño manual once lecciones de Electrocardiografía destinadas a los alumnos de la Escuela Médico Militar de México. Las nociones fundamentales, precedidas por un breve resumen histórico, son completadas por los datos personales fundados en un gran número de trazados. Allí se encontrará un nuevo método matemático para calcular el gradiente ventricular y los ejes eléctricos medios, así como los resultados de las investigaciones del autor sobre el corazón agónico del perro. El que desee iniciarse en la electrocardiografía encontrará en este libro una obra de síntesis que le podrá servir de guía".

*Dr. BOUCHARD*



## NOTICIAS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.—México. Apdo. Postal 8075.

### CONVOCATORIA PARA EL CONCURSO DE 1954

De conformidad con lo prescrito por el artículo 46 del reglamento de la Academia Nacional de Medicina, se convoca por medio de la presente a las personas que deseen contribuir al estudio de los siguientes asuntos que la Corporación ha señalado para el concurso del presente año.

1o.—*Estudio de las causas de la morbilidad actual de la ciudad de México. Padecimientos más frecuentes; patogenia y profilaxis.*

2o.—*Bases y Proyecto de una nueva campaña contra la tos ferina.*

Las bases del concurso son las que se señala en el artículo 47 del reglamento y se transcriben a continuación:

I.—Las memorias relativas deberán remitirse al Secretario General de la Academia (\*) escritas en español y en máquina, sin firma y acompañadas de un pliego cerrado que contenga el nombre del autor y en cuya cubierta se vea repetido el lema o contraseña que encabeza la memoria.

II.—Serán admitidos todos los trabajos que se presenten relativos al objeto y sólo se tendrán por no presentados los que se hallen en el caso previsto en el inciso VI.

III.—Los trabajos enviados a concurso deberán ser originales.

IV.—En la primera sesión ordinaria del año académico siguiente a aquel en que fue expedida la convocatoria, informará el Secretario General y a la Academia sobre las memorias que hubiere recibido (\*\*) y se procederá en el acto a nombrar por escrutinio secreto cinco socios numerarios con carácter de propietarios y otros dos con el de

suplentes, para formar el jurado calificador. El Secretario General entregará a los jurados las memorias y conservará en su poder los pliegos cerrados. Cualquier excusa para pertenecer al jurado se tendrá, sin debate alguno, por suficiente para hacer en el acto otra elección o para llamar al suplente, en caso de que la excusa se formule pasado el día en que fue nombrado el jurado.

V.—Siete días después de designados los jurados calificadores, fijarán el tiempo que necesiten para rendir su dictamen. Analizarán las memorias presentadas y señalarán las que a su juicio merezcan el premio, si éste debe dividirse, en qué proporción, o declararán que ninguna memoria es acreedora al premio. Por último, si creen que el autor de alguna memoria es digno de recompensa sólo en calidad de estímulo, lo propondrán así a la Academia.

VI.—En la votación del dictamen, que será en escrutinio secreto y por mayoría absoluta de votos, en la formación de los jurados no podrán tomar parte los autores de las memorias, las cuales se darán por no presentadas si se infringe esta disposición.

VII.—Después de que la Academia haya acordado el premio o recompensa a algún trabajo, el Secretario General abrirá el pliego cerrado que le corresponda y publicará el nombre del autor. Los pliegos correspondientes, a memorias no premiadas se conservarán cerrados, salvo que los autores decidan lo contrario.

VIII.—Todas las memorias que se presenten a concurso, sean o no premiadas, pasarán a ser propiedad de la Academia, la cual podrá publicarlas cuando el jurado así lo indique y ella lo apruebe, con el nombre del autor, si éste así lo desea, o sin él. Los pliegos cerrados de memorias no premiadas o no recompensadas, se inutilizarán al cabo de seis meses.

IX.—La Academia obsequiará a los autores de las memorias premiadas con un tiro de 200 ejemplares de sus respectivos trabajos.

La Academia señala, como premio para cada uno de los temas, una medalla y un diploma alusivos.

México, 4 de diciembre de 1953.

El Presidente,  
*Salvador Aceves.*

El Secretario General,  
*F. Fernández del Castillo.*

(\*) El plazo para la presentación de trabajos se ampliará hasta el 30 de abril de 1954.

(\*\*) El Secretario General informará acerca de las memorias recibidas en la sesión del día 12 de mayo de 1954.



