

ANALES

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Organo Oficial

PUBLICACION BIMESTRAL

No. 33

México, D. F.

Marzo - Abril - 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. 47934 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

(en perfusión)

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

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 hipo, náuseas y vómitos; igualmente proporciona estado de tranquilidad psíquica y relajamiento muscular
Durante la intervención quirúrgica relaja la musculatura y por su acción vasopléctica 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 (ictérica, urticaria, reacciones eczematosas)

4. - OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Analgesia obstétrica — Vómitos del embarazo
Tensión premenstrual y dismenorreas

5. - DERMATOLOGIA

Ezemas, 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

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Director Fundador.
Dr. RICARDO TAPIA ACUÑA

Publicación Bimestral

Tomo VII.

MARZO - ABRIL - 1957.

No. 33

EDITOR

DR. GUILLERMO PEREZ VILLASANTE

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

SUMARIO :

| | Pág. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| EDITORIAL | 67 |
| ANOSMIA. <i>Dr. Benjamín Macías J.</i> | 69 |
| ERICMOFONIA. <i>Dr. Severino Tarasco.</i> | 77 |
| SORDERAS DE PERCEPCION Y SU INTERRELACION CON ENCE- FALOPATIAS. <i>Dr. S. B. Durán T.</i> | 85 |
| CASO CLINICO. <i>Dr. Octavio Calymayor.</i> | 91 |
| CASO CLINICO. <i>Dr. M. Hernández Goribar.</i> | 95 |
| EXTRACTOS DE REVISTAS. | 102 |

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. Arístides 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 Alcecer 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 | 11-37-03 |
| 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 Cerruecos 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 Tonalá 69 | 14-05-30 14-05-80 |
| 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 Tonalá 69 | 14-05-30 14-05-80 |
| 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 Carriero 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 Jalapa 113 | 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 Ponampak No. 80 | 17-11-53 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. 403 | 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 | 12-60-02 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 Crizaba 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 | 16-53-63 |
| 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 | 23-14-74 |
| Dr. Ernesto Pérez Fuentes J. García Icazbalceta No. 78 | 46-24-16 | Dr. Salvador Durán T. Dinamarca 88-1 | 11-05-01 |
| Dr. Guillermo Pérez Villasante Monterrey 101, 1er. Piso | 11-20-94 24-93-68 | 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 |
| Dra. G. Torres Courtney Cerrada Tlaxcala 12 | | Dr. Andrés L. Delgado Nuevo León 21, 1er. piso | |

SGCIOS ACTIVOS EN LOS ESTADOS

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

Dr. Ignacio Bauza
13 Sur No. 501
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.

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. 437
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
13 Sur No. 301
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 Peraldí Ferríño
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.

(f) 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 Elizcndo
Calle 8a. No. 811 Apto. 466
H. Matamoros, Tamps.

EDITORIAL

Una sociedad médica que nace al calor e impulso de un puñado de hombres que pugnan por mantenerse unidos y mejorar científica y moralmente y que conforme se acerca a la madurez ha tenido un crecimiento como corresponde a lo que representa una especialidad dentro de una gran nación como es la nuestra actualmente, es la imagen fiel de lo que debe ser la Sociedad Mexicana de Oto-Rino-Laringología.

No hay una sociedad de este tipo cuyos fines están muy por encima de la vulgaridad, que pueda alcanzar el desarrollo que le corresponde sin contar con los elementos representativos del país y que además tenga los medios indispensables para que la conozcan mejor no sólo sus propios miembros sino también aquellas personas que ejercen la misma u otras especialidades; que se encuentran cerca o en lugares remotos; pues los lazos que unen al médico son de tal manera fuertes, que sería imposible dividirlos por los azares de las contiendas morales o materiales.

El comunicar los conocimientos o el resultado de las investigaciones personales o de grupo es un deber proclamado desde la época de Hipócrates, que el verdadero médico no debe olvidar. Esta es otra poderosa razón que obliga a nuestras instituciones a contar con los medios de difusión apropiados y que fue lo que hizo que una vez independizada nuestra Sociedad de la Mexicana de Oftalmología en Marzo de 1946, dejara previsto en sus Estatutos la creación de los Anales. Sin embargo, la publicación de los mismos no pudo llevarse a cabo hasta la iniciación del año de 1949. Así pues, en esta fecha empezó a tener una vida pública que la colocó en el sitio que le correspondía tanto dentro del país como fuera de él. Como el fundador y Director consideró que esta publicación, más que nada por tradición debía ser considerada como una continuación de los Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Oto-Rino-Laringología en la que los otorrinolaringólogos fundadores

de la nueva Sociedad colaboraron intelectual y económicamente, señaló en la referencia la Epoca que le correspondía o sea la QUINTA.

Por viscisitudes que no vienen al caso mencionar; pero a las que están expuestas todas las sociedades o agrupaciones en pleno desarrollo, la nueva publicación sufrió una interrupción después de que salió a la luz el número 25. Dicha interrupción no releva a la Sociedad Mexicana de Oto-Rino-Laringología del compromiso, ni a sus miembros de colaborar intensamente para que la situación se normalice y por ello cualquier esfuerzo de la Directiva o de cualquiera de los socios para lograrlo debe contar con el apoyo decidido de todos. Si el prestigio es muy difícil de ser obtenido, quizá más difícil sea el conservarlo. Para ello se requiere tesón y sentido de responsabilidad.

ANOSMIA

Dr. BENJAMIN MACIAS J.*

Consideraciones

Hoy en día el otorrinolaringólogo ha renovado sus conocimientos en todos los campos de su especialidad debido a la aparición de nuevas técnicas, métodos exploratorios y grandes avances científicos en la interpretación de los fenómenos patológicos; por lo tanto es necesario que lo mismo suceda en la esfera olfatoria para que no quede a la zaga en lo que conceptúo como la época de oro de la Otorrinolaringología mundial.

De primordial importancia será hacer una revisión de los fenómenos olfatorios ya que han sufrido variaciones de interpretación, debido a las nuevas aportaciones tanto anatomofisiológicas como físico-químicas; así en el presente trabajo trataré de exponer el panorama del CONCEPTO ACTUAL DE LOS FENOMENOS DE LA OLFACION puntualizando algunos de ellos y aportando ideas para su mejor conocimiento, de lo cual se podrán sacar conclusiones en relación al tema.

