

ANALES

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Organo Oficial

PUBLICACION BIMESTRAL

No. 32

México, D. F.

Ene. -Feb. -1957.



ANAROXYL

Monosemicarbazona del adrenocromo

DIHIDRATO

h e m o s t á t i c o

hemorragias
en sábana
(capilares)

"El hemostático de vanguardia en la profilaxis y tratamiento de las hemorragias en "sábana", serio problema en cirugía".

- La monosemicarbazona del adrenocromo, dihidrato, producto activo del Anaroxyl "Organon", posee una potente acción hemostática no igualada por otros **productos**.
- Contrariamente a como sucede con otros hemostáticos (entre ellos la vitamina K), el Anaroxyl "Organon" no ejerce su acción a través del mecanismo de la coagulación sanguínea.
- Anaroxyl "Organon" acorta notablemente el tiempo de sangrado, sin influir sobre el tiempo de coagulación. Por lo tanto, **elimina totalmente el peligro de formación de trombos y embolias**.
- Anaroxyl "Organon" carece de acción simpaticomimética; no actúa sobre la presión arterial, ni sobre la frecuencia cardíaca, ni sobre la musculatura lisa.
- El dihidrato, es la única sal de monosemicarbazona del adrenocromo que puede administrarse por vía intravenosa, haciendo posible un tratamiento eficaz en los casos de urgencia.
- Anaroxyl "Organon" es gran auxiliar del médico en cirugía otorrinolaringológica, urológica, gastroentérica, estética, y en ciertas hemorragias médicas: púrpura, epístaxis, hematemesis, etc.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Reg. No. 47334 y 48017 S. S. A. Prop. No. AfF-4488/57 S. S. A.

Plegicil

(1522 CB)



NEUROPLÉGICO

- ◆ GRAN ACTIVIDAD
- ◆ DOSIS TERAPEUTICAS BAJAS

GRAGEAS

dosificadas a 0.010 g. de principio activo por gragea
Tubos con 40 grageas

GOTAS

en solución de 0.4 p. 100. (10 gotas = a 1 mg. de principio activo)
Frasco con 30 c. c.

INTRAMUSCULAR

ampolletas dosificadas 0.010 g. de principio activo por 5 c. c.
Cajas con 6 ampolletas de 5 c. c.

INTRAVENOSA

ampolletas dosificadas a 0.020 g. de principio activo por 2 c. c.
Cajas con 10 ampolletas 2 c. c.

(en perfusión)

Laboratoires **CLIN-COMAR**

20, rue des Fossés St-Jacques-PARIS 5^e-Tél. ODÉon 27-20

Plegicil

(1522 CB)

GRAN ACTIVIDAD
DOSIS TERAPEUTICAS BAJAS

INDICACIONES:

1. - NEUROPSIQUIATRIA

Afecciones psicósomáticas
Psicosis y psiconeurosis
Estados de excitación de tipo maniaco
Estados depresivos — Estados de angustia
Estados de confusión postinfecciosos, alcohólicos y psiquiátricos
Esquizofrenia — Toxicomanías

2. - CIRUGIA Y ANESTESIA

Preanestesia — Hibernación artificial
Anestesia potenciada local y general
Tratamiento preventivo y curativo de los estados de shock
Hipotensión controlada
En el postoperatorio logra: Ausencia de náuseas y vómitos; igualmente proporciona estado de tranquilidad psíquica y relajamiento muscular
Durante la intervención quirúrgica relaja la musculatura y por su acción vasoplé-gica no permite sangrar a los capilares

3. - MEDICINA GENERAL

Desequilibrios neurovegetativos (asma, espasmos, algias precordiales, distonias digestivas, etc.)
Vómitos de diversa etiología tanto en el niño como en el adulto (infecciones, toxicosis, por intolerancia medicamentosa, del embarazo, por mareos, etc.
Tos quintosa rebelde — Algias rebeldes
Insomnio que no cede a la medicación habitual
Pruritos (ictericia, urticaria, reacciones eczematosas)

4. - OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Analgesia obstétrica — Vómitos del embarazo
Tensión premenstrual y dismenorreas

5. - DERMATOLOGIA

Eczemas, neurodermitis, intertrigo y otras dermatosis pruriginosas. Urticaria

6. - CANCEROLOGIA

PLEGICIL potencia notablemente la acción de los analgésicos; evita los vómitos causados por el proceso neoplásico, la radioterapia o por medicamentos.

DOSIS Y MODO DE EMPLEO

En adultos: empezar con $\frac{1}{2}$ gragea ó 50 gotas, 2 veces al día; el 2º día 1 gragea, 2 veces al día y el 3er. día se podrá administrar la dosis total.

Neuropsiquiatría (en 24 horas) 0.040 a 0.100 g.

Medicina general — Dermatología (en 24 horas) 0.020 a 0.050 g.

Obstetricia — Cirugía — Anestesiología $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ mg por kilo de peso.

En niños: de menos de 5 años, $\frac{1}{2}$ mg por kilo de peso y 24 horas; entre 5-12 años, $\frac{1}{2}$ de la dosis del adulto.

HECHO EN MEXICO POR:

LABFARMEX, S. A.

LUCERNA, 29

MEXICO, D. F.

Regs. Nos. 48044, 48045, 48046 y 48047, S. S. A.

SEGUN FORMULA DE LOS

LABORATOIRES CLIN-COMAR

PARIS-FRANCIA

Prop. No. AB-Ff-5223/57

L I T E R A T U R A E X C L U S I V A P A R A M E D I C O S

Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Publicación Bimestral

Tomo VII.

ENERO - FEBRERO - 1957.

No. 32.

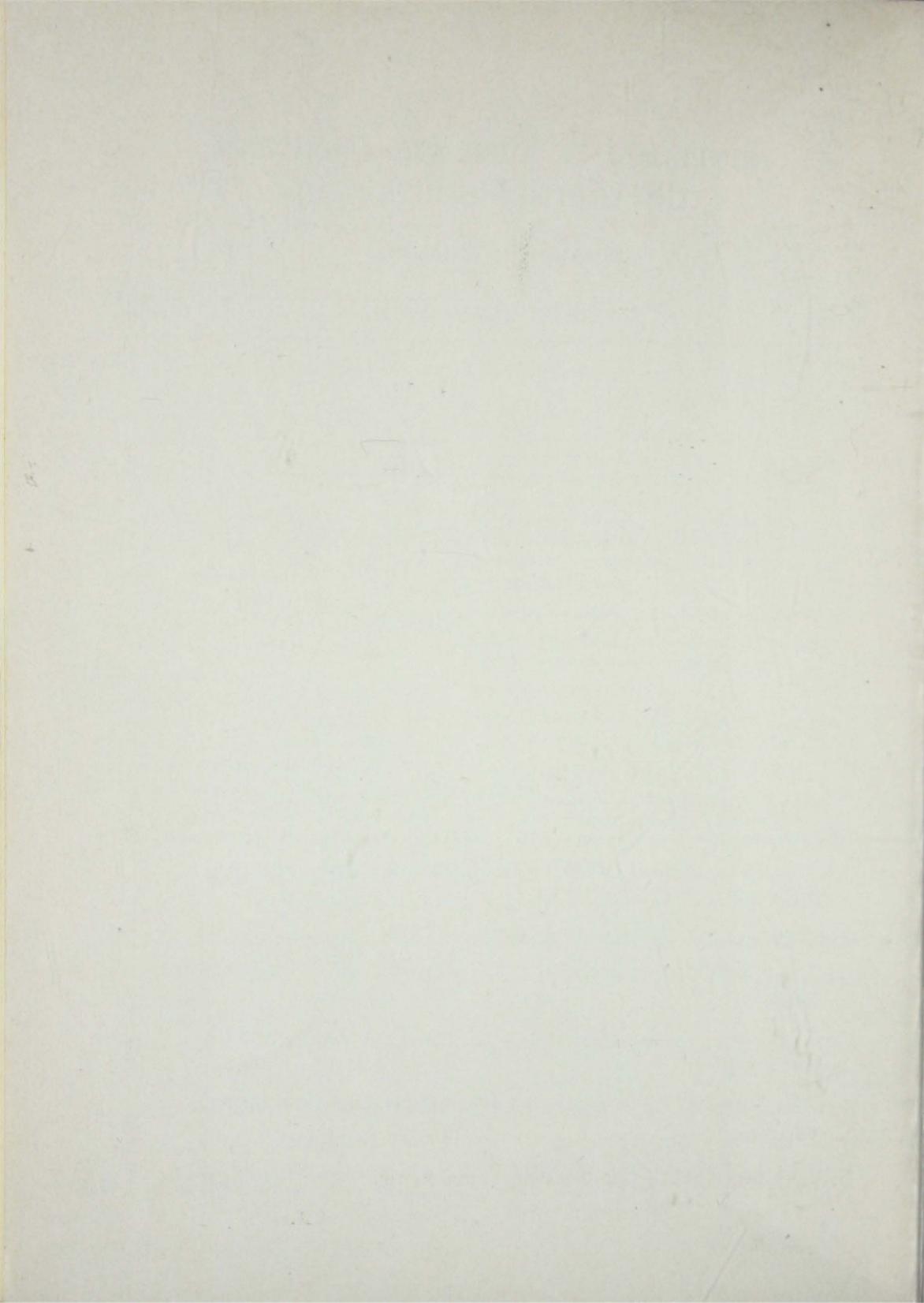
EDITOR

DR. GUILLERMO PEREZ VILLASANTE

MONTERREY 101. 1ER. PISO - TELS : 11-17-50 y 11-20-94
MEXICO, D. F.

SUMARIO :

Editorial	Pág. 11
Movilización de Cadena Osicular por vía Retroauricular.—Dr. RAMON DEL VILLAR	„ 13
Caso Clínico.—Dr. EFREN R. MARIN	„ 19
Algunos aspectos de la Sinusitis.—Dr. ANDRES BUSTAMANTE GURRIA	„ 23
Resistencia Bacteriana y Mastoiditis.—Dr. CARLOS VALENZUELA ESQUERRO	„ 31
Estandarización de las Pruebas Logo-Audiométricas.—Dr. OSCAR FARIAS	„ 47
Estractos de Revistas	„ 53



Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Mesa Directiva

Presidente Honorario	Dr. Ricardo Tapia Fernández
Presidente	Dr. Máximo García Castañeda
Secretario	Dr. Eduardo de la Parra
Tesorero	Dr. Guillermo Pérez Villasante

Socios Honorarios

Dr. Chevalier L. Jackson	Dr. George E. Shambaugh
Dr. Paul H. Holinger	Dr. Daniel Gurría Urgell

Dr. Vicente Manero

Socios Fundadores

Dr. Juan Andrade Pradillo	Dr. Luis Vaquero Sánchez
Dr. Andrés Bustamante Gurría	Dr. Pedro Berruecos
Dr. Daniel Gurría Urgell	Dr. Ramón del Villar
Dr. Mario González Ulloa	Dr. Gustavo Jerez Tablada
Dr. Federico Molas	Dr. Manuel López y López
Dr. Plutarco Torres Luquín	Dr. Walter Reinking

Dr. Ricardo Tapia Acuña

Socios Correspondientes

Dr. Reinaldo de Villiers
Ave. Aliados No. 13
Habana, Cuba.

Dr. Arthur J. Cracovaner
11r. East 62nd. St.
New York 21, N. Y.

Dr. Francisco Marañés
Espalter 15
Madrid, España

Dr. Manuel García Curbelo
1o. de Octubre No. 468
Habana, Cuba.

Dr. Ciro Leal Carneiro
Domicilio Conocido
Fortaleza Ceará, Brasil

Dr. Aristides Monteiro
Domicilio Conocido
Río de Janeiro, Brasil.

Dr. Alonso Roy
Apartado No. 131
Panamá, Rep. de Panamá

SOCIOS ACTIVOS EN MEXICO, D. F.			
		Dr. Eduardo de Gortari Bucareli 181-1	13-51-79
Dr. José T. Aguilera Durango 192	28-91-25 14-34-74	Dr. Leo Deutsch Reforma 510-602	14-37-02 14-64-34
Dr. Humberto Alcocer Havre 7, 6o. piso, Desp. 62	25-61-53 24-75-99	Dr. Eduardo de la Parra Havre 7, 6o. Piso	25-61-53 24-92-95
Dr. Juan Andrade Pradillo Emparan 39-1	12-43-56 14-17-14	Dr. Ramón del Villar Zacatecas 236	28-59-29 23-11-69
Dr. Pedro Andrade Pradillo San Luis Potosí 44	11-55-53	Dr. Eduardo Echeverría Zacatecas 236	25-17-00 14-87-24
Dr. Manuel Arrijoja Lima 20 de Noviembre 79-4	13-90-19 17-00-11	Dr. Alfonso Espinosa Grande Av. Chapultepec No. 178-A	11-04-80
Dr. Miguel Arroyo Güijosa Medellín 94, 5o. piso	35-08-44 24-68-66	Dr. Eligio Esquivel Medina Sinaloa No. 10, 4o. Piso	11-10-89 28-72-68
Dr. Abraham Ayala González Plaza de la República 46	46-20-44 10-73-11	Dr. Oscar Farías Alvarez Insurgentes 533-4	11-37-06
Dr. Isaías Balanzario Rosas Niza 6 No. 202	25-27-17 11-35-13	Dr. Manuel Fernández Posada Guerrero 2-202	21-24-21
Dr. Mario Antonio Barrón y Sierra Garrido 204-E	17-25-08 17-35-34	Dr. Mario Galindo Hernández Palma Norte No. 335 Desp. 112	
Dr. Juan Becerril Carmona Donceles 86	12-25-22	Dr. Máximo García Castañeda Leibnitz 1-7o. Piso	25-53-03 15-45-18
Dr. Pedro Berruecos Medellín 94	28-84-80 15-34-19	Dr. Alberto Gallegos Domínguez Ave. Revolución No. 42-7	15-37-03 15-44-13
Dr. Oscar Bonilla González Tabasco 332	14-98-25 20-01-28	Dr. Rafael Giorgana Donato Guerra No. 9-3er. Piso	18-27-45 15-19-95
Dr. Andrés Bustamante G. Medellín 94	11-25-44 24-72-50	Dr. Armando González Gomar Dinamarca 88	11-05-01
Dr. Jorge Caraza Uruapan No. 3	11-22-50 20-12-69	Dr. Luis González Rentería Monterrey 47 1er. Piso	28-62-67
Dr. Jaime Carrillo Jr. Marsella 43-13	35-30-85 24-74-46	Dr. Rafael González Rivas Ave. Alvaro Obregón No. 178	46-11-79 14-59-09
Dr. Javier Castillo Dibildox Sonora 46-3	14-66-47 10-82-40	Dr. José Luis González Salas Arista 24	11-89-98
Dr. Enrique Culebro Carrieri Sinaloa 84-1	11-52-87 28-68-35	Dr. Mario González Ulloa Tuxpan No. 23	11-83-87 11-68-64
Dr. Julio Cueva Donato Guerra 9	10-40-30	Dr. Alberto González Valverde Héroes Ferrocarrileros No. 28-10	12-03-26
Dr. Victoriano M. de Acosta Chapultepec No. 408	35-36-11 35-23-56	Dr. Gaspar Hernández Jalapa No. 13	12-25-27
Dr. Francisco Durán Acosta Insurgentes 254-503	11-09-29	Dr. Mariano Hernández Goribar Virreyes 1045	20-11-31