## DECIMA PRIMERA ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS

*El Comité Organizador de la Décima Primera Asamblea Nacional de Cirujanos, por medio de la presente convoca al Segundo Concurso Nacional de Cirugía Experimental y Experimentación Quirúrgica, bajo las siguientes bases:*

- 1a.—Podrán participar en él, todos los Médicos Cirujanos residentes en el país, con título registrado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y en la Dirección General de Profesiones.
- 2a.—Los temas serán libres, inéditos, originales o de experimentación personal.
- 3a.—La extensión en la exposición de los trabajos, será hasta de 30 páginas escritas a máquina, a doble espacio.
- 4a.—Se podrán acompañar de todas las ilustraciones que el concursante juzgue pertinentes: fotografías, películas, esquemas, etc.
- 5a.—Los trabajos deberán ser hechos precisamente por el concursante o los concursantes que figuren como responsables.
- 6a.—Se podrán presentar trabajos en colaboración.
- 7a.—No se devolverán los originales, pudiendo el Comité Organizador publicar los que crea convenientes.
- 8a.—Los trabajos se recibirán del 1o. de Septiembre de 1954 al 30 de Octubre del mismo año.
- 9a.—Los trabajos serán enviados por correo certificado, a la DECIMA PRIMERA ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS, Hospital Juárez, Plaza de San Pablo 13, 1, D. F., y constarán de un original y tres copias.
- 10a.—Irán encabezados con un lema o pseudónimo y acompañados de otro sobre cerrado en cuyo interior se pondrán el nombre y dirección del autor o autores, así como el lema o pseudónimo elegido.
- 11a.—El Jurado Calificador se dará a conocer próximamente.
- 12a.—Los miembros del Jurado no podrán participar en este Concurso.
- 13a.—El Jurado Calificador dará a conocer su dictamen el día 15 de Noviembre de 1954.
- 14a.—El fallo del Jurado será inapelable.

## PREMIOS:

Primer premio: Medalla de Oro y Diploma y tendrá el privilegio de ser leído en sesión plenaria.

Segundo premio: Medalla de Plata y Diploma.

Tercer premio: Medalla de Bronce y Diploma.

Cuarto premio: Diploma.

Quinto premio: Diploma.

Sexto premio: Diploma.

México, D. F., Mayo de 1953.—El Comité Organizador: Presidente *Dr. Antonio García Luna G.*—Secretario General, *Dr. Guillermo Alamilla.*

Para mayores informes, dirigirse al Comité Organizador de la DECIMA PRIMERA ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS, Hospital Juárez, Plaza de San Pablo 13, México 1, D. F.

DECIMA PRIMERA ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS.—Noviembre de 1954.—Hospital Juárez.—México 1, D. F. Tel. 18-57-36.—nEero 28 de 1954.

Distinguido Sr. Director,

Como es de su conocimiento, de acuerdo con la tradición establecida desde hace más de 20 años, en el próximo mes de noviembre del presente año y durante los días del 14 al 19, se celebrará la DECIMA PRIMERA ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS, que por su magnitud, arraigo e historial, es el evento de mayor trascendencia en el País.

Con tal virtud, pensamos que este es el momento más indicado para efectuar una propaganda intensiva que permita hacer del conocimiento de todos los Médicos, tanto de esta Ciudad y de la República, como del extranjero, la organización, innovaciones, instructivos, etc., que el Comité Organizador de la Décima Primera Asamblea Nacional de Cirujanos, está elaborando.

Dicho Comité, por conducto de la Secretaría a mi cargo, se permite dirigirse a ustedes, con el objeto de solicitar su colaboración para la publicación de los Boletines que a este respecto deseáramos hacer llegar a todos los Médicos del interior y del exterior, por medio de ese conocido e importante órgano de difusión científica.



Esperando contar con la valiosa colaboración de ustedes, nos permitimos adjuntarles nuestro primer Boletín, así como la invitación al concurso de iCrugia Experimental, rogándoles informarnos si nos hemos dirigido a ustedes debidamente, pues lo hemos hecho de acuerdo con índices anteriores.

También les agradeceremos sus indicaciones en el sentido de la fecha en que editan sus números y el tiempo en que debamos enviarles nuestros boletines con oportunidad.

Damos a ustedes nuestras más cumplidas gracias por su atención y nos repetimos como siempre sus afmos. attos y Ss. Ss.