Me referiré en primer término a los conocimientos básicos actuales:

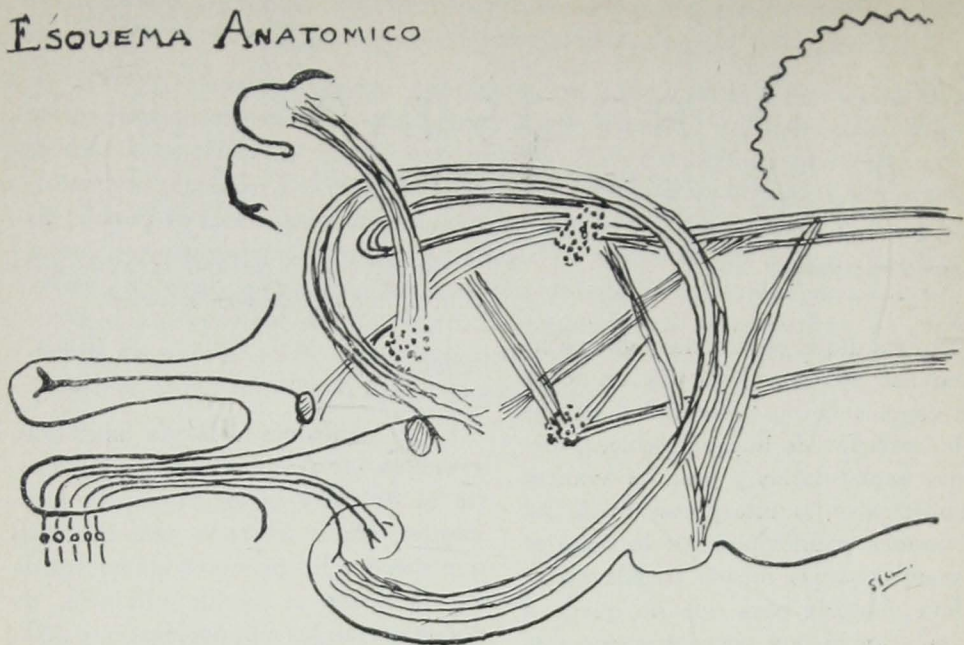
Anatómicos

Esquemáticamente la vía anatómica principia en el epitelio cuya topografía es de todos conocida en las fosas nasales. Está formado por la basal que sostiene los primeros elementos de la vía o sea el ovoide olfatorio, de donde parten los cilindro-ejes que atraviesan la lámina cribada para hacer conexión con las células mitrales del bulbo; de aquí pasando por el pedúnculo, llegan al trigono olfatorio en donde se dividen en dos haces formando la cintilla olfatoria externa e interna.

La externa llevará fibras al gancho del hipocampo en donde tiene su segunda sinapsis para seguir por la fimbria, el pilar posterior y el trigono cerebral; en este sitio las fibras toman dos caminos, unas van por el pilar anterior a los tuberculos mamilares en la región hipotálmica y las otras se reflejan sobre sí mismas para llegar a la región habenular. (Fig. 1).

* Del Servicio de O. R. L. del Hospital Juárez.

ESQUEMA ANATOMICO



La cintilla olfatoria interna lleva fibras al giro subcalloso haciendo conexión algunas de ellas en su trayecto, con las células mitrales del bulbo del lado opuesto; del giro subcalloso unas van a la región habenular y otras a los tubérculos mamilares. De los tubérculos mamilares existe una conexión al tálamo conocida con el nombre de fascículo de Vic d' Azyr y del tálamo partirá el último relevo formando la vía tálamo-cortical.

Algunas de las fibras que han llegado a la región habenular forman el fascículo habénulo-tectal y terminan en los tubérculos cuadrigéminos anteriores o coliculis superiores, otras por

el fascículo retroreflejo de Meinert irán al ganglio interpeduncular.

Dadas las relaciones anatómicas de la vía olfatoria con las formaciones grises de la región hipotalámica, considero de especial interés el mencionarles ya que las respuestas simpáticas y para-simpáticas se integran precisamente en ellas. Según la clasificación de Gross Clarke existen cuatro grupos grises hipotalámicos:

Anterior, que comprende el núcleo para-ventricular y el supra-óptico.

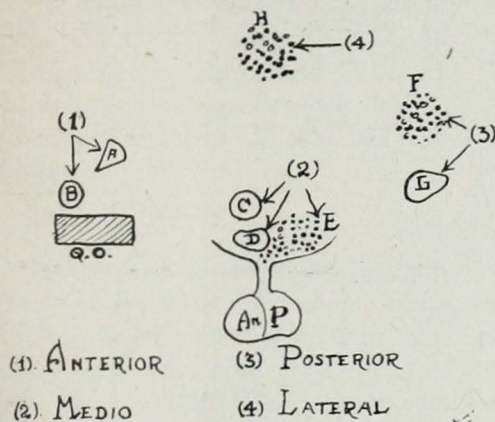
Medio, con los núcleos dorso-medial, ventro-medial y formaciones grises del túbler cinerius.

Posterior, con las formaciones gri-

ses posteriores y tubérculos mamilares.

Lateral, con las formaciones grises laterales. (Fig. 2).

NUCLEOS GRISES HIPOTALÁMICOS.



El grupo anterior y medio relacionado con el para-simpático y el posterior y lateral con las respuestas simpáticas.

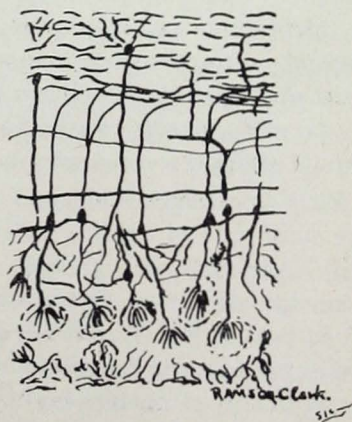
Sentido químico.—Existen tres clases de terminaciones nerviosas que nos informan de distintas sensibilidades y que se incluyen en el llamado sentido común, cuya principal característica es el principio de la reacción química entre el excitante en forma molecular o iónica con la primera parte de la vía receptora. Las terminaciones del olfatorio en la mucosa nasal, las gustativas en la lengua y las indiferenciadas que corresponden a la superficie de mucosas o piel que nos informan de sustancias irritantes.

Fisiológicos.

Por lo que se refiere a la mucosa nasal es bien conocido el hecho de que existen dos clases de receptores: las terminaciones olfativas y las que nos darán el sentido químico, que dependen del trigémino; cuando es estimulada esta vía, la sensación será dolorosa provocando estornudos, lagrimeo o tos refleja. Algunos estímulos afectan a ambos sistemas y en animales de experimentación se han seccionado uno u otro grupo encontrando respuestas selectivas.

Para que el estímulo provoque una respuesta en percepción, la primera condición que ha de llenarse, es que la sustancia en forma iónica o molecular entre en contacto con el moco que cubre las terminaciones nerviosas y dicha combinación alcance en concentración el umbral de estímulo. Es

SECCION de BULBO OLFATORIO



bien conocido el hecho que en otro medio que no sea el aéreo para el hombre, se pierde el sentido olfatorio (vg. en el agua).

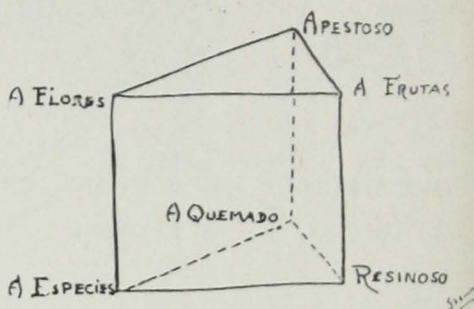
Las terminaciones olfatorias de la mucosa nasal hacen conexiones entre sí cerrando prácticamente un circuito de múltiple excitación; este "feed-back" así formado contribuye a dar gran sensibilidad al olfato.

Las conexiones fisiológicas centrales del olfatorio no son claras en la actualidad y se piensa que tanto el gancho del hipocampo como el girus de la cíngula, no están íntimamente relacionados con la olfacción. Según las experiencias de actividad eléctrica en algunos animales, la estimulación olfatoria puede producir diferencias de potencial en el lóbulo piriforme mientras que la estimulación eléctrica en el bulbo olfatorio, produce actividad bioeléctrica en la corteza, en el área piriforme, en el espacio perforado anterior así como en los núcleos del hipocampo y del complejo amigdaloides. Se piensa que las relaciones de estos núcleos no son directas ya que las destrucciones del cortex hasta de 85% en la rata no son concluyentes y el animal sigue discriminando los olores.