Dr. Carlos Herrera Garduño Dr. Mora No. 9	18-36-90	Dr. Benito Rebolledo Vergara Colima No. 211	14-87-24
Dr. Fortino Jarquín Martínez Bonampak No. 80	17-11-56 21-03-38	Dr. Walter Reinking Reforma 459	11-73-85 20-23-07
Dr. Gustavo Jerez Tablada Tabasco 332	14-98-25 15-20-49	Dr. Federico Reyes Rodríguez Clínica Ollervides Ave. Chapultepec No. 408	28-69-77 25-10-20
Dr. Manuel López y López Dinamarca No. 88	11-90-70 11-43-00	Dr. Daniel Roldán Posada Durango 108, Esq. Jalapa	25-41-46
Dr. Benjamín Macías J. Leibnitz 1, 7o. Piso	25-50-58 25-41-80	Dr. Roberto L. Sánchez Querétaro 131	46-43-28
Dr. Benito Madariaga Colima No. 211	25-57-66 27-42-09	Dr. Leonardo Silva E. Humboldt No. 26	12-60-62 28-65-45
Dr. Vicente Manero Rosales No. 1-105	10-29-46 23-12-67	Dr. Carlos Tapia Acuña Tuxpan No. 20	25-03-00 28-76-35
Dr. Ernesto Manero González Rosales No. 1-105	10-29-46	Dr. Ricardo Tapia Acuña Nápoles 9-6	46-23-65 11-27-49
Dr. Efrén Marín Orizaba No. 185	46-34-80 14-12-65	Dr. Severino Tarasco Nuevo León 21. 1er. Piso	15-05-16
Dr. Fernando Martínez Cortés Medellín No. 94-6o. Piso	46-76-00 14-42-77 27-51-36	Dr. Rafael Tejero Lapham Monterrey 101-203	23-20-38 28-53-86
Dr. Fernando Meléndez Mariano Escobedo No. 536	14-97-76 14-07-10	Dra. Isabel Torices Salvador Díaz Mirón No. 154	16-24-42
Dr. Rubén Mingram Camargo Chilpancingo No. 56	28-67-40 10-50-46	Dr. Plutarco Torres Luquín Chapultepec No. 463	14-53-15
Dr. Federico Molas San Juan de Letrán No. 9-505	21-79-78 35-83-84 12-44-15	Dr. Carlos Valenzuela Ezquerro Monterrey 47-201	11-78-24 20-65-61
Dr. César Ortiz Jara Mazatlán 192-2	15-11-48	Dr. Luis Vaquero S. Maestro Antonio Caso No. 150-1	16-53-69
Dr. Rafael Pacchiano Amores No. 26	23-67-80 23-34-15	Dr. Ricardo H. Villanueva Av. Juárez No. 145-7	12-32-21 20-76-27
Dr. Angel Pérez Aragón Río Sena 88-A	11-20-21 23-01-39	Dr. Joaquín Zermeño Tacuba 33-303	11-24-39
Dr. Raúl Pérez Herrera Ave. Chapultepec No. 136-2	28-54-32 20-07-61	Dr. Juan Overhauser San Francisco No. 620	
Dr. Ernesto Pérez Fuentes J. García Icazbalceta No. 78	46-24-16	Dr. Salvador Durán T. Medellín No. 94-4	
Dr. Guillermo Pérez Villasante Monterrey 101, 1er. Piso	11-20-94 16-05-97	Dr. Jorge Corvera Bernardelli Tigris No. 120	35-37-85 35-26-95
Dr. José Manuel Rangel Obregón Tonalá No. 15	11-49-10	Dr. Octavio Cal y Mayor Rincón del Bosque No. 29	14-01-70

SOCIOS ACTIVOS EN LOS ESTADOS

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

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

Dr. Miguel Angel Bedolla
Ave. Ferrocarril No. 17
Chihuahua, Chih.

Dr. Emilio Bracho Mijares
Ave. Hidalgo No. 3204
Tampico, Tamps.

Dr. Eduardo Canudas y Orezza
3 Carabelas No. 65
Veracruz, Ver.

Dr. Gabriel Camarena G.
Pedro Moreno 884
Guadalajara, Jal.

Dr. Rodolfo Cortés Ochoa
Ave. Morelos No. 87
Guadalajara, Jal.

Dr. Jesús Chávez
Morelos No. 8
Toluca, Méx.

Dr. Efraín Dávalos
Centro Médico Morelia
Morelia, Mich.

(4) Dr. Antonio de la Maza
Gabriel Leyva No. 40
San Luis Potosí, S.L.P.

Dr. Manuel Flores Castro
Madero No. 379
Guadalajara, Jal.

Dr. Efraín Gómez Ballesteros
2 Poniente No. 106
Puebla, Pue.

Dr. Javier Gómez Orozco
López Cotilla No. 420
Guadalajara, Jal.

Dr. Marcelino Gómez Orozco
Prisciliano Sánchez No. 407
Guadalajara, Jal.

Dr. Carlos Guerra González
Independencia No. 103
San Luis Potosí, S. L. P.

Dr. Armando Ibarra Ramos
20 de Noviembre No. 406 Sur
Monterrey, N. L.

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

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

Dr. Roberto Said Laserre
Hospital Petróleos Mexicanos
Poza Rica, Ver.

Dr. Oliverio Lozano Rocha
Juárez No. 324 Pte.
Torreón, Coah.

Dr. Gilberto Martínez Cárdenas
Zaragoza No. 308
Saltillo, Coah.

Dr. Francisco M. Rivera
Hidalgo No. 37
Querétaro, Qro.

Dr. Sixto Martínez Garza
Pino Suárez No. 440 Sur
Monterrey, N. L.

Dr. Alfonso Garibay Fernández
Hidalgo y Rodríguez
Torreón, Coah.

Dr. Jesús García López
Hospital Carbonífera
Nueva Rosita, 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
2 Norte No. 1003
Puebla, Pue.

Dr. Carlos González F.
P. Díaz No. 918
Cd. Reynosa, Tamps.

Dr. Francisco Rivadeneyra
Centro Médico Morelia
Morelia, Mich.

Dr. Romeo Romero Sandoval
Plaza Principal No. 10
Jerez, Zac.

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

Dr. José Sánchez Cortés
16 de Septiembre No. 59
Guadalajara, Jal.

Dr. Luis Sánchez Gutiérrez
Aurora No. 118 Sur
Tampico, Tamps.

Dr. Armando Oliveira Quiroz
Rosales No. 438 Pte.
Culiacán, Sin.

Dr. Jesús Martínez Ochoa
Elías 161
Nogales, Son.

Dr. Mario Mena Treviño
Matamoros No. 508 Altos
N. Laredo, Tamps.

Dr. Félix Michel
Donato Guerra No. 150
Guadalajara, Jal.

Dr. Salvador Ortiz Chavarria
Clínica Chihuahua, Desp. 404
Chihuahua, Chih.

Dr. Ignacio Peraldi Ferriño
Cerrada del Teatro No. 401
Cd. Juárez, Chih.

Dr. Angel Quijano
Rayón 250 Norte
Monterrey, N. L.

Dr. Oscar Treviño Landois
Hidalgo No. 135 Ote.
Monterrey, N. L.

(7) Dr. José Vargas Lugo
Blanco Sur Depto. 7
Torreón, Coah.

Dr. Francisco Vázquez Gómez
Degollado No. 24
Cuernavaca, Mor.

Dr. Pelayo Vilar Canales
V. Carranza No. 4
Pachuca, Hgo.

Dr. Alberto L. Valdés
Abasolo y 5a.
H. Matamoros, Tamps.

Dr. José Cruz Zambrano
Edificio Corzo
Tuxtla Gutiérrez, Chis.

Dr. José M. Licona
Jesús García No. 54
Hermosillo, Son.

Dr. José Luis de Leo
Juárez 98 altos Esq. Madero
Veracruz, Ver.

Dra. Ma. Elena Martínez O.
Aramberri 1849 Pte.
Monterrey, N. L.

Dr. Rogelio Garza Elizondo
Calle Ea. No. 811 Apto. 466
H. Matamoros, Tamps.

Editorial

Durante los dos o tres últimos lustros, han ido quedando cubiertos varios de los huecos que existían en la Otorrinolaringología Mexicana. Muchos de nuestros compañeros han logrado cumplir sus anhelos, al especializarse dentro de la especialidad.

La foniatría, la audiología, la cirugía funcional de oído y faringolaringe, la oto-neurología y la medicina de O.R.L.

El diagnóstico certero; su modo acertado de resolverlo, para que la función se mantenga, son problemas a los que México se ha abocado desde hace muchos años; no hemos quedado a la zaga ni en éstos campos ni en el de la investigación. Contamos con ilustres figuras tanto en el Distrito Federal, como en los estados, conocidas internacionalmente.

Existe solamente cierto ambiente de desgano para publicar no sólo nuestros descubrimientos, sino aún nuestras propias experiencias en la clínica o en el quirófano. Creemos que una vez subsanado éste obstáculo, haremos posible que el esfuerzo y estudio del otorrinolaringólogo mexicano se una positiva y eficazmente al progreso de la Otorrinolaringología Universal.

Movilización de Cadena Osicular por Vía Retroauricular

Dr. RAMON DEL VILLAR*

Trabajo Presentado en la sesión del martes 4 de Diciembre de 1956 de la Soc. Mex. de Otorrinolaringología, y entregado para su publicación en Julio de 1957. (Nota del editor).

Desde que la vía endaural, preconizada por Lempert, comenzó a usarse, toda la cirugía de oído medio e interno tratamos de resolverla por esta ruta, incluyendo los casos agudos de mastoiditis sin antecedentes de infección anterior, aun cuando pronto nos dimos cuenta de algunos errores y poco tiempo más tarde asentábamos las bases precisas de la vía endaural e insistimos en los casos en que debería ser usada la retroauricular (1).

Nadie ha dejado de reconocer la gran ventaja que representa tener el campo quirúrgico, pequeño y estrecho como es, completamente en posición vertical y en visión directa, lo que ayuda particularmente en intervenciones sobre canal semicircular externo (fenestración) y sobre el curso del nervio facial.

Al describir Rosen (2) su operación

para la movilización del estribo, emplea la ruta endoauricular, por un método ya descrito y seguido por Lempert para la simpatectomía timpánica (3) y todo el mundo sigue desde entonces la misma ruta no obstante la poquísima visibilidad, lo muy estrecho del campo y lo difícil de la maniobra. No se había intentado modificarla.

Sin embargo, existen experiencias anteriores que nos dieron la idea de abordar otra ruta. En efecto, cuando en un niño se enclava un cuerpo extraño en oído medio, con ruptura de la membrana, se extrae practicando una pequeña incisión retroauricular directamente en el surco que permite despegar el conducto y abordar la caja. Así nació la idea de la ruta retroauricular para la movilización; el practicarla convence de su utilidad.

Es inútil mencionar la historia de

* Jefe del servicio de ONG. del Hospital Infantil, México D. F.

la movilización estapedial que es bien sabido que fue "redescubierta" por Rosen en años recientes. Todos los autores coinciden en que sus resultados en casos selectos son muy buenos, en otros mediocres y en otros malos.

¿Por qué en los casos selectos, con muy buena conservación de la transmisión ósea y caída marcada en la aérea son tan buenos los resultados que superan a la fenestración? Creo que la respuesta es sencilla y la da la práctica y la observación. Se trata de otosclerosis no complicada con fijación más o menos marcada de la platina del estribo; pero no es éso todo, existe otro importante factor que se ha pasado por alto casi siempre y que obedece a una ley de patología general. Es sabido que en cualquier parte del esqueleto, cuando se inmoviliza una articulación por poco tiempo ésta pierde su elasticidad y si la inmovilización ha durado mucho tiempo se forma una verdadera anquilosis que mantiene fija la articulación. Ahora bien la cadena osicular del oído medio no puede escapar a esta ley y por tanto cuando hay cierta inmovilidad parcial de la platina sobre la ventana oval las otras dos articulaciones: la incudo-estapedial y la incudo-maleolar, participan de la inmovilidad y a medida que el tiempo pasa se va formando la anquilosis de toda la cadena debida a fibrosis de las articulaciones, fibrosis desde luego muy fina y delicada de acuerdo con las dimen-

siones de la articulación correspondiente. En estas condiciones las maniobras para efectuar la movilización estapedial previamente rompen esas delicadas fibrosis de las otras dos articulaciones y mejoran la audición y no por la simple maniobra sobre el estribo. Esto explica los buenos resultados obtenidos en algunos casos con métodos externos tales como el de Myerson (4) en los cuales seguramente era mayor la fijación por anquilosis incudo-maleolar que por esclerosis de la platina y los malos resultados que con el mismo método se observan cuando el caso es inverso, es decir que es mayor la fijación por esclerosis de la platina sobre la ventana, que la anquilosis de la cadena.

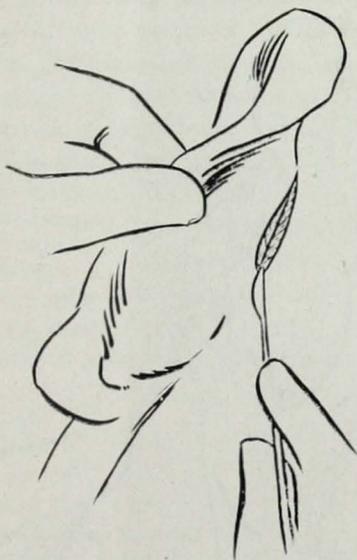
En la técnica usual de Rosen el despegamiento de la pared del conducto y de la membrana timpánica se hace en un espacio tan restringido que, aun cuando se efectúa la movilización de toda la cadena, ésta es mínima. De aquí la idea de que siguiendo otra vía más amplia que permite mejor visualización de toda la cadena y mejor manejo de la misma, los resultados, en general, sean mejores.

Desde hace algo más de un año he venido efectuando la técnica retroauricular para la operación que pienso sea mejor denominar "movilización osicular total" y es la que a continuación expongo. Sus resultados en general han sido muy satisfactorios.