El Presidente,  
*Dr. Antonio García Luna.*

El Srío. de Prensa y Propaganda,  
*Dr. Carlos Sáenz Domínguez.*

-----

---

---

*EN PRENSA*

Memoria del IV CONGRESO PANAMERICANO DE  
OTORRINO-LARINGOLOGIA Y BRONCO-ESOFAGOLOGIA  
Celebrado en México, D. F. del 28 de Febrero al 4 de marzo de 1954

---

---



# Terramicina



## SOLUCION OTICA

(Con Benzocaína)

La Terramicina, antibiótico de amplio espectro, bien tolerada, es utilizable ahora en la terapia local de las infecciones bacterianas del oído externo.

- ▶ potente acción antimicrobiana
- ▶ efecto analgésico y antiprurítico
- ▶ ablanda el cerumen
- ▶ índice de sensibilización bajo
- ▶ en práctico frasco gotero de 5 cc.

y

▶ La Solución Ótica de Terramicina es el **único** antibiótico de amplio espectro proporcionado con una solución **clara** para hacer la mezcla.

Clorhidrato de Terramicina Cristalina.....	25 mg.
Benzocaína.....	5 %
Propilenglicol.....	95 %

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

LABORATORIOS PFIZER, S. A.  
F. DE ALBA IXTLIXOCHITL 45 B  
MEXICO 8, D. F.

REG. No. 39439, S. S. A.

PROP. NO. A B F F 4203/54, S. S. A.

# BRAQUISAN

M. R.

Glicolilarsanilato de Bismuto

Envases originales con 24, 250  
y 1000 tabletas de 500 mg.

AMEBICIDA  
EN TABLETAS



Industria Nacional Químico Farmacéutica, S. A. de C. V.

*Casa Bayer*

San Juan de Letrán No. 24 Apartado 45 Bis MEXICO, D. F.



*Vasoconstrictor y descongestivo  
de las mucosas*

## **PRIVINA**

*Solución acuosa al 0,5‰ en  
Frasco de 15 cm.<sup>3</sup>*

(REG. NUM. 26453 S. S. A.)

*Solución acuosa al 1‰ en  
Frasco de 15 cm.<sup>3</sup>*

(REG. NUM. 34060 S. S. A.)

*La instilación de 2-3 gotas de la solución al  
0,5‰ en cada fosa nasal por lo general  
basta para obtener una descongestión  
óptima de la mucosa, que se prolonga de  
4 a 6 horas.*

Nuevo:

*PRIVINA EMULSION con 5% de Cibazol en frasco de 10 cm.<sup>3</sup>*

**CIBA DE MEXICO, S. A.**

(REG. NUM. 30712 S. S. A.)

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS.

Reg. Prop. No. A-ff-1808/53 S. S. A.



# G E L O T R I C Y L

TOPICO ANTIBIOTICO PARA USO QUIRURGICO  
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

MEXICO, D. F.

# C L O R O F I L A D O C T O M E X

Reg. No. 38919 S. S. A.

## Fórmula:

Clorofilinas A y B. . . . . 0.10 g.  
Excipiente c. b. p. una tableta.

Tubo con 20 comprimidos

PRESENTACION.—La **Clorofila Doctomex** se presenta en tubos que contienen 20 comprimidos de 0.10 g. cada uno.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

LABORATORIOS DOCTOMEX, S. A.

Lago Como 33 (Col. Anáhuac)

MEXICO, D. F.



# Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología

## MESA DIRECTIVA

Presidente honorario: Dr. Ricardo Tapia y Fernández.  
Presidente: Dr. Andrés Bustamante Gurría.  
Secretario Perpetuo: Dr. Luis Vaquero Sánchez.  
Secretario: Dr. Isaías Balanzario.  
Tesorero: Dr. Daniel Roldán Posada.

## SOCIOS HONORARIOS

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

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

## SOCIOS ACTIVOS DEL DISTRITO FEDERAL

Dr. José T. Aguilera. Havre No. 7. México, D. F.	Dr. Pedro Andrade Pradillo. Tabasco No. 203. México, D. F.
Dr. Humberto Alcocer. Medellín No. 94-4, Col. Roma. México, D. F.	Dr. Miguel Arroyo Guijosa. Medellín No. 94. Col. Roma. México, D. F.
Dr. Juan Andrade Pradillo. Emparan No. 39-1. México, D. F.	Dr. Abraham Ayala González. Plaza de la República No. 46. México, D. F.