Fisiológicamente hablando podemos presumir que el sentido del olfato es muy similar al oído ya que en el fenómeno de la discriminación existe un "feed-back" (Fig. 3), además de un poder extraordinario de discriminación de acuerdo con el entrenamiento del su-

jeto, caso similar de lo que ocurre en la música. Ejemplo de ello son los perfumistas que llegan a conocer más de cuatrocientos olores o mezclas de ellos en oposición al individuo poco entrenado que en ocasiones le es difícil identificar los ángulos del prisma de Henning. (Fig. 4).

PRISMA DE HENNING



Sensibilidad.—Para comprender mejor el problema de la anosmia debe tenerse muy en cuenta la sensibilidad a los olores ya que se requiere como primera condición de parte del excitante, que alcance el umbral, siendo éste variable para todas las sustancias consideradas como oloríficas y dependiendo de su concentración en la unidad de volumen de gas en condiciones de temperatura y presión constantes.

Adaptación.—Este fenómeno ha sido bien estudiado desde Karpman en 1917, se puede determinar a partir de dos constantes que son: el número de unidades de olfacción u "olfatías" y el tiempo medio en segundos, que se

somete el paciente a la prueba; es de señalarse que la sensibilidad a un olor puede disminuir cuando se ha sometido al sujeto a la excitación de otro inmediato anterior. A este fenómeno se llama adaptación cruzada.

La sensibilidad a estímulos mixtos y la sensibilidad diferencial son dos factores que pueden alterar el umbral de discriminación, sucediendo lo mismo que con un armónico o un disonante.

Físico-químicos.

El receptor olfatorio tiene condiciones especiales de acuerdo con su situación anatómica y funcionamiento fisiológico todavía en gran parte desconocido. Me voy a referir a las propiedades de los estímulos considerando tanto el factor físico como el químico.

Entre las propiedades como son la solubilidad en el agua y en las grasas, deben incluirse los importantes factores que determinan la facilidad con que las partículas olorosas se absorben y disuelven para ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas de la mucosa olfatoria; factores todos que tienen influencia en la transportación y que determinan el primer estadio de la estimulación. Desde el punto de vista de los efectos moleculares se tomará en cuenta la absorción infrarroja, la ultra violeta y el efecto Raman.

La teoría infrarroja de la estimulación olfatoria se debe a Beck y Miles en 1947 habiendo llegado a la conclusión de que la absorción en la banda

infrarroja entre 4 y 20 micrones tiene significación en el poder oloroso de las sustancias. Beck en 1950 agrega a este grupo los isómeros ópticos de la banda infrarroja exceptuando algunos como la parafina y el disulfuro de carbono; pero agrega que este poder de absorción depende en gran parte de la solubilidad en el agua y grasas.

En la serie de hidrocarburos se dice que mientras mayor es el número de átomos de carbono que tiene el anillo, mayor es el poder oloroso de la sustancia; sin embargo existen algunos que no entran en la regla.

Desde Faraday se conoce que las sustancias olorosas más intensas absorben las radiaciones en la zona infrarroja del espectro y Dyson en 1938 insiste en el efecto Raman. Cuando un haz de luz monocromática atraviesa sustancias puras, el análisis espectroscópico revela cambios en las regiones de larga y corta longitud de onda; la diferencia en las regiones de larga y corta longitud de onda; la diferencia entre la longitud de onda incidente y la que sale de la sustancia es el cambio Raman, que es independiente de la luz empleada y se debe únicamente a la sustancia. Se sabe qué cambios Raman entre 140 y 350 milimicrones corresponden a sustancias olorosas.

Tanto el poder de absorción infrarroja como el efecto Raman dependen de la oscilación de los átomos en la molécula alrededor de sus posiciones; ésta línea de movimiento determina

los fenómenos anteriores por lo que es muy sugestivo pensar que de la oscilación molecular depende el poder oloroso de las sustancias, factor que ha sido considerado dentro de la transportación.

En los párrafos anteriores hemos revisado las últimas aportaciones físico-químicas en lo que se relaciona al sentido del olfato tanto por lo que se refiere a la teoría de la materia vibrante cuanto a la de la transportación y hemos visto que se complementan para explicar el fenómeno; sin embargo faltan otras investigaciones y nuevas aportaciones en la interpretación de los hechos para que se pueda decir la última palabra en este aspecto.

Exploración.

Para la exploración han sido ideados aparatos especiales entre los cuales los más comunes son el de Zwaardemaker y Elsberg que son de todos conocidos.

La primera clasificación de los olores fue sin duda un catálogo y sólo hasta Henning con la creación del prisma, es cuando se ha llegado a un mejor conocimiento de ellos. El primer intento de clasificación cuantitativa se debe a Croker y Henderson que los dividieron en fragante, ácido, a quemado y caprístico asignando un número de la escala del 0 al 8 según la intensidad de cada uno de ellos en la sustancia.

Las pruebas de exploración en la

función olfatoria según los actuales conceptos, deberían hacerse buscando en el paciente discriminación, umbrales, techos olfatorios y sensaciones dolorosas. De acuerdo con lo anterior debemos tomar con las reservas necesarias los términos de hiperosmia, hiposmia y anosmia empleados hasta la fecha y que se relacionan íntimamente con los fenómenos de sensibilidad y adaptación así como con los factores tan variables que han sido examinados respecto a transportación y percepción.

Creo que en un futuro no muy lejano, será de gran utilidad una exploración más adecuada a nuestros conocimientos actuales para la localización e interpretación de padecimientos relacionados con este aparato y principalmente me refiero a los del rinencéfalo. No desconozco que aparte de los hechos revisados, existe el componente psíquico tan digno de tomarse en cuenta en todas las exploraciones de la olfacción.

Si recordamos que la vía anatómica olfatoria tiene relaciones muy estrechas con los núcleos grises del hipotálamo y por lo tanto con la integración de las respuestas vago-simpáticas, tendremos una explicación a su intervención en multitud de reflejos condicionados de la vida de relación (hambre, apetito, náusea, vómito, sexuales, etc.) ¿Será posible que gran número de respuestas vaso-motoras nasales, catalogadas como alérgicas o de otra índole, tengan punto de partida en tras-

ternos de la vía olfatoria, tan en relación con los núcleos grises del hipotálamo? ¿Será posible que las relaciones del anillo límbico con la integración de la personalidad puedan explicar algunos padecimientos nasales ya conciderados en la actualidad como psico-somáticos?

Transtornos de olfacción.

Clasificación.—La mayor parte de los autores clasifican los trastornos de la olfacción en dos grandes grupos llamados periféricos y centrales; algunos conceptúan como externos a los periféricos. Pienso que estos términos no solamente son ambiguos sino que no se adaptan a nuestros conocimientos actuales, por lo que propongo sean sustituidos por TRASTORNOS OLFATORIOS DE TRANSPORTACION, TRASTORNOS OLFATORIOS DE PERCEPCION y TRASTORNOS OLFATORIOS MIXTOS.

Entre los trastornos olfatorios de transportación quedarán incluidos todos aquéllos que impidan la llegada del estímulo a la zona perceptiva o sea a las terminaciones nerviosas de la mucosa. Me refiero a padecimientos respiratorios nasales en general, deflexiones de septum, pólipos, moco, pus, edema e inflamaciones agudas o crónicas, etc.