La intervención se practica bajo

analgésia local con xilocaina o novocaina y con buena sedación preanestésica del paciente que lo mantiene semiinconsciente, pero capaz de responder a la voz cuando precise. Una vez limpio y aislado el campo operatorio se procede a marcar con una fina raya de azul de metileno exactamente el surco retroauricular para que el edema que la inyección del anestésico produce no haga perder la relación pues es importante que la incisión sea nítida, fina, de dos a tres centímetros de longitud y exactamente en el surco a fin de que se obtenga visión vertical y más directa y evitar tener que

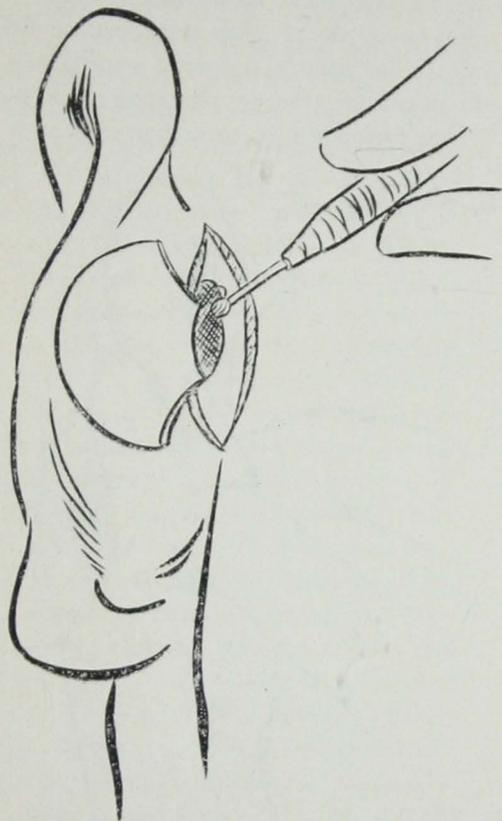
haciendo previamente la hemostasis de los vasos sangrantes que a menudo son muchos, ésto se logra mejor con diatermo-coagulación; así se despega la piel del conducto entre las 11 y las 6 y en profundidad hasta inmediatamente afuera del borde timpánico. (fig. 2). La incisión se ha mantenido abierta por medio de un separador común de mastoide, pero al llegar a este punto la pared se protege por medio de la valva formada con un espejo auricular



llegar el periostio de la región posterior (fig. 1). Una vez llegado el corte al hueso solo resta despegar la pared posterior del conducto auditivo externo



ancho común cortado longitudinalmente por la mitad, esta protección evita que las maniobras con la fresa eléctrica o las cucharillas puedan lesionar la piel del conducto. Una vez así protegido se introduce la fresa cortante de 2 mms. para ir rebajando lentamente



la pared ósea del conducto entre la 1 y las 4 (fig. 3), pues no es necesario hacerlo en mayor extensión, hasta ver definitivamente la inserción anular de la membrana logrado lo cual es muy fácil levantar ésta desde el anillo y

exponer el interior de la caja. El simple levantamiento y reclinado de la membrana hacia adelante, maniobra que debe efectuarse con delicadeza, hace que se rompan las posibles adherencias existentes en la articulación incudo-maleolar al balancear el martillo. Casi en el 50% de los casos por mí operados al efectuar esta maniobra queda expuesto a la vista el estribo y la articulación incudo-estapedial, pero cuando estas estructuras todavía permanecen ocultas basta que con la fresa de un milímetro o con cucharilla fina se vaya abriendo una muesca en el ángulo óseo súpero-externo para que se puedan ver con



claridad y queden perfectamente accesibles (fig. 4). Llegados a este punto con un fino excavador se prueba la firmeza del estribo y se procede: primero a mover la articulación del yunque con el apófisis lenticular con gran suavidad para evitar su desarticulación y en seguida, por el método usual, se busca movilizar la platina. Logrado esto último en ocasiones el mismo paciente dice "ya oigo" o bien "me estoy mareado", enseguida se prueba la audición.

Para terminar la intervención que es casi siempre incruenta en su última parte, se aspira suavemente el interior de la caja y se repone la membrana en su sitio y el conducto se empaca con una tira de hule espuma que, por ser elástica, comprime fuertemente la pared cutánea del conducto contra la ósea, impidiendo en lo posible la formación de hemotímpano.

La herida retroauricular se cierra con cuatro o cinco puntos separados de seda fina que evitan quede cicatriz aparente.

Entre el cuarto y sexto días des-

pués de la intervención se retira la tira de hule espuma y se comienzan a practicar insuflaciones de la caja por medio de la sonda de Itard a muy baja presión.

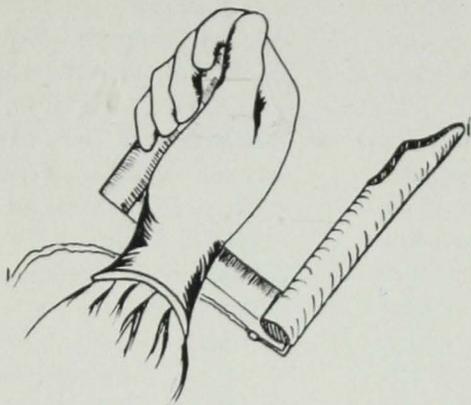
BIBLIOGRAFIA:

- 1.—Del Villar, R.—Indicaciones, técnica y alcances de la cirugía radical del mastoide.—*Bol. Med. del Hosp. Inf. de México*—VI: 3 (327-336). Junio, 1949.
- 2.—Rosen, S. and Bergman, M.: Restoration of Hearing in Otosclerosis by Mobilization of the Fixed Stapedial Footplate. An Analysis of Results.—*Laryngoscope*. LXV: 4. April, 1955.
- 3.—Lempert, J.—Tympanosympathectomy, A Surgical Technique for the Relief of Tinnitus Aurium.—*Arch. Otolaryngol.* 43: 199. March, 1946.
- 4.—Myerson, M.C.: Mobilization of the Stapes without incision.—*A.M.A. Arch. of Otolaryngol.*—64: 5. November, 1956.

Amsterdam 295. México, D. F.

ANESTESIA TOPICA
con
DYCLON "PITMAN-MOORE"
(solución)

DYCLON, solución al 0.5% de clorhidrato de diclonina, es diferente químicamente de los demás anestésicos de contacto.



**ANESTESIA
RAPIDA
Y
EFICAZ**
de las mucosas.

Comparable favorablemente en **DURACION** e **INTENSIDAD** a la producida por los compuesto del tipo procaína.

POSEE propiedades antisépticas:

Baja toxicidad sistémica.

GENERALMENTE NO PRODUCE sensibilización o hipersensibilidad.

UTIL en laringoscopias, broncoscopias y esofagoscopias.

Producto original de **PITMAN-MOORE Co.**

Indianápolis, E. U. A.

Representantes exclusivos para México

LABORATORIOS SERVET, S. A.

Rhin No. 76.

México, D. F.

(Literatura exclusiva para médicos)

Reg. No. 47924 S.S.A.

Prop. No. AB-8092/57 S.S.A.

(New and Nonofficial Remedies, 1957, p. 41)

Los conceptos vertidos en esta literatura son de la responsabilidad exclusiva de los autores mencionados en la Bibliografía.

CASO CLINICO

Dr. EFREN R. MARIN

Ficha de identificación.

Nombre, María Elena Galán Galán, sexo femenino, edad 10 años, de raza blanca, nació en Cordoba, Ver. Ficha de estudio 18 de agosto.

Inspección General.

Enfermo ambulante del sexo femenino de edad aparente igual a la que dice tener, de raza blanca, aparentemente bien conformada de constitución longilínea, de complexión débil, sin movimientos anormales, adaptada al medio y con facies Adenoidea.

Antecedentes Hereditarios y Familiares.

Hija de primos hermanos por tanto es consanguínea, sus tres hermanos y ella padecen asma. Lo demás sin importancia para el padecimiento.

Antecedentes Personales no Patológicos.

Vive en casa con buen estado de higiene y tiene alimentación suficiente cualitativa y cuantitativamente.

Antecedentes Personales Patológicos.

Enfermedades propias de la infancia, varicela, sarampión y asma.

Padecimiento actual, fecha del principio y su evolución.

Desde hace tres años empezaron a notar una obstrucción nasal constante, que ocasionaba en las noches un poco de molestia, dolores en la garganta y notó dolores en las articulaciones y en brazos y piernas principalmente.

Estado actual del padecimiento.

Se queja de fuertes dolores en brazos y piernas, dice que le duele la garganta con mucha frecuencia, presenta fiebres de continuo, al dormir siente que se ahoga al respirar.

Aparato digestivo.

No suministra datos patológicos aparentes.

Aparato Urogenital.

No presenta datos patológicos.

Sistema nervioso.

Sin datos patológicos.

Aparato Circulatorio.

Tensión Arterial normal, a la percusión área cardíaca dentro de los límites normales. A la auscultación sólo

se anotó una ligera arritmia, posiblemente de origen emotivo, igual al pulso.

Aparato Respiratorio.

Areas pulmonares dentro de los límites normales sin datos patológicos a la percusión. A la auscultación se encontraron estertores húmedos silbantes de poca intensidad y prolongación del murmullo expiratorio discreta.

Inspección Otorrinolaringológica.

Amígdalas hipertróficas, crípticas, que casi llegan a juntarse. Vegetaciones Adenoideas grandes y duras.

Análisis Laboratorial.

Tiempo de Sangrado 4 minutos, (Tec. Duke).

Tiempo de coagulación 10 minutos, (Tec. Lee y Witte).

El coagulo se formó en el tiempo normal, siendo de consistencia y dureza habituales.

Tiempo de Protrombina siguiendo técnica de Quick, se encontró: 16 segundos 86%.

Química Sanguínea dentro de límites normales.

Biometría Hemática con datos de anemia y leucocitosis moderada.

Tratamientos Médicos Anteriores.

Se le combatieron las amigdalitis con toques de colubiazol. Penicilina y en

ocasiones sulfatiazol, además de Acido Acetil Salicílico por su reumatismo.

Diagnóstico.

Adeno Amigdalitis Hipertrófica Bilateral y Fiebre Reumática.

Tratamiento.

Adeno Amigdalectomía.

RELATO DE LA OPERACION.

Se puso el abrebocas cuando el anestesista indicó que la enferma estaba lista para la intervención, inmediatamente se procedió a hacerse la raspa adenoidea por medio de la cucharilla de Beckman, se extrajeron unas Vegetaciones Adenoideas grandes y de consistencia blanda, el tiempo empleado hasta el momento era de unos 30 ó 40 segundos.

Se procedió luego a extirpar la amígdala izquierda, se pinzó de polo a polo con una pinza de Allis, se la agachó hacia el frente y hacia abajo, para buscar el plano de disección se abrió el ojal con el borde de una tijera y luego con el dedo índice de la mano derecha se hizo la disección de pilares. Se procedió a utilizar la pinza de Taftas y se terminó la extirpación por medio de luxación y arrancamiento como es mi técnica. Se pasó a hacer hemostasia por compresión metiendo una torunda dentro del lóculo y sosteniéndola ahí por medio de una pinza curva de Co-

per, a los 30 segundos se retiró la misma y se hicieron dos puntos de ligadura por trasficción en el lóculo para no dejar lugar sangrante. En total serían dos minutos los empleados hasta aquí en las maniobras referidas.

Se procedió en igual forma con la amígdala derecha, sólo que la disección la hice con el índice de la mano izquierda, se le hizo igualmente su compresión con la torunda e igualmente se procedió a hacer ligaduras, ellas fueron hechas con catgut atraumático del "0". Se procedió después a hacer una segunda revisión de lóculos y se comprobó que no habían ni restos amigdalinos ni sangre dentro del lóculo; habían transcurrido hasta ese momento aproximadamente de seis a ocho minutos. Dando yo por terminado el acto quirúrgico de una manera por demás satisfactoria.

REPORTE DEL ANESTESISTA.

A las 10 horas con 30 minutos me presenté en el Sanatorio del Dr. Lamoth, con el objeto de explorar a la enferma que iba a ser amigdalectomizada, encontrando: los ruidos cardíacos normales y la presión arterial dentro de los límites normales (Mx. 100., Mn., 50.). Ordené la medicación preanestésica; consistiendo ésta en $\frac{3}{4}$ de una ampolleta de genatropina y una cápsula de 0.10 gm. de nembutal sódico.

Como a la media hora después de

haber dado el pre-anestésico fué presentada la enfermita a la sala de operaciones; indicando la inducción de la anestesia por medio de la mascarilla abierta con eter Squibb gota a gota, siendo bien aceptada por parte de la enferma, llevándola a segundo plano de la anestesia quirúrgica y haciendo el cambio al barboteador de eter llevado por medio de una sonda delgada de Nelatón a la unión de la nasofaringe con la orofaringe, no habiendo ningún contratiempo en estas maniobras habiéndolas hecho en seis minutos. Estando la enferma en el segundo plano de la anestesia quirúrgica se inició la operación siendo como las once horas y seis minutos y terminándose a los ocho minutos de empezada ésta; como dos minutos antes que se diera por terminada la operación fué retirada la anestesia por lo que en el momento de revisar los pilares y fosas amigdalinas, la enferma tuvo algunos movimientos del cuerpo, así como conato de vómito por lo que inmediatamente roté la cabeza hacia su lado derecho e introduje el aspirador, con resultados nulos, hecho que demuestra que la enferma iba en ayunas. Al pasar el conato de vómito que no duró más de quince segundos, coloqué su cabeza en su posición normal, notando la aparición brusca de enfisema subcutáneo en la región oculo palpebral izquierda, para que a los pocos segundos se difundiera a la otra región oculopalpebral y de ahí se difundiera rápidamente a toda

la cara, cuello, nuca, caja torácica y ambos miembros superiores; siendo como un minuto y medio o dos para llegar a su máximo el enfisema subcutáneo.

Al mismo tiempo la enferma presentó un estado bastante marcado de cianosis, aumento del timpanismo pulmonar, debilidad de los ruidos cardíacos con taquicardia y debilidad del pulso, con una gran midriasis con pupila paralítica. Inmediatamente empecé a administrarle oxígeno previa entubación por vía bucal y con laringoscópio, el cual me mostró tanto la glótis, cuerdas vocales y en general la vía aérea alta completamente normal libre y permeable no habiendo salido a través de la cánula traqueal al aspirar ninguna secreción, líquido o sangre, en seguida recurrimos al resucitador. Al mismo

tiempo el cirujano aplicaba inyección intracárdica de adrenalina de 2 c. c., al 1 x 1,000 y en forma intravenosa se le administraba tónico-cardíacos, además de la respiración artificial sincronizada con los movimientos que yo daba a la bolsa suprarrespiratoria y la costal de otro médico. Los resultados fueron inútiles ya que la enferma murió como a los cinco o seis minutos de iniciado el primer signo es decir la presencia del enfisema subcutáneo a nivel de la región oculoparpebral izquierdo.

Un hecho de observación en este caso fué que a pesar de la respiración combinada por medio de la bolsa y la costal el enfisema no llegó a aumentar.

La midriasis disminuyó un poco y la cianosis también.

Dr. Javier Larrañaga.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA SINUSITIS

Dr. ANDRES BUSTAMANTE GURRIA.*

La sinusitis es uno de los capítulos más amplios de la O.R.L., no sólo por la frecuencia con que se presenta sino también por el gran número de problemas que encierra para el investigador y para el clínico.

El estudio de la sinusitis puede enfocarse desde muchos puntos de vista, ángulos todos muy atrayentes.

¿Qué es sinusitis? "La sinusitis es la inflamación del seno o senos, como lo dice su nombre"; pero la inflamación no es una enfermedad, es un fenómeno que puede encontrarse como efecto de múltiples condiciones. Hablar de sinusitis es como hablar de dermatitis, enteritis, conjuntivitis, etc.

Las clasificaciones de la sinusitis son muchas, todo depende de lo que se tome como base, sea la etiología, la evolución clínica, o su anatomía patológica.

De todas maneras para que se efectúe el fenómeno, lo que se necesita es que exista el seno y que éste sea susceptible de reacción inflamatoria; a causas al parecer semejantes, actuando sobre el seno, puede haber sinusitis o no.

En la clínica la mayoría de las veces nos inclinamos a estudiar las causas externas capaces de ocasionar la

sinusitis pero nos ocupamos poco del seno mismo y menos del sinusítico. Entre las causas que están fuera del seno se consideran principalmente las deformidades anatómicas de la nariz. Todavía no está dilucidado este factor pues es frecuente ver a personas que nunca se enferman de sinusitis clínica, con grandes defectos y malformaciones nasales y en cambio ver sinusitis en personas cuya nariz es aparentemente perfecta.

El factor ventilación y drenaje ligado a la conformación anatómica de la nariz no es despreciable y es la base de la curación de muchas sinusitis; pero como digo, es difícil de juzgar pues en la nariz más correcta anatómicamente hablando, puede haber sinusitis. La valorización de los datos a base de nuestros conocimientos actuales de fisiología no es suficiente. Es frecuente observar como las operaciones que tienen por objeto modificar los defectos de ventilación y drenaje, lejos de mejorar al enfermo lo dejan igual, si es que no lo empeoran.

Al estudiar la nariz, encontramos en ella defectos estructurales o trastornos inflamatorios capaces de modificar el paso del aire, pero excepcionalmente la relacionamos con el metabolismo del

* Del Instituto Nacional de Cardiología.

sujeto; pensamos en la función nasal en relación con la nariz misma y no en relación con las necesidades de oxígeno que el individuo tiene.