- Dr. Isaías Balanzario.  
Lerma No. 90. Col. Cuauhtémoc.  
México, D. F.
- Dr. Juan Becerril.  
Donceles No. 86.  
México, D. F.
- Dr. Mario A. Barrón y Sierra.  
Unión 292. Col. Tep. Insurgentes.  
México, D. F.
- Dr. Pedro Berruecos.  
Medellín No. 94-3. Col. Roma.  
México, D. F.
- Dr. Oscar Bonilla González.  
Tabasco No. 332. Col. Roma.  
México, D. F.
- Dr. Andrés Bustamante G.  
Medellín No. 94-3. Col. Roma.  
México, D. F.
- Dr. Jaime Carrillo Jr.  
Medellín No. 86-21. Col. Roma.  
México, D. F.
- Dr. Javier Castillo Dibildox.  
Amsterdam No. 295.  
México, D. F.
- Dr. Enrique Culebro.  
Pachuca No. 51-7.  
México, D. F.
- Dr. José Cruz Sambrano.  
Quintana Roo No. 1, Desp. 1.  
México, D. F.
- Dr. Julio Cueva.  
Diagonal Sn. Antonio No. 1932.  
México, D. F.
- Dr. Leo Deutsch.  
Reforma No. 510.  
México, D. F.
- Dr. Eduardo de Gortari.  
Bucareli No. 181-1.  
México, D. F.
- Dr. Francisco Durán Acosta.  
Balderas No. 44.  
México, D. F.
- Dr. Eduardo de la Parra.  
Hamburgo No. 49.  
México, D. F.
- Dr. Ramón del Villar.  
Amsterdam No. 295.  
México, D. F.
- Dr. Eduardo Echeverría.  
Niza No. 6-10.  
México, D. F.
- Dr. Alfonso Espinosa Grande.  
Av. Chapultepec No. 178-A.  
México, D. F.
- Dr. Eligio Esquivel Medina.  
Londres No. 30 (bajos).  
México, D. F.
- Dr. Manuel Fernández.  
Guerrero No. 2-202.  
México, D. F.
- Dr. Máximo García Castañeda.  
Humboldt No. 17-A.  
México, D. F.
- Dr. Rafael Giorgana.  
Donato Guerra No. 9.  
México, D. F.
- Dr. Alberto Gallegos Domínguez.  
Av. Revolución No. 42-7.  
Tacubaya, D. F.
- Dr. Armando González Gomar.  
Dinamarca No. 88-1.  
México, D. F.
- Dr. Mario Galindo Hernández.  
Av. Alvaro Obregón No. 308-5.  
México, D. F.
- Dr. Rafael González Rivas.  
Av. Alvaro Obregón No. 178.  
México, D. F.
- Dr. Luis González Rentería.  
Monterrey No. 47.  
México, D. F.
- Dr. Mario González Ulloa.  
Tuxpan No. 20.  
México, D. F.
- Dr. Alberto González Valverde.  
Trianón 56. Col. Tep. Insurgentes.  
México, D. F.
- Dr. Victoriano M. de Acosta.  
Av. Chapultepec No. 500  
México, D. F.
- Dr. Gaspar Hernández.  
Madero No. 53-106.  
México, D. F.
- Dr. Carlos Herrera Garduño.  
Dr. Mora No. 9.  
México, D. F.
- Dr. Gustavo Jeréz Tablada.  
Tabasco No. 332.  
México, D. F.
- Dr. Luis Labastida.  
Palma Norte 405. Desp. 301-305.  
México, D. F.