Los trastornos olfatorios de percepción comprenderán los traumatismos de la vía, la disminución de la percepción en los viejos (presbiosmia), falta

de desarrollo del rinencéfalo, tumores y padecimientos del lóbulo frontal, meningitis, etc. etc.

Los mixtos serán aquellos en que las dos causas estén presentes. Ejemplo: la rinitis atrófica en donde aparte de existir una degeneración de los ovoides olfatorios se forman costras de moco pus que impiden la llegada del excitante.

SUMARIO

1o.—Se hace una revisión del concepto actual de los fenómenos de la olfacción presentando hechos anatómicos, fisiológicos y físico-químicos a la luz de los nuevos conocimientos.

2o.—Se presenta una nueva clasificación de los trastornos de la olfacción.

BIBLIOGRAFIA DEL TEMA ANOSMIA

- Ballenger W. L. Diseases of the Nose, Throat and Ear, 1949.
Coates, Schenck, Milles. Otolaryngology, 1953.
Hagbee D. Nasal manifestations of Systemic Diseases, 1954.
Jackson Ch. Otorrinolaringología y Broncoesofagología, 1949.
Lederer F. Diseases of the ear, nose and throat, 1948.
Morrison W. Diseases of the nose, throat and ear, 1943.
Negrin J. Síndromes del lóbulo frontal en las trombosis de la carótida

interna (Primera Conferencia Mexicana de Neurología y Psico-cirugía), 1952.
Pfaffmann C. Taste and smell, 1951.

Handobook of experimental Psychology, 1951.
Spigel and Sommer. Neurology of the eye, ear, nose and throat, 1944.



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”

'ERICMOFONIA'

Dr. SEVERINO TARASCO *

LA VOZ DEL LARINGECTOMIZADO

He reunido en el presente trabajo las observaciones y estudios que diversos autores han realizado, a fin de mostrar los beneficios que pueden lograrse en los enfermos desprovistos de laringe, utilizando el método erigmo-fónico, que nos permitirá dar una nueva voz a nuestros pacientes.

Cuando hemos suprimido la laringe como medida terapéutica radical, para salvar la vida aun a costa de este órgano tan importante, nos encontramos con el problema de buscar un medio que le permita comunicarse en alguna forma con el resto de sus semejantes; ¡el ideal sería devolverle la voz!

Se han ideado numerosísimos aparatos que puedan suplir la función de este órgano pero ninguno de ellos ha dado el resultado que hubiésemos deseado, solo enumeraremos los modelos de los diferentes autores que más se han significado en el estudio de estas prótesis laríngeas, pues no disponemos del tiempo que implicaría hacer

una descripción detallada de todos y cada uno de ellos; revisando la historia nos encontramos con los modelos de: Gussenbauer, Gluck, Botey, Deleir, Tapia, Casadesus, el modelo eléctrico de Briani, etc. Todos estos forman parte de una larga serie de modelos derivados y perfeccionados los unos de los otros. Pero dada la necesidad de conseguir una voz más humana y sin la complejidad de molestas prótesis se insistió en la búsqueda de un procedimiento más accesible, esto se logró hace ya bastantes años, y consiste en un procedimiento de reeducación que a pesar de lo sorprendente que parece, es posible darnos una nueva fonación para estos enfermos.

HISTORIA DE LA ERIGMOFONIA

La fonación por medios naturales y sin prótesis ha recibido un sinnúmero de nombres, pero algunos de ellos nos confunden por su significado. Entre ellos encontramos: voz laríngea, pseudo voz, voz eructiva, erigmofofonía, voz esofágica, voz sin laringe, voz vicariante, fonación esofágica, voz con-

* Laringo Foniatra de la Dirección General de Rehabilitación y del Hospital Infantil.

sonante, voz faríngea, voz faringo-esofágica, etc.

Este método consiste en la fonación fuerte e inteligible producida por la eructación educada por el ejercicio.

De acuerdo con Escat le llamamos erigmofonía. Con este procedimiento el paciente no tiene necesidad de usar las antiestéticas prótesis laríngeas, pues puede sostener perfectamente una conversación en medio ruidoso; hablar por teléfono, etc., es decir, desarrollar sus actividades normales sin ninguna limitación ni sentimiento de inferioridad, el efecto producido sobre su psiquismo es extraordinario.

Decimos, que estamos de acuerdo con Escat porque su denominación de Erigmofonía expresa exactamente el mecanismo de su producción sin prejuzgar su lugar de formación.

Son numerosos los autores que han estudiado este problema, desde 1851 Reynaud, observó esta voz en el Laringectomizado, pero fué Gutzman en 1908 quien estudió el procedimiento y elaboró un método de enseñanza que con algunas variaciones es aun el empleado en nuestros días.

Para obtener mayor éxito es imprescindible advertirle al enfermo antes de la operación que perderá su voz, pero se le explicará el método y se le enseñará a hacer algunos ejercicios de eructación haciendole además ver y oír a otro operado que hable con ese procedimiento, lo que evitará primordialmente, el abatimiento producido por la idea de no volver

a hablar trayéndonos al mismo tiempo mayor éxito en la intervención y la reeducación del enfermo.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Comenzaremos la reeducación después de la curación completa y la cicatrización total de las heridas.

Los primeros días se ejecutan prácticas de eructación; hay enfermos que aprenden desde el primer día y otros que tienen muchísimas dificultades, a éstos les ayudamos dándoles bebidas gaseosas durante los primeros días, al mismo tiempo que con nuestros dedos hacemos presión a los lados del cuello, tanto para reducir la abertura esofágica como para excitar el neumogástrico. Se obtienen muy buenos resultados inclinando la cabeza del enfermo y haciendo que trague el aire contenido en la boca, hay otros enfermos que eructan mejor con la cinta que sostiene la cánula, bien apretada. En general es el punto de apoyo que se obtiene, fijando la pared anterior del cuello, lo que dá una vibración más intensa, pero estos trastornos disminuyen cuando se elimina la cánula y queda una osteomía perfecta. En los enfermos en que la eructación es muy difícil se recomienda pasar una sonda nasal hasta el tercio superior del esófago e insuflar el aire con una pera de hule.

Para facilitar el mecanismo del eructo debemos hacer que el enfermo res-

pire con inspiraciones lentas y profundas, seguidas de una expiración lo más completa posible haciendo que se mantenga un momento en apnea absoluta. Cuando ejecuta correctamente este ejercicio aprovechamos las pausas de apnea para hacer que brote el eructo. Al no disponer de aire pulmonar expirable se evita el ruido canular producido por la salida del aire. Este proceso está perfectamente basado en la fisiología ya que está demostrado que la producción del movimiento de deglución detiene en el mismo momento el movimiento respiratorio.

Se ha discutido mucho si la ingestión de aire dentro del esófago se hace por deglución o inhalación. Según Perelló debemos aceptar la succión, ya que es la acción que debe obtenerse; para el Dr. Acosta debe ser la deglución. Sin embargo la manera de hacerlo no tiene mayor importancia ya que lo que buscamos es que el paciente llegue con la práctica a emitir el aire más rápidamente, evitando el pequeño ruido producido por la deglución. Muchos enfermos comienzan por tragar el aire pero después de algunas sesiones lo succionan bien lo que dá claramente una sensación diferente, para tragar se hace una constricción de la faringe, en cambio para succionar se provoca un relajamiento de la misma.