Hay casos de personas que durante treinta años o más, tuvieron una nariz suficiente y que llegan en un momento dado a consultar porque sufren obstrucción nasal. El especialista después de examinarlas, hace el diagnóstico de desviación del septum. El enfermo admirado, pregunta: ¿Desde cuándo tengo este defecto, porque hasta hace muy poco padeco de obstrucción nasal?

Los síntomas de insuficiencia nasal es el sujeto mismo y sus necesidades de oxígeno no el séptum.

Los síntomas de insuficiencia nasal pueden tener como origen la disminución de la energía de los movimientos respiratorios, como sucede en el enfisema pulmonar, o una causa torácica o abdominal que al disminuir la corriente de aire en la nariz, modifican la aereación y drenaje de los senos favoreciendo la sinusitis.

El estudiar la nariz como parte del aparato respiratorio y no como un órgano aislado, puede darnos algunas veces la resolución del problema.

La presencia al mismo tiempo de sinusitis y dilatación brónquica, de cor pulmonale y sinusitis, de asma y sinusitis, así como la sinusitis que encontramos en sujetos caquéticos, son hechos sugestivos para insistir en el estudio de la sinusitis en relación con

los trastornos generales del aparato respiratorio.

La observación demuestra que existen personas con tendencia a tener sinusitis que curan espontáneamente de ella, otras que de la primera sinusitis no curan nunca y algo más; familias de sinusíticos. Existen razas con mayor tendencia a las sinusitis que otras. El factor clima es determinante al parecer, del mayor número de sinusitis en algunas zonas.

En mis observaciones el tamaño del seno no interviene como causa, aún cuando si tiene importancia en la sintomatología y evolución de la sinusitis.

Lo dicho anteriormente, recuerda aquella vieja verdad de que en medicina no hay enfermedades sino enfermos.

Para estudiar a un sinusítico debemos valorizar el terreno, lo cual nos obliga a no conformarnos con el estudio laringológico ordinario, sino hacer un estudio clínico del enfermo lo más completo posible. ¿Hasta dónde debe el otorrinolaringólogo profundizar este estudio sin mengua de su tiempo? Depende del caso; es posible que en el futuro tengamos personas dedicadas a la medicina interna y encargadas de proyectar su trabajo sobre el área otorrinolaringológica; pero entre tanto, debemos no olvidar los datos y muchos otros que seguramente existen para que nuestros diagnósticos sean mejores.

Entre los exámenes en que más he

insistido está el de la secreción nasal desde el punto de vista microscópico, que tanto valor tiene para diferenciar las formas infecciosas de las simplemente inflamatorias.

El estudio del metabolismo y de la función respiratoria es necesario muchas veces.

A la más elemental observación no se escapa que hay dos tipos de sinusitis: Uno en donde el factor infeccioso domina el cuadro. Otro, en que el factor hinchazón es lo principal. Entre ambos se encuentran todos los tipos intermedios.

El primer caso es el que con más frecuencia se trata correctamente, lo cual no significa, que se obtengan siempre buenos resultados. La ventilación, el drenaje y el tratamiento quirúrgico del seno, resuelven un buen número de casos. Por excepción son todos los senos los atacados, generalmente es uno o dos. Los antibióticos y las vacunas son grandes ayudas.

El otro caso, al cual caracterizan los fenómenos inflamatorios no infecciosos, es el que en general, tratamos mal.

Por excepción la sinusitis se presenta en un sólo seno, casi siempre se acompaña de fenómenos similares en los otros; su aparición es por lo general, inadvertida, desaparece o mejora espontáneamente y en ocasiones se agudiza.

Para tratarla es indispensable tener en cuenta todas aquellas causas endó-

crinas metabólicas, neurovegetativas, etc., que sabemos pueden dar síntomas en la mucosa naso-sinusal. Lo que las caracteriza es el aumento de la secreción y del edema.

Muchas veces la única sintomatología de la sinusitis radica en la faringe y rinofaringe.

El paso de los granos de la tinta china de la nariz a la amígdalas, comprueba experimentalmente que los gérmenes de la nariz pasan al tejido amigdalino mismo.

No conozco la comprobación de que los gérmenes faríngeos pasen a la nariz directamente. A esto se opone en condiciones normales, el movimiento ciliar, pero creo que es posible por otras vías y que en su apoyo se encuentra entre otros datos, el hecho de que después de algunas amigdalectomías y adenoidectomías, mejora o cura la nariz.

Hay enteritis, dermatitis, artritis, etc., que curan después de la amigdalectomía y de la adenoidectomía. Es por un mecanismo semejante, que algunas sinusitis curan al ser eliminados los focos infecciosos y no sólo por vecindad u obstrucción.

No cabe duda que cuando los dos procesos se presentan juntos puede ser que ambos tengan la misma causa o que uno sea ocasionado por el otro. De cualquier manera deben eliminarse ambos.

Hay sinusitis que pasan inadvertidas

para el paciente y muchas veces para el médico a tal punto que si no exageramos nuestra investigación, pasan sin ser diagnosticadas en un examen O.R.L., más o menos completo.

En el Instituto Nacional de Cardiología de México, hemos encontrado un gran número de sinusitis en el estudio necrópsico.

No hablo de sinusitis microscópicas sino de senos llenos de pus. El hallazgo fue podríamos decir, casual, pues se verificó en sujetos sin sintomatología de senos y que fueron estudiados en el Departamento de O.R.L., del Instituto en relación con el movimiento ciliar. El hallazgo ha sido descrito con

anterioridad pero no se le ha puesto la atención que requiere. Algunos de nuestros casos tenían inclusive examen radiográfico simple de senos y no se sospechó la sinusitis.

El diagnóstico de la sinusitis requiere dedicarle al paciente un largo tiempo y pensar con mentalidad de médico. Una mejor medicina, nos llevará a un mejor tratamiento médico o quirúrgico, y por lo tanto a mejores resultados. Muchos enfermos después de peregrinar de consultorio en consultorio, al repetirles el diagnóstico de sinusitis y proponerles un nuevo tratamiento, preguntan: ¿Dr. que la sinusitis se cura?

Comentario Oficial al Trabajo "Algunos Aspectos de la Sinusitis"

Dr. EDUARDO DE LA PARRA V.

El trabajo del Dr. Bustamante es un balance sincero de nuestra posición como médicos ante el enfermo sinusítico y con su enunciado de conceptos los cuales escuché desde el principio de mi formación como especialista, estoy íntegramente de acuerdo. Y los bien conocidos y vividos que tengo dichos conceptos, me mueven a felicitar al Dr. Bustamante principalmente, por la sinceridad de sus palabras, por la inquietud que despierta su idea y la proposición implícita de colocar el problema en el enfermo y no en el seno.

No es casual que los otorrinolaringólogos tengamos la tendencia a considerar el problema de nuestros enfermos como un problema local; en efecto, lo accesible de las estructuras nasales y la facilidad para abordarlas, nos ha hecho definir sus enfermedades en el aspecto físico y nos ha dado un criterio conformista ante los factores mecánicos infecciosos y degenerativos, sin que hayamos tenido el pensamiento de inquirir por las bases fisiopatológicas. Otro hubiera sido el destino de la sinusitis, si la nariz y los senos, en vez de estar en donde están, estuvieran en la trascavidad de los epiplones o muy cerca de las cápsulas suprarrenales y

vaya si se conoce hoy día cómo funcionan y cómo enferman estos órganos.

Es la medicina general lo que está haciendo de la rinología actual un campo de actividad médica más racional o más profunda y el trabajo del Dr. Bustamante hace énfasis en que aún nos falta mucho por adquirir. De todos modos no debemos ser pesimistas, hace poco tiempo, el rinólogo de entonces, hubiera reído ante la idea de aliviar un rinópata con tiroides; hubiera dudado ante la aseveración de un catarro por sensibilidad a propias hormonas y lo mismo ante trastornos nasales vasomotores, de recóndito origen emocional.

No me fué posible, por la premura de este comentario, hacer estadísticas, sin embargo, varias veces he comentado, que estimo que no menos del 50% de los pacientes que acuden al especialista son precisamente sinusíticos, y no me refiero a empiemas del seno, que por pensar también que son mucho más tratables no pongo en consideración en este comentario. Ahora bien, si de ese 50% de pacientes, con sinceridad absoluta analizamos qué porcentaje de ellos curamos realmente, creo que no exagero al decir que no más del 20%. A reserva de hacerlo próxima-

mente con argumentación estadística, resulta que de cada 100 enfermos que entran a nuestros consultorios, 40 de ellos no obtienen la curación por la cual acudieron.

Ya para terminar este corto comentario, quiero hacerlo con un llamado a

todos los especialistas a estudiar los problemas nasales con más profundidad y con una frase, muy del Dr. Bustamante, que nos sintetiza la importancia de este problema.

"Vivo de atender enfermos cuya enfermedad no sé curar".



PSIPAX

COMPRIMIDOS

Cada comprimido contiene:

2-metil-2-n-propil-1, 3 propanediol dicarbamato . . . 0.400 g.
Excipiente c. b. p. un comprimido de: 0.550 „

Presentación:
Tubos de 25 comprimidos.

El PSIPAX es un agente tranquilizador, depresor del sistema nervioso, útil en las neurosis de ansiedad, cuando el síntoma fundamental es excitación nerviosa.



HECHO EN MEXICO EN LOS LABORATORIOS

"TERAPIA INFANTIL", S. A.

Cía. Elaboradora de Medicamentos y Alimentos Exclusivos para Niños.
Querétaro 131. México 7, D. F.

Reg. No. 47817 S.S.A.
Prop. No. AB-2360/57 S.S.A.
"Literatura Exclusiva para Médicos"

A los primeros síntomas de sinusitis



Tyzine*

Marca del Clorhidrato de Tetrahidrozolina.
Reg. No. 44473 S. S. A.

Cuando el conducto se bloquea durante un ataque de sinusitis, el dolor en sí y el dolor de cabeza que siguen, son característicos y de preverse.

Cuando se emplea la **Tyzine** por medio del nebulizador o en solución, la agradable descongestión nasal que sigue es igualmente característica y de preverse. Se destapan los conductos casi inmediatamente. La **Tyzine** no tiene olor ni sabor, no irrita ni quema y aparentemente no produce congestiones posteriores.

En una serie de 203 enfermos, la **Tyzine** se encontró "igual o superior a los más potentes medicamentos de uso común".¹ Veintidós de esos pacientes padecían de sinusitis aguda o crónica. Un resultado excelente se obtuvo en 20 enfermos y un resultado regular en 2 - y no se presentaron reacciones adversas locales o sistémicas.

1 - Menger, H. C.: *New York State J. Med.*, in press.

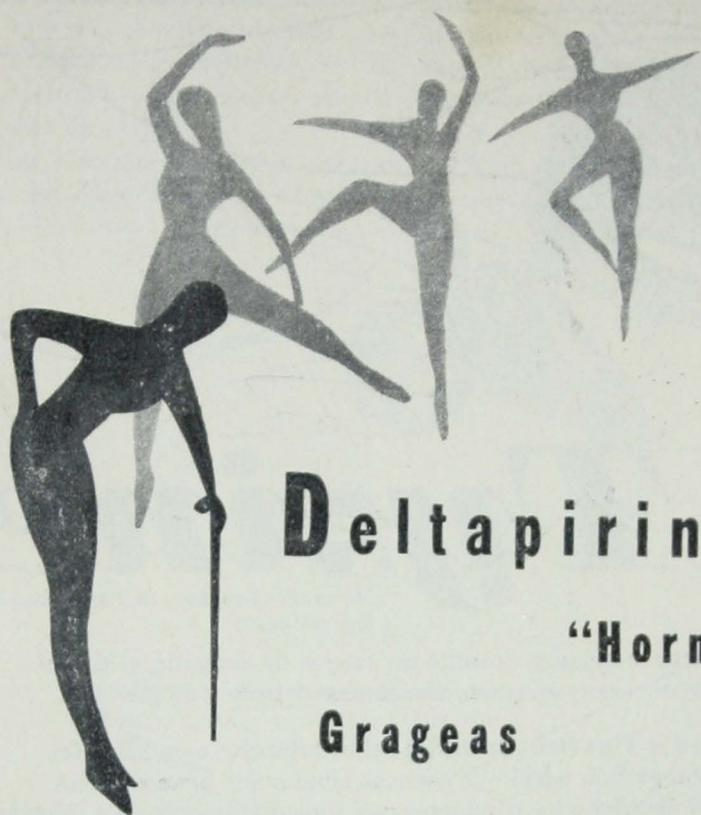


Presentación:
Solución acuosa al 0.1%
en Frasco Nebulizador
plástico de 15 cc. y en
Frasco-Gotero de 30 cc.
Literatura exclusiva para médicos

Pfizer

LABORATORIOS PFIZER, S. A.
F. de Alba Ixtlixóchitl No. 45 - B
México 8, D. F.

Los conceptos expuestos en esta
propaganda son de la responsabilidad
exclusiva de los autores mencionados.



Deltapirina

"Hormona"

Grageas

PREDNISONA
FENILBUTAZONA
AMINOPIRINA

1 mg.
125 mg.
125 mg.

ACCION

**ANALGESICA Y
ANTI-INFLAMATORIA**

LOS ANTIRREUMATICOS MAS EFECTIVOS EN UNA COMBINACION BIEN TOLERADA
DOSIS BAJAS, NO TOXICAS, SUMAN SUS EFECTOS TERAPEUTICOS.

DELTAPIRINA "HORMONA"

FRASCOS CON 20 Y 100 GRAGEAS

Antes de administrar este medicamento se deberá investigar el estado del aparato digestivo, hígado y riñón. Durante el tratamiento deberán efectuarse frecuentes biometrías hemáticas.

LABORATORIOS "HORMONA", S. A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

REG. Núm. 48395 S. S. A.

PROP. Núm. A-B-5357/57 S. S. A.

RESISTENCIA BACTERIANA Y MASTOIDITIS

Dr. CARLOS VALENZUELA
EZQUERRO

*Presentado en la sesión del martes 2 de Abril de 1957.
recibido para su publicación el 6 de agosto del presente
año. (nota del editor).*

El tratamiento de las infecciones del oído comprende tres etapas: (1) la era pre-antibiótica, caracterizada por frecuentes complicaciones; (2) la antibiótica, con un dominio mas o menos evidente de la infección y (3) la etapa actual, que podríamos llamar de "resistencia bacteriana" y caracterizada por un dominio incompleto de estas infecciones a pesar de los antibióticos, y también por un aumento en el número de procesos tanto agudos como crónicos, así como de sus complicaciones.

Es indudable que al principiar el empleo de antibióticos, todos los casos de otitis media curaban, ya fuesen tratados por el médico general, el pediatra o el otólogo. Parecía ya no haber necesidad de esa fina observación clínica y correcta valoración de la sintomatología, que habían caracterizado la actuación del otólogo en la era pre-antibiótica. El tratamiento de las infecciones del oído medio parecía haber caído por completo en el campo no quirúrgico, y sus complicaciones parecían tener sólo interés histórico.

Sin embargo, en los últimos años han sido evidentes, cambios graduales. En los servicios hospitalarios y en la literatura mundial se ve aumentar día a día el número de complicaciones óticas, y desgraciadamente éstas se presentan con el mismo riesgo para la vida y para la función que en la era pre-antibiótica.

En el Hospital General de los Angeles, California (1), recientemente se llevó a cabo un interesante estudio estadístico considerando la incidencia de la otitis media aguda en relación con la consulta general global del hospital, que es de las mayores del mundo. Se observó que en la era pre-antibiótica la incidencia era de 1 x 105 pacientes. Considerados los primeros siete años de empleo de antibióticos, dicha incidencia disminuyó a 1 x 260. Hecho el análisis de los últimos diez años, se vió un aumento progresivo de la incidencia hasta casi igualar la de la era pre-antibiótica.