- Dr. Manuel López y López.  
Regina No. 7.  
México, D. F.
- Dr. Benjamín Macías Jiménez.  
Humboldt 17.  
México, D. F.
- Dr. Benito Madariaga.  
Colima No. 211.  
México, D. F.
- Dr. José Vicente Manero.  
Rosales No. 1-105.  
México, D. F.
- Dr. Fernando Meléndez.  
Insurgentes No. 74.  
México, D. F.
- Dr. Efrén Marín.  
Orizaba No. 185.  
México, D. F.
- Dr. Rubén Mingran Camargo.  
Niza No. 6-201.  
México, D. F.
- Dr. Federico Molas.  
San Juan de Letrán No. 9.  
México, D. F.
- Dr. Fernando Martínez Cortés.  
Puebla No. 154-3.  
México, D. F.
- Dr. César Ortiz Jara.  
Mazatlán No. 192-2.  
México, D. F.
- Dr. Rafael Pacchiano.  
20 de Noviembre No. 82-212.  
México, D. F.
- Dr. Angel Pérez Aragón.  
Río Sena No. 88. Col. Cuauhtémoc  
México, D. F.
- Dr. Ernesto Pérez Fuentes.  
Municipio Libre No. 142.  
México, D. F.
- Dr. Benito Rebolledo Vergara.  
Sánchez Azcona No. 1339-3.  
Col. del Valle.  
México, D. F.
- Dr. Walter Reinking.  
Paseo de la Reforma No. 458.  
México, D. F.
- Dr. Federico Reyes Rodríguez.  
Liverpool No. 62, 2o. piso.  
México, D. F.
- Dr. Daniel Roldán Posada.  
Puebla No. 118.  
México, D. F.
- Dr. Roberto L. Sánchez.  
Querétaro No. 131.  
México, D. F.
- Dr. Leonardo Silva E.  
Humboldt No. 26.  
México, D. F.
- Dr. Carlos Tapia Acuña.  
Tuxpan No. 20.  
México, D. F.
- Dr. Ricardo Tapia Acuña.  
Nápoles No. 9.  
México, D. F.
- Dr. Rafael Tejero Lapham.  
Monterrey No. 101-203.  
México, D. F.
- Dra. Isabel Torices.  
Díaz Mirón No. 154.  
México, D. F.
- Dr. Plutarco Torres Luquín.  
Chapultepec No. 463.  
México, D. F.
- Dr. Carlos Valenzuela Ezquerro.  
Monterrey No. 47-201.  
México, D. F.
- Dr. Luis Vaquero.  
Artes No. 150.  
México, D. F.
- Dr. Guillermo Pérez Villasante.  
Monterrey No. 101.  
México, D. F.
- Dr. Ricardo H. Villanueva.  
Ejido No. 37-7.  
México, D. F.
- Dr. Joaquín Zermeño.  
.....  
México, D. F.
- Dr. César Fernández.  
Servicio de O. R. L.  
Instituto de Cardiología.  
México, D. F.
- Dr. José Manuel Rangel Obregón.  
Tonalá No. 15. (Esq. Insurgentes).  
México, D. F.
- Dr. Fortino Jarquín Martínez.  
Bonampak No. 80. Col. Narvarte.  
México, D. F.

## LISTA DE SOCIOS ACTIVOS EN LOS ESTADOS

- Dr. Agustín Aguilar.  
Sur 5 y Ote. 4.  
Orizaba, Ver.
- Dr. Miguel Angel Bedolla.  
Av. Ferrocarril No. 9.  
Chihuahua, Chih.
- Dr. Emilio Bracho Mijares.  
Alvaro Obregón No. 107. Ote.  
Tampico, Tamps.
- Dr. Eduardo Canudas y Orezza.  
Xicoténcatl No. 175.  
Veracruz, Ver.
- Dr. Gabriel Camarena G.  
Juárez No. 409.  
Guadalajara, Jal.
- Dr. Rodolfo Cortés Ochoa.  
Av. Morelos No. 87.  
Guadalajara, Jal.
- Dr. Jesús Chávez.  
Morelos No. 8.  
Toluca, Méx.
- Dr. Héctor Dávalos L.  
Dom. conocido.  
Cd. Juárez, Chih.
- Dr. Inocencio de Lara.  
Av. Matamoros No. 636 Pte.  
Torreón, Coah.
- Dr. Antonio de la Maza.  
Gabriel Leyva No. 40.  
San Luis Potosí, S. L. P.
- Dr. Manuel Flores Castro.  
Ocampo No. 418.  
Guadalajara, Jal.
- 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 Cotilla No. 420.  
Guadalajara, Jal.
- Dr. Marcelino Gómez Orozco.  
Prisciliano Sánchez No. 47.  
Guadalajara, Jal.
- Dr. Carlos Guerra González.  
Independencia No. 103.  
San Luis Potosí, S. L. P.
- Dr. Oliverio Lozano Rocha.  
Juárez No. 324 Pte.  
Torreón, Coah.
- Dr. Carlos González Fernández.  
Porfirio Díaz No. 918.  
Reynosa, Tamps.
- Dr. Efrén Gómez Ballesteros.  
2 Poniente No. 106.  
Puebla, Pue.
- Dr. Sixto Martínez Garza.  
Pino Suárez No. 440 Sur.  
Monterrey, N. L.
- Dr. Gilberto Martínez Cárdenas.  
Zaragoza No. 308.  
Saltillo, Coah.
- Dr. Félix Michel.  
Donato Guerra No. 150.  
Guadalajara Jal.
- Dra. Ma. Elena Martínez O.  
Aranberri No. 1849 Pte.  
Monterrey, N. L.
- Dr. Angel 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, Depto. 7.  
Torreón, Coah.