Uno de los primeros problemas que se presentan, es la salida del aire traqueal por la cánula, pero debemos evitarlo ya que disminuye la inteli-

bilidad, dando una sensación de fatiga y esfuerzo; es por esto que debemos hacer comprender al enfermo que el aire respirado no tiene nada que ver con la emisión de la palabra ya que al contrario la dificulta; recordaremos aquí que en el laringectomizado las vías aéreas superiores están separadas de las vías aéreas inferiores. La vía digestiva continúa su curso normal: boca, faringe, hipofaringe, y esófago, en cambio la vía aérea comienza directamente en la tráquea. La pared anterior de la faringe presenta un tejido cicatricial que la une casi directamente con la piel anterior del cuello, podemos encontrar o no la epiglotis y además, brinda cicatriciales de diferentes formas, tamaños y direcciones. Los constrictores de la faringe y el cricofaríngeo se cierran en círculo hacia adelante fijados a un tejido cicatricial mediano que se extiende hasta la base de la lengua y el hioides, si existe, ya que en ocasiones se extirpa parcial o totalmente, es por esto que la movilidad se debe efectuar en su cara posterior y lateral. La mucosa esofágica está unida a la capa muscular por un tejido conjuntivo muy laxo que le permite desplazarse fácilmente.

Debemos administrar a muchos de nuestros enfermos medicamentos para tratar su bronquitis, ya que las mucosidades detenidas en su cánula, dificultan la respiración, y hacen más perceptible el desagradable ruido del paso del aire por la cánula, que de-

berá mantenerse siempre perfectamente aseada y libre de mucosidades.

Cuando el enfermo puede producir rápida y voluntariamente la eructación se le enseña a modular su cavidad bucal como si fuera a pronunciar la vocal A y entonces en ese momento producir el eructo. Podemos decir que hemos demutizado al paciente, cuando la emisión de esta primera vocal se logra con claridad y perfección. Continuamos así con las demás vocales y cuando éstas se pronuncian bien y rápidamente le enseñamos los sonidos pa, pe, etc., después le enseñamos a pronunciar la K, J, B y así, todas las consonantes. Cuando hemos logrado cierta práctica en nuestro paciente, se le enseñan sílabas directas, y así sucesivamente continuamos con ejercicios de palabras acentuadas hasta lograr que pueda sostener pequeñas conversaciones, a partir de este momento la práctica y el ejercicio, harán que el enfermo pueda hablar casi normalmente. Existen listas de Fonemas perfectamente balanceadas que nos ayudarán en el correcto desarrollo y aplicación, de nuestros ejercicios fonatorios, pero que no pueden usarse sistemáticamente.

Profundizando nuestro estudio, haremos notar que hay tres lugares capaces de retener el aire necesario para producir la Erigimofonía: la hipofaringe, el esófago y el estómago. Los tres receptáculos han tenido sus defensores. Nosotros diremos que el aire para erigimofonía se acumula en la

parte baja de la porción cervical del tubo digestivo. En realidad, por investigaciones radiológicas se ha observado una distensión de la hipofaringe, y de la porción cervical del esófago formando una sola cavidad, esto hace que el aire penetre por abajo de la pseudoglotis. En algunas ocasiones esta cámara de aire se encuentra al nivel de la quinta, sexta y séptima cervical, pero esto dependerá del lugar de formación de la pseudoglotis.

Los primeros días de la reeducación el paciente produce eructos intensos de olor francamente gástrico, pero después de algunos días la cámara de aire se desplaza hacia la primera porción del Esófago; esto permite una erigimofonación más rápida puesto que es menor el espacio que debe recorrer el aire, para ser succionado y expulsado. Las contracciones diafragmáticas pueden ayudar a la eructación pero nosotros la recomendamos solamente para dar más intensidad al sonido, no para producirlo. Se calculan de 50 a 60 centímetros de aire los que pueden ser contenidos en la cavidad esofágica.

La localización de la pseudoglotis ha sido un tema muy discutido y de resultados contradictorios; se han descrito siete puntos en que se puede formar: entre la base de la lengua y el velo del paladar, entre la base de la lengua y la pared posterior de la faringe, entre los pilares posteriores, en el constrictor inferior de la Faringe, entre la epiglotis y las paredes laterales

de la faringe, en el músculo cricofaríngeo y entre los pilares mucosos del esófago y las bridas cicatriciales.

En todo caso se produce en todos los enfermos un engrosamiento de la pared posterior de la hipofaringe que llega a tocar la pared anterior, este engrosamiento podrá estar situado en alguno de los lugares antes enumerados. Este engrosamiento es algunas veces delgado y de forma triangular, otras, más ancho y de forma semi-circular. Como sabemos, la pared anterior de esta zona es cicatricial y sin músculos, pero la pared posterior se encuentra intacta con una buena capa muscular que es capaz de deslizarse sobre los planos más profundos; podemos decir aquí que la función crea al órgano. Algunos autores creen que no se llega a formar una pseudoglotis y que el sonido sería producido por la vibración del aire que pasa forzado por un espacio estrecho, pero por los estudios radiográficos observados es muy difícil creer que las paredes de la hipofaringe, o de la boca y el esófago, se lleguen a poner en contacto.

Este método de reeducación será naturalmente un fracaso en pacientes con lesiones de los centros del lenguaje. Las disartrias persisten igualmente en la erigimofonación. Los faringostomas, las estenosis altas del esófago, la falta de algún órgano importante para la articulación y las resecciones de la porción cervical del esófago serán una causa de fracaso, para este método.

Un 93% de los enfermos llegan a hablar bien y entre éstos la mitad llega a hablar muy bien y son comprensibles por teléfono.

Poder hablar o nó, depende de la habilidad del enfermo y no de su edad, ni educación. En general los pacientes tardan de cinco a seis semanas para sostener una pequeña conversación, algunos casos difíciles requieren varios meses.

La voz resultante por este procedimiento es muy profunda, alrededor de 60 vibraciones por segundo y con ciertas variaciones de tono e intensidad que dan modulaciones de lenguaje muy agradable, pero esto se consigue naturalmente, con la correcta aplicación de ejercicios que dictará el médico laringo-foniatra.

Dado que los cánceres de laringe en la mujer son excepcionales, son pocos los casos que podemos encontrar, pero se dice que las mujeres presentan mayor dificultad para su reeducación.

Debemos insistir en la enseñanza de la Erigimofonía, practicada por los médicos especialistas o vigilada por ellos, pues esto permitirá no sólo una mejor dirección del proceso reeducativo, sino una vigilancia de los trastornos que pueden presentarse en estos enfermos: meteorismo, vómitos, bronquitis, o parálisis de los músculos de la articulación.

CONCLUSION

Por lo que hemos dicho podemos afirmar que la Erigmofofonación resuelve, de manera satisfactoria el problema presentado a los enfermos y a los laringo-cirujanos.

El operado adquiere de nuevo, una voz fuerte clara y comprensible, es entendido a distancia y por teléfono. De esta manera encuentra de nuevo su lugar en sus ocupaciones, en su vida social, familiar, etc. volviendo a ser un hombre suficiente a sí mismo. A la vez la posibilidad de expresarse produce un cambio psíquico en extremo favorable, se transforman en personas alegres a quienes les gusta hablar todo el día, defecto que no tiene comparación, con el de no poder hablar completamente nada.