Ha pasado la época en que el médico, al tratar infecciones óticas, podía tranquilamente confiar en una curación segura y rápida, tras el empleo

* Del servicio de otorrinolaringología del Hospital de la Raza IMSS.

adecuado de antibióticos. Desgraciadamente es hecho de observación diaria la confianza excesiva e injustificada a este respecto, descuidándose exploraciones tan elementales como la observación timpánica, la otoscopia neumática y el empleo de diapasones; y maniobras tan sencillas y valiosas como la paracentesis. Indudablemente esto deja la puerta abierta para complicaciones, y al respecto es interesante señalar que en un reciente estudio hecho en la población escolar de Chicago (2), el 69% de los padres ignoraban que sus hijos padecían problemas otológicos, y muchos de estos se consideraron consecuencia del empleo incorrecto de antibióticos.

Este falso sentido de seguridad en el antibiótico, hace que con frecuencia sea hostilizado el Otológico cuando se "atreve" a proponer una Mastoidectomía en un enfermo "no moribundo".

Para que fracasen los antibióticos en las infecciones óticas intervienen muchos factores, bien sea aisladamente o en conjunto. A nuestro parecer los principales son:

- 1) resistencia bacteriana al antibiótico.
- 2) incorrecta prescripción del antibiótico,
- 3) insuficiente concentración del antibiótico en el foco de infección,
- 4) tendencia a substituir la indicación quirúrgica por antibióticos.

La sensibilidad del germen al an-

tibiótico es fundamental. El problema de resistencia bacteriana es indiscutible y va en aumento. La literatura reporta un aumento progresivo de bacterias resistentes a antibióticos antes muy efectivos (3) y el ejemplo más típico es el caso del Estafilococo, pues está comprobada su resistencia cada vez mayor a la Penicilina, a la cual en un principio se mostró tan sensible.

Se desconoce (4) el mecanismo por el cual un germen adquiere resistencia al antibiótico. Se supone que pueda ser por anti-antibióticos, por aclimatación o porque sus sistemas enzimáticos metabólicos naturales no se ven afectados en ninguna fase por el antibiótico. Lo que sí puede afirmarse es que la resistencia es un fenómeno propio de la bacteria y ajena al huésped. Debemos aceptarlo como la respuesta natural del germen frente a agentes agresivos al mismo, pero también debemos confesar nuestra culpa por el abuso y prescripción indebida de los antibióticos durante tanto tiempo.

Se conoce que la resistencia bacteriana puede aparecer en dos maneras: (a) lenta, o sea la que se desarrolla después de una serie de etapas o mutaciones sucesivas. En este caso, en cada etapa van seleccionándose las variedades más resistentes, y sólo aparece la resistencia total al cabo de un número elevado de mutaciones bacterianas. Únicamente se ha observado esta forma de resistencia en los antibióticos de amplio espectro, lo cual

descarta el temor de que una bacteria sensible a ellos adquiriera resistencia en el curso de un tratamiento, pues administrados correctamente no dejan tiempo de que se presente la multiplicación bacteriana tan repetida.

La otra forma (b), de resistencia bacteriana, o sea la rápida, se caracteriza porque el germen la puede adquirir en cualquier momento, merced a un solo cambio genético repentino; cosa que sucede frecuentemente con la Estreptomocina y la Novobiocina. No obstante, el brote de estas cepas resistentes no es necesariamente un hecho muy perjudicial, pues pueden ser de menor patogenicidad o sensibles a otros antibióticos.

Los conceptos actuales sobre resistencia bacteriana no son firmes. La resistencia cruzada, o sea la desarrollada para determinado antibiótico y que se hace extensiva a otro u otros, se creía determinada por la similitud de la estructura química. Así por ejemplo, los antibióticos de amplio espectro se consideran con resistencia cruzada entre sí, pero ultimamente se descubrió la Oleandomicina, que es el primer antibiótico que no presenta esta característica. Indudablemente con el descubrimiento de nuevos antibióticos y drogas de otro tipo, unido al conocimiento más íntimo de las bacterias, se despejarán muchas incógnitas y variarán muchos conceptos actuales al respecto.

La importancia de la resistencia bacteriana en Otolología es evidente, pues

ha sido responsable de características clínicas muy particulares, como es el fenómeno de "enmascaramiento clínico" (5) tan frecuente en la actualidad. Estudios histopatológicos han demostrado que el curso clínico de la Otitis media aguda tratada con antibióticos es diferente de la tratada por otros medios, y su período de latencia puede prolongarse por semanas o meses, y muy frecuentemente se manifiesta por complicaciones. También ha sido responsable del notable aumento de casos de infección crónica, tan evidente estos últimos años.

Ahora bien, siendo necesaria la sensibilidad bacteriana al antibiótico empleado, para que se domine la infección, también es necesario que el antibiótico sea administrado correctamente, es decir, en dosis suficientemente fuerte para ser efectivo y por tiempo suficientemente largo para erradicar completamente la infección. Desgraciadamente es hecho de observación diaria que en nuestra especialidad no existe uniformidad de criterio para precisar la intensidad y duración del tratamiento, quedando sujeta al juicio clínico y experiencia personal.

Estamos de acuerdo con Davison (6) quien insiste en que toda Otitis media aguda que persiste más de tres o cuatro días presenta cierto grado de Mastoiditis; y que no deben ser consideradas Otitis y Mastoiditis agudas como dos procesos patológicos distintos. Insiste igualmente en que "toda" Otitis media aguda debe "siempre"

ser tratada con antibióticos, pero su empleo debe ser inmediato y en dosis útil y sostenida 48 horas después de cedido el cuadro agudo. Como dosis útil se refiere a la máxima posible en cada caso clínico y especialmente tratándose de Penicilina, se declara partidario de dosis no menores de un millón de Unidades diariamente.

La Penicilina continúa siendo actualmente el antibiótico de uso más generalizado, seguramente por razones económicas; pero nos parece indebida la tendencia que existe últimamente para emplear su forma de acción retardada absorción lenta (bencílica), lo mismo que la forma oral, cuando se emplea para controlar infecciones óticas agudas. Frecuentemente en estos pacientes basta utilizar Penicilina cristalina en dosis fuerte cada tres o cuatro horas y por vía parenteral, para controlar infecciones que parecían Penicilino resistentes.

Anteriormente nos referimos al exceso de confianza que actualmente se deposita en el antibiótico. Con frecuencia no se consideran siquiera para su empleo las limitaciones que se le conocieron desde su descubrimiento. Es hecho aceptado que el antibiótico es efectivo sólo cuando se logra cierta concentración hemática y también es hecho conocido que una colección purulenta en cualquier parte del cuerpo origina alteraciones anatomo-patológicas localmente que dificultan que la bacteria reciba el antibiótico en concentración adecuada, a pesar de que

la dosificación sea correcta y que la bacteria sea sensible al antibiótico empleado. Esto es particularmente importante en las infecciones mastoides por los fenómenos de necrosis ósea tan característicos. De ahí la necesidad de no pretender substituir una indicación quirúrgica por el empleo de antibióticos, sino complementar y mejorar las probabilidades de éxito operatorio por medio de la correcta selección del antibiótico.

Creemos que en todos los procesos supurativos de oído y especialmente en las infecciones rebeldes, debe hacerse la identificación temprana del germen por medios bacteriológicos, y conocer su sensibilidad antibiótica. Indudablemente que si en un número mayor de casos se emplea desde el principio el antibiótico adecuado en vez de escogerlo a ciegas, habrá con el tiempo menos problemas crónicos, menos complicaciones y menos resistencia bacteriana (7).

Es muy posible que en las infecciones crónicas, el estudio bacteriológico reporte un germen que no sea el que originalmente causó la infección, pues los gérmenes invasores originales pueden haber sido destruidos por los mecanismos defensivos orgánicos, auxiliados por el posible empleo de antibióticos. Hay tendencia a considerar a las infecciones óticas crónicas como sobre-infecciones favorecidas por deficiencias constitucionales o por alteraciones anatomopatológicas locales.

Conocemos experiencias clínicas (8)

que muestran divergencias respecto al comportamiento bacteriano, in vivo e in vitro, frente al antibiótico. Consideramos, sin embargo, que mientras no se desarrollen métodos mejores, debemos utilizar aquellos a nuestra disposición, pues a pesar de que están sujetos a error, el criterio prácticamente unánime de los autores más sobresalientes en Otolología (1), (2), (4), (6), (7), (9), es el de recomendar el empleo de los exámenes bacteriológicos que identifiquen al germen y muestren su comportamiento antibiótico, como procedimiento rutinario, reconociendo su utilidad.

En 1952 (10) se hizo en la India (cuadro 1) un estudio bacteriológico

en 150 enfermos de Otitis media crónica supurada, y de ellos, a 81 se les hizo prueba de sensibilidad antibiótica. En orden de frecuencia los principales gérmenes cultivados fueron *Proteus vulgaris*, *Pseudomona Aeruginosa* y *Estafilococo*. El *Proteus* (52 casos estudiados) mostró sensibilidad antibiótica en orden decreciente a Dihidroestreptomicina, Cloramfenicol y Penicilina. Del *Piociánico* se estudiaron 16 casos, reportando a Dihidroestreptomicina, Cloramfenicol y Oxitetraciclina. Por último, del *Estafilococo* se estudiaron 13 casos, reportando en orden a Oxitetraciclina, Dihidroestreptomicina y Penicilina.

ESTUDIO BACTERIOLOGICO 1952 (INDIA)

(150 casos)

Gérmenes cultivados
(orden frecuencia)

- 1) *Proteus vulgaris*
- 2) *Pseudomona Aeruginosa*
- 3) *Estafilococo*

**Sensibilidad
antibiótica**
(a 81 casos)

1) *Proteus v.*
(52 casos)

- a) Dihidroestreptomicina
- b) Cloramfenicol
- c) Penicilina

2) *Pseudomona*
(16 casos)

- a) Dihidroestreptomicina
- b) Cloramfenicol
- c) Oxitetraciclina

3) *Estafilococo*
(13 casos)

- a) Oxitetraciclina
- b) Dihidroestreptomicina
- c) Penicilina

En 1954 se hizo en E.U. (cuadro 2) un estudio semejante, en 65 pacientes. En orden de frecuencia las principales bacterias aisladas fueron Estafilococo, Proteus vulgaris y Pseudomona Aeruginosa. El Estafilococo reportó sensibilidad antibiótica en orden decreciente a Neomicina, Cloramfenicol y Eritromicina. El Proteus a Cloramfenicol, y en proporción mucho menor, a Tetraciclina. El Piciánico, en orden, a Cloramfenicol, Polimixina B y Neomicina.

Nosotros quisimos llevar a cabo un estudio semejante en nuestro medio,

para lo cual aprovechamos el material existente en el Hospital de la Raza, del I.M.S.S. y el estudio se planeó de la siguiente manera:

- 1) se aprovecharon 110 enfermos, de ambos sexos y todas edades, que con diagnóstico de Mastoiditis, fueron referidos al Hospital para tratamiento quirúrgico.
- 2) estos pacientes, después de su estudio clínico, fueron referidos al Laboratorio de Bacteriología para identificación bacteriana en la secreción ótica y prueba de sensibilidad antibiótica.

ESTUDIO BACTERIOLOGICO 1954 (E. U.)

Gérmenes cultivados (orden frecuencia)	1) Estafilococo	2) Proteus vulgaris	3) Pseudomona Aeruginosa
Sensibilidad antibiótica	1) Estafilococo	a) Neomicina b) Cloramfenicol c) Eritromicina	a) Cloramfenicol b) Tetraciclina
	2) Proteus v.	a) Cloramfenicol b) Polimixina B c) Neomicina	
	3) Pseudomona		(de 10 mcg.); (3) Eritromicina (de 5mcg.); (4) Cloramfenicol (de 10 mcg.); (5) Oxitetraciclina (de 10 mcg.); (6) Clortetraciclina (de 10
	3) se investigaron de rutina los siguientes antibióticos (cuadro 3):		
	(1) Penicilina (discos de 10 Unidades); (2) Dihidroestreptomina		

- mcg.); (7) Tetraciclina (de 10 mcg.); (8) Polimixina B (de 10 mcg.); (9) Bacitracina (de 10 Unidades) y (10) Neomicina (de 10 mcg.).
- 4) los gérmenes y las sensibilidades antibióticas se reportaron en orden decreciente de importancia. En las asociaciones bacterianas sólo se consideró el germen reportado en primer lugar, para cálculos de frecuencia comparativa. Para fines de comparación entre antibióticos, sólo se consideró en cada caso aquel reportado como más efectivo.
 - 5) conocido el examen bacteriológico, se procuró rutinariamente administrar el antibiótico de elección al paciente antes de practicar cirugía. Con esto, no se tuvo la intención de substituir la intervención en aquellos casos notoriamente quirúrgicos (colesteatoma, laberintitis, etc.), pero es conveniente aclarar que un número importante de pacientes no tenían indicación quirúrgica, habiendo sido enviados al Hospital principalmente por fracaso terapéutico con Penicilina. Así 8 casos entre los 110 estudiados, o sea aproximadamente el 7% se lograron controlar mediante el empleo del antibiótico adecuado y otras medidas no quirúrgicas.
 - 6) de los 110 casos motivo de este estudio, 88 se operaron. De estos, 9 por Mastoiditis aguda o sea aproximadamente el 10%. Todos los casos restantes fueron de Mastoiditis crónica.
 - 7) los casos operados fueron tratados en el post-operatorio con el antibiótico de elección, pero queremos aclarar que no fué intención de este estudio valorar los resultados operatorios, por lo que no se mencionan datos al respecto. La idea fué conocer la frecuencia comparativa de los gérmenes y su sensibilidad antibiótica.

ESTUDIO BACTERIOLOGICO 1956 (antibióticos empleados)

- 1) PENICILINA (discos de 10 Unidades)
- 2) DIHIDROESTREPTOMICINA (de 10 mcg)
- 3) ERITROMICINA (de 5 mcg)
- 4) CLORAMFENICOL (de 10 mcg)
- 5) OXITETRACICLINA (de 10 mcg)
- 6) CLORTETRACICLINA (de 10 mcg)
- 7) TETRACICLINA (de 10 mcg)
- 8) POLIMIXINA B (de 10 mcg)
- 9) BACITRACINA (de 10 Unidades)
- 10) NEOMICINA (de 10 mcg)

Analizando los resultados totales respecto a frecuencia comparativa de gérmenes cultivados, (cuadro 4), se aprecia un predominio absoluto del Estafilococo con 57 casos correspondientes al 52% del total. De estos 57 casos, 25 fueron de cultivo puro y 32 cultivo asociado. Es conveniente repetir que en las asociaciones bacterianas solo se consideró al germen reportado como principal.

El segundo lugar en frecuencia lo ocupa el Difteroide con 17 casos, correspondientes al 15% del total. De ellos, fueron 6 de cultivo puro y 11 asociado.

En tercer lugar está la Pseudomona Aeruginosa con 14 casos, correspondientes al 12% del total. De ellos, 9 de cultivo puro y 5 asociado.

Creímos de utilidad incluir en el reporte al cuarto lugar, por ocuparlo el Proteus, que como ya se señaló, figuró prominentemente en estudios semejantes anteriores y resulta interesante hacer comparación. Además, como se verá después, desempeña un papel de importancia en la resistencia bacteriana. Se aislaron 8 casos de Proteus como germen principal, correspondientes al 7% del total estudiado. De ellos, 3 fueron de cultivo puro y 5 asociado.