Dr. Pelayo Vilar Canales.  
Morelos No. 26.  
Pachuca, Hgo.

Dr. José C. Sánchez Castillo.  
Av. Juárez No. 160.  
San Luis Potosí, S. L. P.

Dr. Ignacio Bauza.  
5 Norte No. 201.  
Puebla, Pue.

Dr. Efraín Dávalos.  
Dom. conocido.  
Morelia, Mich.

Dr. Francisco Jiménez.  
2 Norte No. 5.  
Puebla, Pue.

Dr. Ignacio Peralta Ferriño.  
Cerrada del Teatro No. 401.  
Esquina con Ramón Corona.  
Ciudad Juárez, Chih.

Dr. Alberto P. Valdez.  
Abasolo y 5a.  
H. Matamoros, Tamps.

Dr. Roberto Larragoiti.  
2 Sur No. 502-302.  
Puebla, Pue.

Dr. Mario Mena Treviño.  
Matamoros 508 (altos).  
Nuevo Laredo, Tamps.

## SULFEDRINA "HORMONA"

GOTAS

Sulfatiazol y desoxiefedrina con gotero en solución  
antiséptica de tricresol

## UVEGA "HORMONA"

GOTAS

Novocaína, antipirina en glicerina anhidra

## AURITRICINA CON EFEDRINA "HORMONA"

Fórmula:

Fenil dimetilpirazolona .....	5 g.
Cl. de etinil-p-dietixo-difenilamidina .....	1 g.
Efedrina .....	1 g.
Sulfatiazol .....	1.25 g.
Cl. de Homosulfanilamida (Neofamid "Hormona") .....	1.25 g.
Tirotricina .....	0.025 g.
Propilenglicol. ....	25 g.
Glicerina anhidra, c. b. p. ....	100 c.c.

# HEPA-DOCEVITAL "100"

Cada cm<sup>3</sup>. de solución inyectable contiene:

Extracto de Hígado . . . . .	10 U. A. F. E. U.
Vitamina B <sub>12</sub> . . . . .	100 microgramos
Acido fólico . . . . .	5 mg.
Fenol al 0.5%, c. b.	

Reg. No. 40545 S. S. A.

*Presentación:*

Frascos-ampula de 5 y 10 cm<sup>3</sup>.

*Propiedades e Indicaciones:*

Hematopoyético. Antineurítico.  
Anemias primitivas y secundarias de  
diversa etiología.



**Laboratorios SILANES, S. A.**

AMORES, 1304

MEXICO, D. F.

Reg. Prop. A-878/53, S. S. A.



# EL ACOEGENOL

como trófico y antiescleroso, favorece la nutrición y combate la degeneración fibrosa, cicatricial y osteo-esponjosa de los tejidos del oído, arterio-esclerosis del laberinto, etc.;

como vasodilatador e hipotensor, favorece la circulación y modifica la hipertensión endo-laberíntica y los zumbidos y vértigos vasculares;

y como analgésico, antiespasmódico y sedante está indicado su empleo en los trastornos nerviosos y neuralgias del oído; tales, como parálisis faciales, las neuritis del VIII par, las otalgias, los trastornos anqio-neuróticos del laberinto y los síntomas auriculares de los psico-neuróticos.

Una cucharadita de las de café en las dos principales comidas.

Reg. No. 7191, S. S. A.

HECHO EN MEXICO

Literatura exclusiva para Médicos

Prop. No. A-3 S. S. A.

ETABLISSEMENTS A. CHAUVIN FRANCIA

Agentes exclusivos para la República Mexicana

**WALTZ & ABBAT, S. A.**

Laguna San Cristóbal 123

MEXICO, D. F.