Terminamos diciendo que en el estado actual de nuestros conocimientos la Erigmofofonía es el método de elección para los laringectomizados, y también una de las más grandes victorias de la Foniatría, una victoria casi milagrosa, que da la palabra a los mudos!

BIBLIOGRAFIA

- Cours International de Phoniatrie. Dr. Tarneaud y Dr. J. Parelló.
Tratamiento de los trastornos de la voz y el lenguaje. Dr. J. Perelió.
Enciclopedia Médico-Chirurgicale de O. R. L. Annals of Otology.
Rhinclogy and Laringology, 1945. Dr. E. Tribble Gatewood. Dr. Julius W. McCall, 1943.



Deltapirina

"Hormona"

Grageas

PREDNISONA
FENILBUTAZONA
AMINOPIRINA

1 mg.
125 mg. — **ACCION**
125 mg. —

**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.

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.

SORDERAS DE PERCEPCION Y SU INTERRELACION CON ENCEFALOPATIAS

Dr. SALVADOR B. DURAN T.*

En ese vivir inquietante que la práctica Audiológica nos produce a todos, en donde a cada paso y en cada momento surge la luz con la oscuridad, hemos tratado en una modesta revisión de agrupar los datos de mayor realce diagnóstico en problemas de Sorderas Perceptivas pensando encontrar lo que muchos ya sabíamos pero también algo a nuestro parecer valioso ya que representa una conclusión a nuestras labores diarias, en un análisis de nuestro medio. Ninguna novedad pues habrá de exponerse en el presente trabajo ya que son por muchos conocidas las características etiológicas en Sorderas de Precepción, que afectan a su vez al encéfalo.

Fueron entresacados 400 Expedientes que forman la iniciación de los trabajos de I.N.A. en los años 53-54, habiéndose descartado dentro de las Sorderas Perceptivas, aquellos cuyos datos fueran escasamente consignados o incompletos. Pertenecen en su mayoría a enfermos de la primera y segunda infancia, concurso que afluyó en primer término al llamado inicial

que se hacía en México en pro de la rehabilitación del sordo. Resulta pues deficiente el muestreo en el sentido estricto ya que como dijimos, nuestros casos solo forman la primera etapa de trabajos clínico-diagnósticos del I.N.A. Sin embargo la proyección del análisis hecho, ha tratado de salvar las deficiencias de muestreo en su valoración para agrupar en gráficas y hechos que a todas luces resultan interesantes.

Débese en gran parte este esfuerzo a todo el personal de los deptos. de Audiología y Psicología y con especial mención a las Sritas. Dra. Gabriela Torres y Laura Rotter.

Entresacamos en forma condensada los fundamentales datos clínicos de cada historial anotándose la calidad y cantidad de la Sordera, su Uni o Bilateralidad, la etiología probable, las enfermedades intercurrentes y grado de las mismas, los Antecedentes Familiares de sordera, su calidad de Lenguaje y grado de evolución, amén de otros datos que son requeridos siempre.

* Del Instituto Nacional de Audiología.

Por otra parte reunimos en forma detallada y esquematizada los resultados del estudio Psicológico, anotando, la Edad Mental, el Coeficiente Intelectual y los datos que han traducido lesiones encefalopáticas, así como los diferentes Test que fueron aplicados en cada prueba; además en ocasiones las ampliaciones de estudio Electroencefalográfico que resultó en los casos vistos siempre con resultados ratificatorios.

No nos detendremos en el análisis del tipo de historial clínico pero baste decir que reúne en forma minuciosa los datos paternos, sus antecedentes, embarazo, parto y nacimiento con sus detalles y accidentes, la fase de desarrollo del primer año, las características de Audición observadas, evolución y actualidad, así como los simi-

lares por lo que hace al Lenguaje, anotando iniciación, fonación, regresión, que muestran evidentes hechos de condición auditiva, orgánica y mental. Son analizados en su cronología, grado y terapéutica, los procesos infecciosos y también los estudios anexos previos que el enfermo tenga.

La obtención correcta de estos datos, su interpretación juiciosa y un interrogatorio hecho en resumen con el criterio sistematizado pero lógicamente clínico, han conducido a condensar un valioso caudal que ha formado la base del plan exploratorio y que en este caso nos ha facilitado grandemente la obtención y recolección de datos.

La exploración Audiométrica fué realizada con acopio de todas las técnicas conocidas, sirviéndose para ello

| NIVELES MENTALES | 110 | 109-90 | 89-80 | 79-70 | 69-60 | 59-50 | 750 | Retardo s/prec. | |
|-------------------|-----|--------|-------|-------|-------|-------|-----|--------------------|-----|
| CONGENITAS | | 8 | 1 | 1 | 5 | 2 | | | 17 |
| DESCONOCIDAS | 4 | 14 | 19 | 16 | 13 | 9 | 7 | 1 | 83 |
| TOXICOSIS | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | | 7 |
| DESHIDRATACION | 3 | 2 | 2 | 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 18 |
| TRAUMA CEFALICO | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 6 | 6 | 1 | 28 |
| ASFIXIA NEO-NAT | 1 | 3 | 4 | 8 | 7 | 1 | 2 | 1 | 27 |
| MENINGO ENCEFAL | 6 | 11 | 10 | 13 | 11 | 3 | 2 | 1 | 57 |
| CAUSAS INFECC. M. | 3 | 15 | 20 | 11 | 13 | 3 | 3 | 2 | 70 |
| HEREDITARIAS | 7 | 22 | 18 | 17 | 10 | 10 | 3 | 1 | 88 |
| | 26 | 80 | 78 | 75 | 67 | 35 | 25 | 9 | 395 |

de magnífico equipo y local. Dichos estudios nunca sufrieron contradicción, aunque en algunos casos fué menester la ratificación con nuevos estudios.

Los 400 casos fueron divididos en 8 grupos con base a su etiología y en el orden progresivo a sus porcentajes de frecuencia, destacando los 4 primeros grupos que dieron el mayor contingente (fig. 1) cabe mencionar que el factor hereditario guardó espe-

cial frecuencia por el hecho de haberse desarrollado el estudio entre los expedientes que guardaban una buena proporción de escolares que asistían a los centros oficiales de entonces y que guardaban proporción no despreciable de casos hereditarios. Quedaron en este grupo aquellos con antecedentes familiares positivos de sordera y en los que no se encontró ninguna causa intercurrente digna de mención causal.

| LESIONES ENCEFALOPATICAS | Discrepancia | Signos de lesiones Enc. | No consi nad. | Bender-G | Defc. Ment. | Datos Cl. | Sin import | |
|--------------------------|--------------|-------------------------|---------------|----------|-------------|-----------|------------|----|
| CONGENITAS | 4 | 11 | 0 | 4 | - | 2 | - | 17 |
| DESCONOCIDAS | 7 | 0 | 39 | 36 | - | 2 | - | 82 |
| TOXICOSIS | - | 0 | 4 | 1 | - | 1 | - | 7 |
| DESHIDRATAION* | 1 | 19 | 0 | 3 | - | - | 1 | 19 |
| TRAUMA CEFALICO* | 6 | - | 11 | 14 | 1 | 2 | 1 | 25 |
| ASFIXIA NEO-NATORUM | 3 | 1 | 6 | 12 | 1 | 8 | 1 | 26 |
| MENINGO ENCEFALITIS* | 15 | - | 14 | 28 | 20 | 9 | 2 | 56 |
| CAUSAS INFCC. M | 5 | - | 46 | 18 | 4 | 4 | 5 | 76 |
| HEREDITARIAS | 13 | - | 56 | 28 | 6 | 1 | 3 | 92 |

Entre las causas desconocidas fueron desglosadas las entidades nosológicas en orden de frecuencia, habiéndose notado la predominancia del Sarampión, la Varicela, las Oto-mastoiditis y la Tosferina. El reconocimiento del capítulo obedece al hecho de que no obstante existir factores de posible consecuencia etiológica no pudo con-

cluirse como causa misma de la pérdida auditiva, y los datos de incultura, desatención familiar, la escasa edad o el aparente curso banal del proceso ofrecen la obscuridad etiológica.