FRECUENCIA COMPARATIVA DE GERMENES CULTIVADOS (110 casos)

1) Estafilococo	a) cultivo puro	25	<hr/>	57 casos (52%)
	b) cultivo asociado	32		
2) Difteroide	a) cultivo puro	6	<hr/>	17 casos (15%)
	b) cultivo asociado	11		
3) Pseudomona	a) cultivo puro	9	<hr/>	14 casos (12%)
	b) cultivo asociado	5		
4) Proteus	a) cultivo puro	3	<hr/>	8 casos (7%)
	b) cultivo asociado	5		

NOTA: en los cultivos asociados se consideró solamente el germen reportado como principal.

Respecto a gérmenes obtenidos en cultivo único (cuadro 5), fueron 49 casos en total, correspondientes al 44.5% del total estudiado. Llama la

atención el franco predominio del Estafilococo y también el hecho interesante de haberse reportado un caso de Bacilio Diftérico como germen único.

REPORTE BACTERIOLOGICO DE GERMEN UNICO

(entre total de 110 casos)

1) Estafilococo	25
2) Pseudomona aeruginosa	9
3) Difteroide	6
4) Proteus vulgaris	2
5) Proteus mirabilis	1
6) B. Paracolon	1
7) B. Subtilis	1
8) B. de Loeffler	1
9) B. de Friedlander	1
10) Neumococo	1
11) Klebsiella	1

49 casos (44.5 %)

Respecto a las asociaciones bacterianas (cuadro 6), hubo gran variedad predominando las combinaciones entre los gérmenes ya mencionados como los más frecuentes, es decir, Estafilococo, Difteroide y Pociánico. Hubo 61 casos entre el total de 110 o sea el 55.5%. En el cuadro, con fines de facilitar la exposición de los hallazgos, se ha asignado un número clave a cada bacteria. Además del evidente predominio del Estafilococo, llama la atención la importancia de las enterobacterias, pues si bien es cierto que como germen principal su papel es secundario; en cambio numéricamente

figuran en forma importante en las asociaciones bacterianas. Es interesante observar que el Bacilo Diftérico se aisló en una asociación bacteriana. También es importante señalar que los hongos figuran pero en forma secundaria.

Analizando ahora la sensibilidad antibiótica (cuadro 7) de las principales bacterias aisladas, vemos que el Estafilococo la reportó mayor al Cloramfenicol, siguiendo en orden de importancia la Clortetraciclina y la Eritromicina.

El Difteroide, que ocupó segundo lugar en frecuencia, reportó sensibi-

lidad en proporción semejante, al Cloramfenicol, Clortetraciclina y Oxite-traciclina.

La Pseudomona Aeruginosa, ocupando el tercer lugar en orden de frecuencia bacteriana, mostró mayor sen-

sibilidad a la Polimixina B, seguida de Cloramfenicol y Clortetraciclina.

El cuarto lugar en nuestro estudio fué ocupado por el Proteus, y todos sus casos sensibles lo fueron casi exclusivamente al Cloramfenicol.

FRECUENCIA COMPARATIVA DE ASOCIACIONES BACTERIOLOGICAS

(61 casos entre 110; 55.5 %)

clave

(1) Estafilococo	(1-2)	9 casos	(1-2-4)	2 casos
(2) Difteroide	(1-3)	6 "	(1-2-3)	2 "
(3) Pseudomona	(2-3)	6 "	(1-5-3)	2 "
(4) Neumococo	(1-5)	3 "	(4-2-6)	2 "
(5) Estreptococo	(1-9)	3 "	(3-2-4-1)	2 "
(6) Proteus v.	(3-4)	2 "	(4-8-2)	1 "
(7) Proteus mir..	(2-4)	2 "	(4-3-1)	1 "
(8) Hemophilus	(1-4)	2 "	(4-2-7)	1 "
(9) Hongos	(8-16)	1 "	(4-1-8)	1 "
(10) Proteus morg.	(1-7)	1 "	(4-2-3)	1 "
(11) Paracolon	(4-6)	1 "	(2-6-3)	1 "
(12) Colibacilo	(3-11)	1 "	(2-4-3-15)	1 "
(13) E. Freundi	(1-12)	1 "	(2-13-14)	1 "
(14) Proteus rettg.	(7-9)	1 "	(1-2-5)	1 "
(15) B. Loeffler			(10-4-3)	1 "
(16) B. Friedlander			(8-7-3)	1 "
			(5-6-4)	1 "

Es también muy interesante hacer un analisis de los casos que reportaron resistencia bacteriana, y que fueron 21 entre el total de 110 que abarca este estudio, o sea aproximadamente el 20% (cuadro 8). Indudablemente el gérmen más importante al respecto fué la Pseudomona Aeruginosa, pues

mostró resistencia a todos los antibiótico investigados en 19 casos, de ellos, en 9 figuró como gérmen principal (5 de cultivo puro). En los demás casos resistentes el Piciánico no era gérmen principal, pero en 4 casos reportó resistencia a todos los antibióticos, siendo sensibles a ellos sus gérmenes aso-

ciados. En otros 6 casos en que el Piociánico figuró como germen secundario asociado, reportó resistencia lo

mismo que sus gérmenes asociados (4 casos con Difteroide, 1 con Estafilococo y 1 con Proteus).

ESTUDIO BACTERIOLOGICO 1956 (MEXICO) (110 casos)

		1) Estafilococo (52 %)
Gérmenes cultivados (orden frecuencia)		2) Difteroide (15 %)
		3) Pseudomona (12 %)
		4) Proteus (7 %)
	1) Estafilococo (57 casos)	a) Cloramfenicol b) Clortetraciclina c) Eritromicina
Sensibilidad antibiótica	2) Difteroide (17 casos)	a) Cloramfenicol (*) a) Clortetraciclina (*) a) Oxitetraciclina (*)
	3) Pseudomona (14 casos)	a) Polimixina B b) Cloramfenicol c) Clortetraciclina
	4) Proteus (5 casos)	a) Cloramfenicol (todos)

(*) indica sensibilidad antibiótica considerada igual.

El Proteus reportó resistencia en 3 casos (incluyendo el referido con Piociánico) y el Estafilococo en uno (el mismo referido con Piociánico).

Es interesante señalar el comportamiento de la Penicilina frente a los gérmenes aislados. Solamente se encontró como antibiótico de elección en 6 casos y todos ellos con Estafilo-

coco como germen principal (4 de cultivo único). Ocupa el cuarto lugar en la sensibilidad antibiótica de este germen.

Comparando nuestros hallazgos con los reportados en los estudios semejantes de 1952 y 1954 (cuadro 9), vemos que en lo que a frecuencia bacteriana se refiere, el Estafilococo, que encontramos en primer lugar,

también lo ocupaban en 1954 y estaba en tercero en 1952. El Difteroide, segundo en nuestro estudio, no es mencionado en 1954 y tampoco en 1952. El Píocianico, tercero en nuestra in-

vestigación, también fué tercero en 1954 y segundo en 1952. El Proteus, cuarto en nuestro estudio, ocupó segundo en 1954 y primero en 1952.

RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIBIOTICOS

(21 casos entre 110 casos o sea el 20 %)

1) PSEUDOMONA AERUGINOSA (19 casos; 17 % de los 110):

- a) Resistente siendo el germen principal: 9 casos (de ellos 5 en cultivo puro).
- b) Resistente siendo germen secundario y siendo sensibles los gérmenes asociados: 4 casos.
- c) Resistente siéndolo también los gérmenes asociados: 6 casos, en la siguiente proporción:
 - 1) con Difteroide 4 casos
 - 2) con Estafilococo 1 „
 - 3) con Proteus 1 „

2) **PROTEUS:** 3 casos (incluyendo el anotado con Pseudomona).

3) **ESTAFILOCOCO:** 1 caso (el mismo anotado con Pseudomona).

Comparando la sensibilidad antibiótica de estas bacterias, se aprecia que en 1952 destacaba en forma evidente la Dihidroestreptomicina; en cambio, actualmente no tiene importancia, pues ni un solo caso del total de 110 reportó a este antibiótico como el de elección. Es necesario aclarar que en 1952 este antibiótico tenía poco tiempo de figurar comercialmente. Además, ya dijimos al principio de este trabajo que las bacterias tienen la

particularidad de poder desarrollar resistencia en forma rápida a este antibiótico.

De un modo general se puede considerar que en la actualidad el antibiótico más eficaz en los procesos patológicos de que nos ocupamos, es el Cloramfenicol. Ya desde 1952, y más notable en 1954, a este antibiótico se le apreció acción importante. En particular el Píocianico es sensible en la

mayoría de los casos reportados, a la Polimixina B.

Es evidente que en la actualidad la Penicilina es inefectiva en estos casos. Todavía en 1952 se le encon-

tró acción aunque secundaria frente al Estafilococo y al Proteus; pero ni en 1954 ni en este estudio reportó utilidad desde el punto de vista analizado.

COMPARACION DE ESTUDIOS BACTERIOLOGICOS

	1952	1954	1956
ESTAFILOCOCO			
1952 - III	Oxitetraciclina	Neomicina	Cloramfenicol
1954 - I	Dihidroestreptomocina	Cloramfenicol	Clortetraciclina
1956 - I	Penicilina	Eritromicina	Eritromicina
DIFTEROIDE			
1956 - II	Cloramfenicol, Clortetraciclina y Oxitetraciclina. (sensibilidad igual)		
PSEUDOMONA			
1952 - II	Dihidroestreptomocina	Cloramfenicol	Polimixina B
1954 - III	Cloramfenicol	Polimixina B	Cloramfenicol
1956 - III	Oxitetraciclina	Neomicina	Clortetraciclina
PROTEUS			
1952 - I	Dihidroestreptomocina	Cloramfenicol	Cloramfenicol
1954 - II	Cloramfenicol	Tetraciclina	
1956 - IV	Penicilina		

RESUMEN :

- 1) se ha insistido en el empleo sistemático, temprano y correcto de los antibióticos en las infecciones óticas, sin descuidar métodos exploratorios ni considerarlos substitutos de otras medidas terapéuticas.
- 2) se han hecho diversas consideraciones sobre el problema de resis-

tencia bacteriana y su trascendencia en Otología.

- 3) se ha insistido en la necesidad de practicar rutinariamente estudio bacteriológico de la secreción ótica, para identificación del germen y conocimiento de su sensibilidad antibiótica.
- 4) se presentan los resultados del estudio bacteriológico efectuado en 110 enfermos de Mastoiditis, y se

hacen comparaciones con estudios semejantes hechos en 1952 y 1954.

5) de este estudio se pueden hacer estas observaciones:

- a) los gérmenes más frecuentes fueron: Estafilococo (52%), Difteroide (15%), Piociánico (12%) y Proteus (7%).
- b) en el 44.5% de los casos se cultivó germen único.
- c) las entero-bacterias desempeñan papel importante.
- d) como dato curioso se señala el cultivo de Bacilo Diftérico en dos casos, uno de ellos como germen único.
- e) la quinta parte de los casos estudiados reportó resistencia bacteriana a todos los antibióticos investigados y de esta acción fué responsable el Piociánico en el 90% de ellos.
- f) en general se puede considerar al Cloramfenicol como el antibiótico más efectivo desde el punto de vista analizado. El Piociánico mostró mayor sensibilidad a la Polimixina B. La Penicilina se mostró inefectiva.
- g) observando las diferencias tanto en predominio bacteriano como en su comportamiento antibiótico, de nuestro estudio respecto a otros anteriores, recomendamos practicar estudios semejantes en forma periódica.

Por último queremos expresar la

obligación que tenemos de divulgar entre la profesión médica sobre la existencia de complicaciones óticas, a pesar, y quizás por el empleo incorrecto de los antibióticos; y que estas complicaciones se ven con frecuencia cada vez mayor. Consideramos que de lograrlo, quienes tratan procesos infecciosos de oído, procurarán un control y observación más cuidadosa de ellos y cuando sea requerida la intervención del Otológico, ésta será más oportuna y encontrará mayor comprensión y apoyo en el desempeño de su cometido.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Hara, J. "Intracranial complications of otitic origin", *Laryng.* Vol. LXVI, 1049-1067, August 1956.
- (2) Lederer, F. Comentario en la Reunión de Chicago *Laryng. and Otol. Soc. de Nov. 4, 1955*; referido en *Arch. Otolaryng.* Val. 64: 68 70, July 1956.
- (3) Halbert, S.P. "The development of bacterial resistance to antibiotics", *Tr. Am. Acad. Ophteh*; 58: 831-835 (Nov-Dic) 1954.
- (4) Finland, M. "Antibiotic resistant microscopic infection" *J.A.M.A.* 158: 161-191 (May. 21) 1955.
- (5) Tamari, M.J. and Szanto, P.B. "Morphologic changes in the mastoid bone under antibiotic therapy" *Arch. Otolaryng.* 60: 133-140, August 1954.

- (6) Davison, F.W. "Otitis media-then and now" Laryngoscope 65: 142, March 1955.
- (7) Goldstein, L.J. and Daly, S. "Antibiotic specificity in ear, nose and throat infections" Arch. Otolaryng. 62: 384-389, Oct. 1955.
- (8) Chavez Max, G.—Comunicación personal.
- (9) Rosenwasser H. and Adelman, N. "Otitic complications" Arch. Otolaryng. 65: 225-235 (March) 1957.
- (10) Das, T. "Chronic suppurative Otitis media" Arch. Otolaryng. 60: 158-171, August 1954.

NOTA IMPORTANTE

Suplico a todos los socios nos envíen notas relacionadas con sus actividades: obtención de grados académicos, aniversarios profesionales, nombramientos, viajes y asistencias a congresos en el país y el extranjero, presentación de trabajos, cursos, conferencias, etc., con objeto de darles publicidad en esta sección.

También los acontecimientos particulares de índole social. Los más interesados deben ser los compañeros que radican en estados ya que es difícil que conozcamos las informaciones con ellos relacionadas, excepto si son ellos mismos nuestros informantes.

Todos estos datos, sirven para conocernos mejor y para hacernos participar —aunque sea en manera mínima— tanto de las penas como de las alegrías de todos.

SIGMAMICINA SIGMAMICINA
GMAMICINA SIGMAMICINA
MAMICINA SIGMAMICINA S
AMICINA SIGMAMICINA SIG
MICINA SIGMAMICINA SIGM
ICINA SIGMAMICINA SIGMA
CINA SIGMAMICINA SIGMAM
NA SIGMAMICINA SIGMAMIC
A SIGMAMICINA SIGMAMIC
SIGMAMICINA SIGMAMICIN
SIGMAMICINA SIGMAMICINA
GMAMICINA SIGMAMICINA
MAMICINA SIGMAMICINA S
MAMICINA SIGMAMICINA SIG
AMICINA SIGMAMICINA SIG
MICINA SIGMAMICINA SIGM
CINA SIGMAMICINA SIGMA
NA SIGMAMICINA SIGMAMI
A SIGMAMICINA SIGMAMIC
SIGMAMICINA SIGMAMICIN
SIGMAMICINA SIGMAMICINA
SIGMAMICINA SIGMAMICINA
GMAMICINA SIGMAMICINA S
MAMICINA SIGMAMICINA SI
AMICINA SIGMAMICINA SIG
VICINA SIGMAMICINA SIGM
SIGMAMICINA SIGMAMICINA
GMAMICINA SIGMAMICINA
MAMICINA SIGMAMICINA S
AMICINA SIGMAMICINA SIG
MICINA SIGMAMICINA SIGM
VICINA SIGMAMICINA SIGM
CINA SIGMAMICINA SIGMA
NA SIGMAMICINA SIGMAM
A SIGMAMICINA SIGMAMIC
SIGMAMICINA SIGMAMICIN

una nueva

ERA

en la

antibioticoterapia

S

IGMAMICINA

Pfizer

Reg. No. 47981 S.S.A.
Prop. No. A 11248/56 S.S.A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Estandarización de las Pruebas Logo-Audiométricas

Dr. OSCAR FARIAS*

*Presentado en la sesión ordinaria del 9 de Febrero de 1957,
en la Ciudad de Pachuca. Entregado para su publicación
en Julio de 1957. (Nota del Editor).*

Desde el año de 1953 en el Instituto Mexicano de la Audición y el Lenguaje fueron estandarizadas las pruebas logo-audiométricas en castellano habiendo aprovechado como material fonético para la integración de las listas de prueba, las palabras publicadas por el Dr. J. M. Tato de Buenos Aires, a las que previamente se les habían hecho adaptaciones en su contenido tratando de eliminar todas aquellas palabras que no encontraban aplicación frecuente en el idioma que se habla en México. Este material fonético aunque no representaba el tipo ideal nos permitió elaborar al menos la base de la que partiríamos posteriormente buscando la creación de listas que fueran representativas del idioma castellano usado en la República Mexicana. Sería muy largo enumerar todos los pasos que se siguieron para este objetivo, bástenos decir que una vez conseguidas las listas éstas se pasaron a un grupo de testigos (diez) los cuales reunían las condiciones ideales para servir de sujetos de investigación (edad entre 15 a 23 años, ausencia de antecedentes patológicos en

oídos, otoscopía normal, audiometría tonal perfecta, etc.) En aquella ocasión concentramos toda nuestra atención en el problema de la búsqueda de los umbrales de inteligibilidad puesto que las condiciones gramaticales del idioma castellano ya conocidas por todos ustedes o sea la ausencia de Spondiac Words hacía pensar que probablemente el umbral de inteligibilidad estaría desplazado de los 21 decibeles encontrados por los americanos. Usando discos grabados por nosotros mismos en el IMA, y con equipo en su mayoría de construcción hecha también por el IMA, encontramos que el umbral de inteligibilidad se fijaría para México en 26 DB.; esta cifra es la que hemos venido usando tomada como base para todos los estudios logo-audiométricos practicados desde esa fecha hasta la actualidad, sin embargo una vez terminado el trabajo encontramos una gran cantidad de factores posibles de error que se habían introducido en la prueba; algunas veces por desconocimiento de nuestra parte, las más de ellas por la falta de material y equipo adecuado para la correcta realización de la investigación; esto

* Director del Instituto Nacional de Audiología. México, D. F.

nos hizo tratar de rehacer íntegramente la estandarización tomando los elementos constitutivos de la misma desde sus bases, o sea desde analizar el índice de frecuencia de aparición, de cada una de las palabras usadas en el lenguaje de la vida diaria, lo que nos obligó a emprender un muestreo en el que se analizarían dos millones de palabras, tratando de encontrar los doscientos o trescientos bisilábicos llanos que fueran más usuales en nuestro idioma. Por circunstancias que no viene al caso enumerar, esta investigación quedó trunca estando casi a punto de su realización. A fines del año de 1953 cuando se recibió la noticia de que el I.N.A. era una realidad y que éste contaría con equipo en cantidad y calidad suficiente para practicar una investigación en forma, renació en mí la inquietud por averiguar si efectivamente los umbrales de inteligibilidad de nuestro idioma correspondían a lo encontrado por nosotros o si las cifras dadas por el Dr. Tato (que eran exactas a las de los americanos) eran las correctas. Esto último nos hizo concebir el plan de ataque partiendo de las mismas bases de las que había partido el Dr. Tato, o sea usando esas mismas listas a las cuales previamente, y por la experiencia que teníamos con el manejo de ellas habíamos expurgado, eliminando un alto porcentaje de palabras de poco uso, o desconocidas en nuestro idioma; el obstáculo primero con que tropezamos era el orden en el que estaban

colocadas cada una de ellas, formando los grupos de ocho o diez palabras necesarios para la búsqueda de los umbrales, pues habíamos encontrado a través de la experiencia, que el balance dejaba mucho que desear puesto que, por momentos habían quedado en un grupo palabras cuyo índice de dificultad era muy grande, y por el contrario había otros grupos cuyas palabras componentes tenían un índice de dificultad muy baja, lo que hacía que el factor propio de facilidad de capacitación de cada palabra, interfiriera grandemente en la búsqueda de los umbrales. Esto nos obligó a hacer primero el balance calificando a cada una de las 320 palabras que componían nuestras listas, con un número que indicaba su facilidad de ser oídas cuando los factores que podrían interferir en su capacitación se habían eliminado por completo, la técnica seguida fué la siguiente: usando diez testigos que reunían las condiciones ideales ya conocidas, se les pasaron las listas completas de palabras a una intensidad de 36 Db. o sea 10 Db. por encima del umbral hipotético, ésto se hizo en la Cámara Silente del Instituto Nacional de Audiología (Menos de 20 Db. de ruido ambiental) con sistema amplificador de alta fidelidad, grabación en cinta de alta fidelidad y audífono Permoflux PDR-10, siendo la prueba monoaural, al final de la misma se calificó cada una de las palabras con un número que correspondía a la cantidad de veces que había

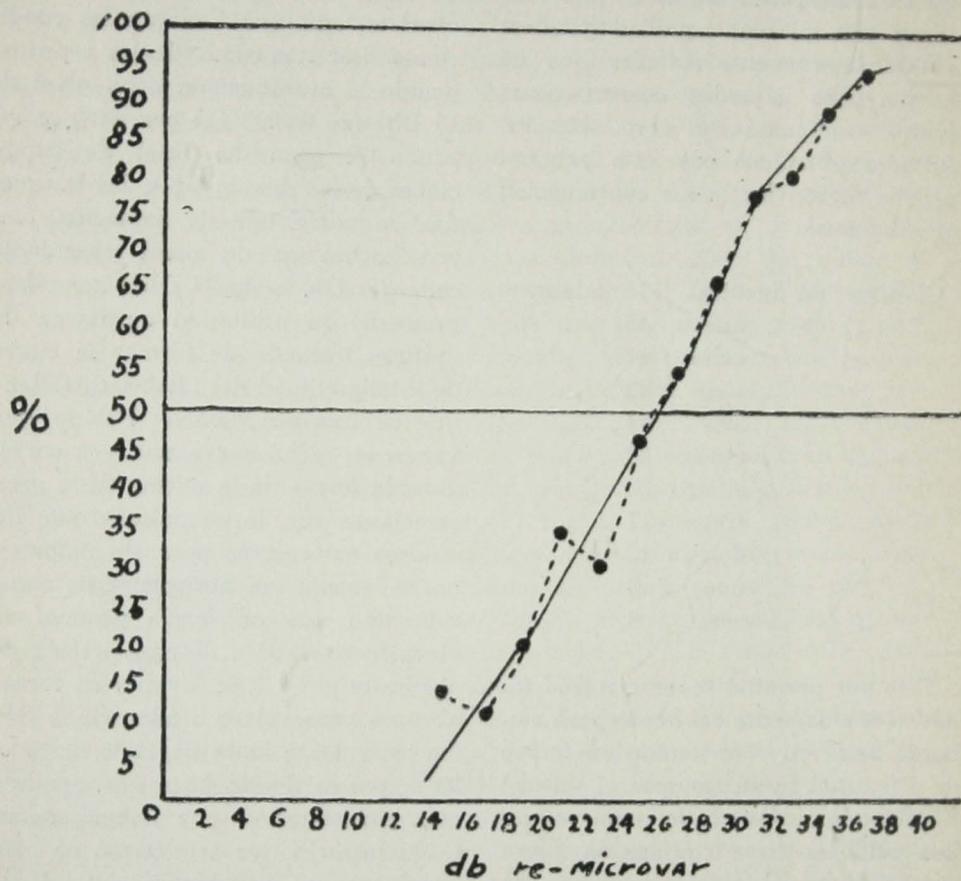
sido correctamente percibida por los testigos; así tenemos que aquellas palabras que habían escuchado correctamente todos, obtenía una calificación de diez, aquellas que solamente se habían percibido correctamente cinco o cuatro veces obtenían la calificación correspondiente de cinco o cuatro y por último, aquellas palabras extraordinariamente difíciles que no habían sido captadas correctamente fueron calificadas con cero. Los resultados obtenidos con esta primera prueba fueron los que a continuación mencionamos:

Clasificación de diez	75 palabras
„ „ nueve	45 „
„ „ ocho	44 „
„ „ siete	42 „
„ „ seis	28 „
„ „ cinco	22 „
„ „ cuatro	22 „
„ „ tres	17 „
„ „ dos	12 „
„ „ uno	8 „
„ „ cero	6 „

Esto nos permitió tener material fonético debidamente calificado para elaborar listas cuyo contenido en índice de dificultad fuera siempre el mismo. Eliminando de las listas todas aquellas palabras cuya calificación fuera menor de cinco elaboramos con las restantes treinta listas de ocho palabras cada una y que llevaban en su contenido lo siguiente: Dos palabras de diez, una de nueve, tres de ocho,

y siete, una de seis y una de cinco, de tal manera quedaron constituidas las listas que equivalen entre sí tomando en cuenta el grado de dificultad de su contenido. Con este material fonético, grabado en cinta magnética de alta fidelidad se investigaron los umbrales de inteligibilidad usando otros testigos que llenaran las condiciones descritas como ideales y principiando la investigación a un nivel de 15 Db. (re 0.0002 Dy por cm^2) y sacando el promedio final de captaciones de los diez testigos, las búsquedas de porcentaje de captación fueron hechas en un nivel ascendente cada dos Db. hasta 37 Db. estas cifras promedio se presentan en forma de gráficas tratando de formar la curva de inteligibilidad del idioma castellano que se usa en México. Por lo que vemos en dicha curva una vez corregida, la forma de la misma tiene gran semejanza con la encontrada por los autores americanos pero sin embargo no se levanta tan abruptamente como ésta sino que en forma gradual se eleva hasta el 35% de capacitación de ahí hasta el 78% se levanta en forma abrupta para volver a adquirir la forma ascendente lenta llegando hasta el 95% que es donde hemos suspendido esta investigación por haber encontrado factores que interfieren en esta prueba y que mencionaré al final del trabajo; sin embargo el punto interesante de esta curva o sea el momento en que se capta el 50% de las palabras quedó colocado exactamente a los 26

bisilábicos



Db. o sea en un nivel que habíamos venido usando un poco en forma empírica por lo que creemos (a reserva de comprobarlo posteriormente) que el índice de dificultad del idioma castellano en la captación de bisilábicos es ligeramente mayor que el del inglés con el uso de las Spondiac Words, de ahí que trataremos de buscar otro tipo de material fonético que haga bajar el umbral de inteligibilidad por debajo de los 21 Db. de los autores americanos, puesto que el dato antes anunciado es contradictorio a lo que en la práctica vemos o sea que el español por su calidad fonética más fácil en vocales debe ser bastante más sencillo de oír que el inglés.

Los factores que interfirieron esta prueba y que en un momento podrían explicar esa diferencia paradójica de los umbrales son los siguientes:

- 1) Mala calidad de la voz de el locutor.
- 2) Poco tiempo de separación entre las palabras.
- 3) Daño de el Audifono Perflux usado el cual tiene una pérdida de 12 Db. (corregido).
- 4) Mala calidad del material fonético.

Sin embargo a pesar de los factores antes mencionados creemos que para la práctica diaria éstos no tienen mayor importancia puesto que la medición de la audición por este método al igual que como todos los conocidos es solamente un factor *relativo* de apreciación en donde se compara con normas establecidas; por lo tanto podremos seguir usando por el momento las listas balanceadas del Instituto Nacional de Audiología y las cifras encontradas y que han quedado expuestas en este trabajo.

Se empieza a notar un gran entusiasmo entre nuestros compañeros, tanto del Distrito como de los Estados por nuestro próximo Congreso Nacional, que según programa se llevará a efecto del 1o. al 5 de Mayo en la acogedora ciudad de Oaxaca, antigua Antequera, tan llena de bellezas y tradición que se prepara entusiastamente a recibirnos con los brazos abiertos.

QUEMICETINA SUCCINATO

ERBA

EL PRIMER CLORAMFENICOL HIDROSOLUBLE

Una sola presentación que permite su administración
sin inconvenientes de intolerancia por las siguientes vías:

INTRAVENOSA

INTRAMUSCULAR

INTRARRAQUIDEA

OCULAR

NASAL

OTICA

AEROSOLICA

ENDOBONQUIAL

ENDOPERITONEAL

ENDOPLEURAL

PRESENTACION

Frasco - ampula de 20 cm³ y ampolleta de agua bidestilada
con 10 cm³ como solvente.

Cada frasco-ampula contiene:
Sal sódica de succinato de cloramfenicol _____ 1.377 g.
(Equivalentes a 1 g. de cloramfenicol levógiro F. N.)

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Reg. No. 45212 S.S.A.

Prop. No. A-9707/55 S.S.A.

CARLO ERBA
de México, S. A.

Miguel Angel de Quevedo 555

México 21, D. F.

EXTRACTOS DE REVISTAS

BOLLETTINO DELLA MALATTIE DELL'ORECCHIO, DELLA GOLA; DEL MASO. EFECTOS DEL LARGACTIL SOBRE LA FUNCION VESTIBULAR.

N. 1. 1956 Pavia. Autores L. Carbonara y F. Salonna.

Al estudiar los autores la acción del Largactil sobre la función vestibular en los cobayos, encontraron que dosis aisladas de 10 a 25 miligramos por kilo de peso determinan una disminución clara de la reflectividad vestibular; por el contrario dosis de 1 a 5 mil. por kilo de peso no determinan una disminución aunque fuesen administradas cotidianamente.

LAS VIAS AEREO DIGESTIVAS SUPERIORES EN LA AVITAMINOSIS C EXPERIMENTAL.

Los resultados obtenidos con la avitaminosis C experimental en la parótida, submaxilares faríngea, lengua esófago y traquea fueron los siguientes:

Mientras que a nivel de la lengua, esófago, y traquea el examen histológico demostró hipertrofia con tendencia a la queratinización, en las glándulas salivares se encontró adenomas de tipo seroso o mucoso.

Los autores piensan que este fenómeno se debe a la diferencia de estructura y actividad metabólica y que la vitamina C actúa de modo diferente.

EFECTOS DE LA FENESTRACION DEL CANAL HORIZONTAL SOBRE LAS RESPUESTAS NISTAGMICAS A LAS ESTIMULACIONES ROTATORIAS. M. VAN EYCK.

ACTA OTO-RINO-LARYNG. BELGICA. VOL. 10 FASC. 1. 1956.

El autor da los resultados de un trabajo experimental cuyo propósito es analizar, por medio del método del registro electromiográfico, el nistagmus cefálico pre y postoperatorio en el pichón después de la fenestración del canal semicircular horizontal. Describe la técnica empleada en la intervención y llega a las siguientes conclusiones: en el pichón sometido a una estimulación del canal semicircular el método de registro electromiográfico permite mostrar que una fenestración de la pared ósea del canal estimulado entraña, para una estimulación idéntica, una reducción notable de la duración del nistagmus reaccional. Esta reducción es tanto más marcada, cuanto menor sea la cantidad de perilinfa. El fenómeno es reversible pues permite a la presión perilinfática restablecerse, demostrándose así que no es atribuible a una alteración traumática de la cresta ampular. Parece más bien que se debe encontrar la explicación en una modificación del equilibrio presional entre la endo y la perilinfa.