Las Causas Infecciosas merecieron el Análisis, notándose la siguiente proporción: (fig. 2) la presentación simultánea o sucesiva de varios pro-

cesos patológicos, crearon la dificultad de definir causa y de ahí el inciso (1) que he denominado Causa Infecciosa Múltiple, reuniéndose las 6 entidades de mayor frecuencia en su orden progresivo. Después el (II) en que queda plenamente demostrado el Sarampión...

Independientemente de la Etiología se hizo revisión de las enfermedades concomitantes, es decir que si bien no resultaron como directamente causales, sí pudieron contribuir al adelanto de las lesiones, el estudio porcentual es el siguiente: (graf. 3). En el 4º lugar quedaron agrupadas OTRAS CAUSAS que son analizadas en la siguiente gráfica (graf. 4).

En el análisis de la Profundidad y Lateralidad de las lesiones se concluyeron los siguientes resultados:

a) Representan las más numerosas las Sorderas Subtotales bilaterales con 115 casos, en segundo término las Profundas bilaterales con 115 casos, desproporcionadamente menores resultan los grupos restantes.

b) La cuarta parte tiene diferencia en la cuantificación y las $\frac{3}{4}$ partes resultan con lesiones homólogas.

c) Los casos con utilización y gran recurso en el tratamiento rehabilitatorio como es el "entrenamiento auditivo" forma un porcentual de 10%, sin dejar de hacer notar la magnífica posibilidad de este sistema aún en Hipoacusias muy profundas.

d) No se reportaron Anacusias en

las Etiologías Infecciosas, la Asfixia, y las Toxicosis.

e) Solamente el 1.25% presentó imprecisión en la cuantificación de la sordera y fueron casos cuyo bajo nivel mental, así como otras causas impidió la prueba.

En unión al estudio Audiológico se ha llevado a efecto el estudio Psicológico que ha contado con un conjunto de pruebas mentales llamadas "Batería" en las cuales no era menester el uso del lenguaje; así pues la evaluación de los datos, siempre se ha hecho como resultado promedial de dicho conjunto de pruebas.

La agrupación por Coeficientes Intelectuales no es arbitraria, está basada en la clasificación aceptada que basa en dichos cocientes el diagnóstico de Normalidad, Subnormalidad, Debilidad Mental Superficial, Media y Profunda, Imbecilidad e Idiocia.

La exploración de la llamada Encefalopatía está hecha casi en su totalidad con el Test denominado Bender Gestalt Test, prueba que nos permite conocer distintas alteraciones de la personalidad, disturbios emocionales, estados psicopáticos, o bien evaluar una personalidad normal.

Dos son los signos más importantes por lo que hace a frecuencia en enfermos con pérdida auditiva: los signos de desajuste emocional y las alteraciones correspondientes a alteraciones orgánicas intracráneas. La deficiencia Mental por sí sola pudo considerarse

como manifestación de una encefalopatía. Las alteraciones mentales como Bradipsiquia, déficit de la atención, fatigabilidad, perplejidad, dificultad de comprensión, han sido tomados como significativos de signos de lesión orgánica intracraneal.

La llamada discrepancia en las pruebas representa en un último análisis una lesión localizada más que difusa. O sea representa clínicamente la facilidad de resolución para pruebas tales como el Khos y gran dificultad o imposibilidad para otras que debían corresponder al mismo nivel.

Las disfasias fueron resueltas con ayuda del gabinete de Audología y han dado en últimas fechas una amplitud de estudio que sería motivo de otro trabajo (gráf. 5).

Las conclusiones por lo que hace a niveles mentales son las siguientes:

1.—El mayor número de casos se obtienen entre el grupo de Inteligencia Normal, decreciendo progresivamente hacia la Debilidad Mental profunda (graf. 6).

2.—Los casos de mayor proporción en la Debilidad Mental Profunda la Idiocia y la Imbecilidad se encuentran en el grupo etiológico de Trauma Cerebral y en mucha menor proporción en las Causas Infecciosas.

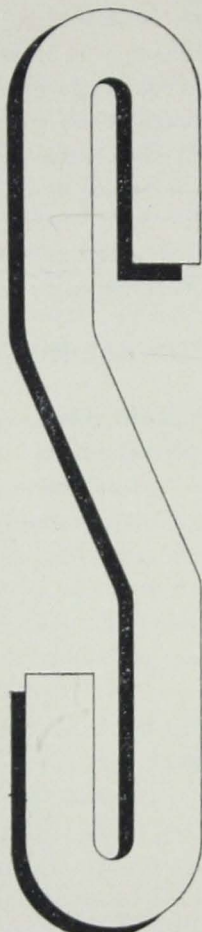
3.—Los casos superdotados se encuentran en mayor proporción en el grupo de las Meningo-encefalitis, sin descartar otras alteraciones.

CONCLUSIONES:

1.—Profilaxis del sarampión.

2.—Revisión de estudios E.E.G. en una buena parte de los casos que así lo requieran.

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



una nueva

ERA

en la

antibioticoterapia

SIGMAMICINA



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

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

CASO CLINICO

Dr. OCTAVIO CALY MAYOR.

Médico Asistente Voluntario en el Instituto Nacional de Cardiología.

El caso de abceso cerebral que presentó fué tratado como un caso de urgencia y por condiciones especiales no fue posible hacer todos los estudios y exámenes necesarios por lo que de antemano pido a la benevolencia de ustedes perdonar un gran número de omisiones que de no existir habrían hecho a esta comunicación digna de ustedes.

Caso clínico de abceso cerebral. C. J.O. de 14 años de edad, mexicano, agricultor, internado en el Instituto Nacional de Cardiología el 21 de febrero de 1957 con el No. 55,000

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—No se encontraron datos de importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS NO PATOLOGICOS—Alimentación escasa, habitación en malas condiciones higiénicas, enfermedades propias de la infancia, amigdalitis crónica.

PADECIMIENTO ACTUAL.—Otorrea crónica izquierda desde la edad de 8 años posterior al sarampión, constante y de fatidez marcada. En algu-

nas ocasiones ligero dolor retroauricular de corta duración, fué tratado casi sin interrupción con varias clases de gotas e inyecciones de Penicilina mejorando con estos tratamientos hasta 15 ó 20 días.

Hace 3 semanas se le presentó de una manera brusca, dolor intenso en la región mastoidea izquierda, dolor que se irradiaba a las regiones adyacentes y que duró aproximadamente 3 horas acompañándose de náuseas y vómitos. Los familiares notaron que en el momento del dolor salía mayor cantidad de pus del oído. Tres días más tarde nuevamente dolor con la misma intensidad y duración pero sin náuseas ni vómitos. Dos días más tarde nuevamente crisis dolorosas con las mismas características y como todas ellas sin acompañarse de fiebre. Desde esta fecha ha dejado de presentar dolor intenso pero tiene dolor continuo de poca intensidad que de vez en cuando se acompaña de náuseas y vómitos, la zona dolorosa es la región temporoparietal izquierda y ojo del mismo lado.