Este análisis permite una interpretación plausible de las observaciones que algunos autores han hecho en los humanos operados de fenestración por otosclerosis.

Del Villar. México.

CONTRIBUCION AL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OZENA. INCLUSIONES DE PROTESIS BAJO LA MUCOSA DEL TABIQUE.—LEON DEGLES (COURTRAI)

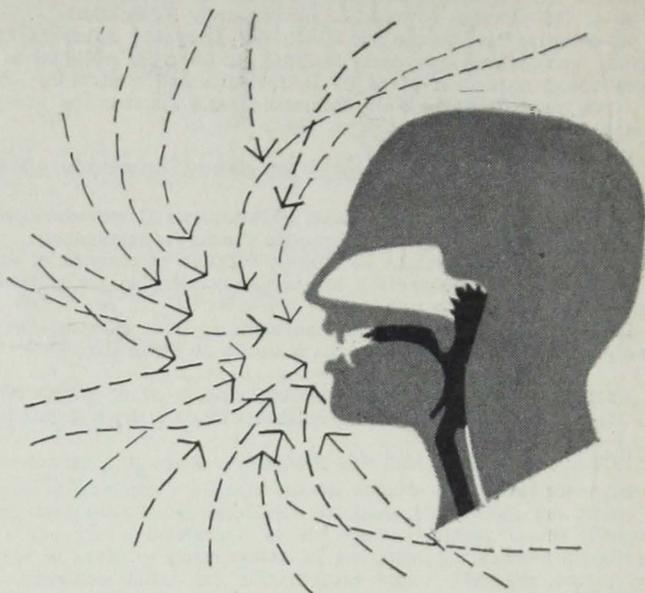
ACTA OTO-RINO-LARYNG. BELGICA. VOL. 10 FASC. 1.—1956.

Después de breve historia sobre los tratamientos con diversas prótesis que se han intentado para el alivio de la rinitis atrófica ecenosa, describe el A. su método de implantación de injertos de polietileno blando en pequeñas tiras de diversos tamaños, después de practicar el desprendimiento de la fibromucosa de un lado del tabique nasal, como si se efectuara el primer tiempo de la resección típica del tabique. Hace las inclusiones por partes colocando de cuatro a seis piezas moldeables que hacen que la fosa correspondiente se estreche, particularmente en la parte anterior, en forma tal que casi ocluye la luz de la fosa. Como deja descubierto una parte del cartilago en su porción

BRADORAL*

COMPRIMIDOS

para dejar disolver en la boca



Eficaz en el tratamiento y
profilaxis de las infecciones
bucofaringeas.

Dolor de garganta,
Amigdalitis, Faringitis,
Estomatitis ulcerativa,
Gingivitis, Algodoncillo
o muguet (Moniliasis).

C I B A

Sabor agradable. Aromatizado
con menta, eucalipto y anís.

Presentación: Tubo de 20 comprimidos.

*Marca registrada. Reg. No. 43486 S.S.A.

Literatura exclusiva para médicos. Reg. Prop. No. AB-11625/56 S.S.A.

anterior, efectúa la operación de ambos lados en dos tiempos, dejando pasar un lapso variable entre una y otra hasta que el primer lado ha cicatrizado completamente, lo que ocurre aproximadamente en tres meses. La formación de la bolsa en ambos lados llena de los injertos de polietileno irretráctil hace que se modifiquen las condiciones fisiológicas de la nariz y la mucosa con el tiempo adquiriera caracteres cercanos a lo normal.

Del Villar. México.

LA APLICACION CLINICA DE LOS BIOFLAVONOIDES EN OTOLARINGOLOGIA. HERBERT B. GOLDMAN (ROCKVILLE CENTRE, N. Y.).—THE EYE, EAR, NOSE & THROAT MONTH. XXXV: 4 APRIL, 1956.

El A. recuerda que una de las mayores molestias en nuestra especialidad son las hemorragias post-operatorias en diversos campos, tanto en la cirugía de amígdalas y adenoides, como en la de nariz, laringe y mastoide. Que se ha ganado mucho terreno con diversos procedimientos para evitar tales hemorragias en los tiempos recientes y describe el uso de los bioflavonoides de los cuales se ha notado que en combinación con el ácido ascórbico, proporcionan una protección sinérgica contra la toxicidad histamínica, el choque anafiláctico y también una actividad inhibitoria pronunciada sobre la hialuronidasa; pero que su efecto más importante es el mantener la integridad de la pared capilar y del cemento intercelular, dando así una gran protección a los capilares.

Presenta un estudio de 365 casos quirúrgicos y 65 casos no quirúrgicos tratados con dosis diarias de 800 mgs. de ácido ascórbico, 800 mgs. de bioflavonoide y 5 mgs. de menadiona, para un adulto y proporcionalmente menores en los niños. El número mayor de intervenciones fue de amigdalectomías (530), intervenciones endonasales 27, operaciones radicales de senos maxilar 2 y otras intervenciones 8 y además trató 47 pacientes que sufrían epistaxis y algunos otros con otitis serosa aguda. Llega a la conclusión que con el uso sistemático de los bioflavonoides obtiene una disminución en el sangrado en general en la cirugía otolaringológica.

Del Villar. México.

LA BASE TEORICA PARA LA ESTIMULACION BIOLOGICA DEL CUERPO CONTRA EL CANCER POR UN EXTRACTO LINFATICO.—SRECKO PODVINEK. (BEOGRAD, YUGOESLAVIA). ACTA OTO-LARYNG. 46: 4. JUL-AG. 1956.

El A. pasa revista a diferentes artículos referentes a estudios sobre la etiología del cáncer, tanto en estudios experimentales como clínicos y basado en ellos manifiesta que desde hace cuatro años ha venido practicando ensayos clínicos para estimular la actividad linfocitaria en pacientes cancerosos y emplea para ello un extracto de ganglios linfáticos bovinos, en inyección intramuscular diaria durante cuatro a seis semanas asociándola a la radioterapia local. Su experiencia abarca 120 enfermos no seleccionados con cánceres de nariz, faringe y laringe. Llega a las siguientes conclusiones: los enfermos soportan mejor la radioterapia; la mayor parte ganan en peso; los tumores radioresistentes se hacen más raros y en un tercio de los casos los tumores han desaparecido clínicamente después de dos o tres meses del final del tratamiento y en el 50% del total no ha habido metástasis. Termina diciendo: "considerando todas las dificultades del objeto de este trabajo, sentimos aún, en nuestra experiencia clínica, que la radioterapia combinada con la estimulación de la actividad linfocítica, da mejores resultados que la sola radioterapia o la cirugía, que abordan el tumor como si fuera una enfermedad local".

Del Villar. México.

MANIFESTACIONES CLINICAS EN LOS ADULTOS ASOCIADAS CON INFECCIONES ESPORADICAS POR VIRUS APC.—E. JAWETZ, L. HANNA, S. J. KIMURA AND P. THYFESON. (CHICAGO). A.M.A. ARCH INT. MED. 98: 71-79 (JULY). 1956.

El grupo de virus APC (adenoide-faringe-conjuntiva) es en la actualidad ampliamente aceptado como importante agente causal de brotes respiratorios epidémicos entre los reclutas jóvenes y entre los niños. Los AA. tratan de hacer un poco de luz sobre el

papel que estos agentes patógenos desempeñan en ciertos trastornos esporádicos en los adultos. Describen cinco casos de hombres entre los 26 y los 50 años de edad que presentaron infección por virus APC de los tipos 2, 3, 6, 7 y 8. Los trastornos fueron desde una simple conjuntivitis mononuclear sin fiebre ni fenómenos respiratorios hasta un cuadro de influenza severa que necesitó hospitalización prolongada. Estos virus de los tipos 2, 3, 6, y 8 fueron aislados de 9 entre 22 enfermos con fenómenos clínicos respiratorios que sugieran dicha etiología. La invasión ocular fue la más observada en los adultos. En algunos casos el ojo era solo el sitio de actividad viral manifiesta, en otros estaba asociada con trastornos sistémicos o con síntomas respiratorios. La constancia de los fenómenos oculares sugiere el papel del ojo como puerta de entrada y sitio de manifestaciones mayores de la infección por virus Adenoide-Faringe-Conjuntiva.

Del Villar, México.

LA NECESIDAD PARA UNA COMPLETA COOPERACION ENTRE EL CIRUJANO Y EL ANESTESIOLOGO.—W. H. COLE AND M. SADOVE. (CHICAGO).—THE JOUR. OF THE A.M.A.—162: 5 (437-441). SEPT. 1956.

Los cirujanos y los anestesiólogos deben trabajar estrechamente unidos en el cuidado operatorio del enfermo la abundancia de nuevos aparatos, materiales y métodos que actualmente manejan pueden solamente ser utilizados en forma debida si se combinan los conocimientos y esfuerzos de ambos. Los conocimientos crecientes de farmacología y fisiología ha aumentado las oportunidades y las responsabilidades; ésto exige un cumulo de conocimientos que difícilmente puede ser aportado por una sola persona. El cirujano y el anestesiólogo deben consultar el caso en el preoperatorio, cambiando información sobre el tipo de operación planeada y la anestesia que se usará. Durante la operación no habrá solo una predeterminada división de responsabilidad sino también un cambio constante de información sobre la condición del enfermo y la marcha de la intervención. El peligro de complicaciones tales como el shock y el paro cardíaco puede reducirse si se atiende a la posición del enfermo, al pulso y a la presión arterial, así como a los inevitables cambios que en ocasiones tiene que efectuar el cirujano en su plan inicial, por último a las órdenes para el cuidado post-operatorio.

ESTE AÑO HABRA LUGAR PARA 400 NIÑOS SORDOMUDOS

Los recibirá el Instituto Nacional de Audiología que trabaja en Mixcoac.

El Instituto Nacional de Audiología, que se encuentra en la avenida Centenario, colonia Merced Gómez, de Mixcoac, calcula que recibirá en el año escolar que está por iniciarse, 400 niños de ambos sexos: 120 internos y el resto externos.

En el internado se admiten sólo niños procedentes de los Estados.

La solicitud de inscripción para que un niño sordomudo ingrese a la institución, debe hacerse en la Dirección de Rehabilitación dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, octavo piso del edificio número 85 de las calles de Londres.

El programa de trabajo del instituto incluye: diagnóstico audiológico, plan pedagógico especializado, adiestramiento en talleres, investigación en Fisiología y Electroacústica y formación de técnicos.

El Instituto Nacional de Audiología tiene los más modernos aparatos electrónicos para la investigación y el tratamiento de la sordera.

La rehabilitación auditivo oral es un proceso largo y laborioso que dura nueve años cuando los alumnos empiezan su desmutización en la tercera infancia, cuando ya han adquirido vicios y hábitos de expresión que es muy difícil eliminar y les cuesta mucho trabajo aprender el lenguaje oral y la lectura labial.

No pasa lo mismo cuando los niños comienzan a desmutizarse entre los dos y los tres años. Su lenguaje oral y su lectura labial son de mejor calidad y en mayor cantidad.

Considera la Dirección de Rehabilitación que este instituto será de inapreciable valor para lograr la completa rehabilitación del sordo y que pronto podrán apreciarse sus buenos frutos.

COLABORACIONES

LA Revista ANALES de la Soc. Mex. de Otorrinolaringología, aparece cada 2 meses, editada con el objeto de dar a conocer la labor que nuestra sociedad lleva a efecto, y servir de tribuna a los médicos de nuestro país y el extranjero que deseen ser sus colaboradores.

Constará de las siguientes secciones: editorial, artículos originales, notas clínicas, revista de prensa, revista de libros e información general (congresos, concursos, cursos de perfeccionamiento, noticias universitarias, notas de interés general, etc.).

Se consideran como artículos originales aquellos que, no habiendo sido publicados anteriormente, presenten casuística de cuando menos cinco enfermos, o sean producto de labor de investigación experimental. Deberán acompañarse de bibliografía numerada, sumario y las ilustraciones necesarias para la explicación del texto. El autor adquiere el compromiso de no publicarlas posteriormente en otra revista.

Las colaboraciones que no satisfagan el primer requisito, serán denominadas notas clínicas. El Editor se reserva el derecho de rechazar aquellos trabajos que sostengan conclusiones no suficientemente cimentadas en el cuerpo del artículo, y de modificar la forma de los que estén deficientemente redactados.

Se publicarán por cuenta de la Revista las radiografías o ilustraciones que acompañen a los artículos o notas clínicas, siempre que, a juicio de la redacción sean útiles como complemento de texto. Cuando los grabados, esquemas o dibujos no sean irreplicablemente originales, se acompañarán precedidos de la frase (imitado de, modificado de...), el autor original. En el texto del artículo se indicará el orden y la colocación de las ilustraciones, las que serán numeradas para facilitar su identificación.

Las citas de revistas médicas en la bibliografía, se harán conforme al Quarterly Cumulative Index Medicus: nombre del autor, nombre de la publicación, volumen, página inicial y final, y fecha Ejemplo:

Bartual R.: Acta O. R. L. Iber-Amer VIII, 1:5-25, 1957.

Las referencias de libros indicarán: nombre del autor y del libro, página, editor y fecha de la edición:

Lederer F.: Oídos, Nariz y Garganta, pág. 347 Salvat.

Las colaboraciones estarán escritas a máquina, en papel blanco, grueso, tamaño carta, a doble espacio y con márgenes anchos. El nombre del autor aparecerá en la primera página y deberá enviarse original y copia.

La responsabilidad de los artículos publicados recae únicamente en sus autores.

Los colaboradores de la Revista que deseen sobretiros de los artículos publicados deberán tener arreglo económico con Editor.

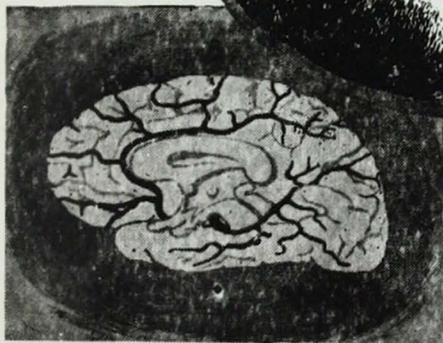
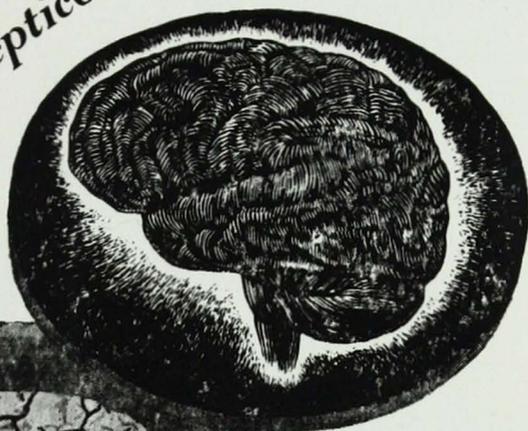
La correspondencia relacionada con el envío de artículos originales y notas

clínicas para su publicación, información de congresos, cursos y, en general, los asuntos concernientes a la parte Editorial de la Revista, deberá ser dirigida al Dr. G. Pérez Villasante, Monterrey 101 1er. piso, México, D. F.

OLDINAL

TABLETAS

psicoanaléptico



PENTILENOTETRAZOL
ACIDO NICOTINICO
VITAMINAS B1, B6 y B12.

estimulante

geriátrico

LABORATORIOS
Silanes.SA.

Amoren 1304.
México, D. F.

Reg. No. 48032 S.S.A.
Reg. Prop. No. AB-4256/57 S.S.A. *Literatura exclusiva para médicos.*

*IMPRESORA PERIODISTICA
Y COMERCIAL, S. de R. L.
Plaza de San Fernando N° 5
Tel. 18-32-18
México, D. F.*