De 10 días a la fecha sensación de inestabilidad y somnolencia que se van acentuando. Los familiares señalan que desde hace 3 semanas notan que el enfermo desconoce el nombre de las cosas lo cual se ha acentuado en los últimos 10 días.

EXPLORACION FISICA.—Enfermo de sexo masculino de complejión media, mestizo y desarrollado de acuerdo con su edad, viene a la consulta sostenido por dos personas, la cabeza rígida e inclinada al lado izquierdo, somnolente, quejumbroso, la marcha insegura e incapáz de expresarse claramente por sí mismo.

CABEZA.—Cráneo y cara nada anormal, con excepción de los tegumentos que aparecen pálidos. Oído derecho normal, oído izquierdo ausencia de la membrana tensa, se conserva el mango del martillo envuelto en fungosidades, la pared posterior descendida y con granulaciones y secreción abundante de pus fétido, dolor en la mastoide que se acentúa a la presión.

CUELLO.—Normal y sin ganglios.

SISTEMA NERVIOSO.—Reflejos tendinosos normales, reflejos óculo-motores normales, reflejos cutáneos normales, Brunsinski positivo, Kearning no se exploró. El paciente desconoce el nombre de los objetos de uso diario como reloj zapatos, etc., pero al señalarle la llave hace movimiento para indicar que sirve para abrir una chapa y repite las palabras esto es para... y hace el movimiento adecuado para abrir.

No existen signos de incoordinación, adiadococinecia o Braditelequinesia.

EXAMEN VESTIBULAR.—Caída irregular con ligera tendencia hacia el lado izquierdo que no se deja influir con la posición de la cabeza. No hay nistagmus espontáneo.

Oído izquierdo.—(Barany) Latencia prolongada, desviación conjugada hacia la izquierda seguida paulatinamente de nistagmus horizontal rotatorio de gran amplitud, desviación segmentaria típica.

Oído derecho.—Respuestas normales.

EXAMEN AUDITIVO.—Weber no lateralizado, oído derecho Rinne positivo, Schwabach normal, Oído izquierdo Rinne negativo II, Schawabach normal.

EXAMENES DE LABORATORIO PRE-OPERATORIOS.—Eritrocitos 3.990,000, hemoglobina 11.24, leucocitos 9,960; en banda 6; eosinofilos 5; los demás datos normales.

Tendencia hemorrágica normal.

Orina.—Albumina huellas, glucosa 5.1 —Sedimentos; cilindros hialinos abundantes—. Leucocitos escasos.

Estudio radiológico.—En posiciones de Schuller y Stenvers, lado derecho neumatización ligeramente inhibida, en el lado izquierdo la posición de Schuller muestra falta completa de neumatización, los canales, el vestíbulo y la coclea así como el conducto auditivo interno en condiciones normales y en ella puede verse que en la región del antro existe una zona de destrucción

del tegmen que comunica el foco de destrucción, ótico con el interior del cráneo.

El 22 de febrero se procedió a la intervención quirúrgica en la siguiente forma:

Antesía general, pentotal-ciclo incisión retroauricular de 7 cms. de longitud; timpanomastoidectomía extensa. Se procede al vaciamiento por medio de la fresa hasta llegar al antro; se encontró una mastoide eburnea, abundante secreción purulenta, fétida. Deficiencia del tegmen timpani que muestra una perforación del tamaño de un pequeño frijol, y la dura madre abombada con numerosas adherencias. Se eliminó totalmente el tegmen hasta donde fué posible técnicamente, desde el ángulo de citelli hasta el borde superior del peñasco. Se llegó a descubrir regiones normales de la dura en la parte posterior de la brecha, sin poder llegar a dura madre sana en el ángulo anterior. Toda la porción descubierta de la dura madre mostró alteraciones del tipo paquimeningitis externa.

Se tomó una aguja de ráquianestesia y se introdujo de una manera paralela al eje del cuerpo, aproximadamente 3 c.nts. habiendo, obtenido pus muy espeso, fétido que salió a presión habiéndose obtenido aproximadamente 60 c.c. Se hizo una incisión en cruz en la dura madre; y se introdujo una pinza que al abrirla dejó salir aproximadamente 30 c.c. más de pus. Para terminar canalización amplia con gasa yo-

deformada. Se ordenaron 500 mg. de acromicina endovenosa cada 12 horas y sulfadiazina 1 gr. por vía oral cada 4 hors.

Se solicitaron los siguientes exámenes: examen del líquido cefalo raquídeo, examen de sensibilidad a los antibióticos, fondo de ojo y ser visto por el neurólogo. Los resultados obtenidos posteriormente fueron los siguientes: Reacción de Takata Ara Positivo 1 meningítico (proteínas 76 mgs. %) Normal 36 mgs % glucosa 81 mgs %.

La sensibilidad a los antibióticos reveló una resistencia total a los antibióticos.

EVOLUCION.—Tres horas después se nota un cambio radical en el estado del paciente, está animado, reconoce los objetos que le enseñamos, ríe y aún reprocha al Médico que le haga preguntas tan simples como la de como se llaman las cosas del uso diario. El dolor no ha desaparecido.

A medida que el tiempo pasa el dolor se acentúa y se hace necesario el uso de opiáceos, al día siguiente 23 de febrero se encuentra al enfermo en estado somnoliento, se queja de dolor intenso, procedemos a practicar el lavado de la cavidad con terramicina, aún cuando no conocemos la flora bacteriana y sensibilidad a los antibióticos, el lavado se practica con toda la suavidad posible y durante él se presentaron convulsiones con retroflexión de la cabeza así como apnea, por lo que se suspende el lavado.

Las 10 o 12 horas siguientes el en-

fermo pareció recuperarse y poco después cayó en estado de sopor y somnolencia muriendo la noche siguiente después de la intervención.

La autopsia no se llevó a efecto porque tratándose de un sujeto que sería llevado fuera de la ciudad los reglamentos impiden que salga autopsiado.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO
Absceso cerebral.

DIAGNOSTICO OPERATORIO.—Absceso cerebral y paquimeningitis por otomastoiditis crónica y destrucción del tegmen. Causa probable de la muerte encefalitis.

CONSIDERACIONES.—El cuadro del enfermo desde los primeros momentos, que seguía a una exacerbación de una otitis media crónica, nos hizo pensar en una complicación intracranéa que nos obliga a hospitalizar al enfermo de inmediato.—El estudio neurológico aún superficial nos afirma esta idea. El examen Vestibular nos hace eliminar la posibilidad de una laberintitis y nos hace pensar en una lesión intracranéa que actúa a distancia sobre el laberinto y hacemos el diagnóstico de absceso cerebral que nos comprueba el acto operatorio.

La técnica quirúrgica usada fué atacando el foco primario pero lo más amplio que fué posible.

El lavado de la cavidad con terramicina ha sido sugerido por algunos neuro-cirujanos y no sabemos cuál pu-

do haber sido su intervención en el desenlace de este caso.

Resumen.—Se presenta un caso de absceso cerebral originado por una otitis crónica exacerbada con un cuadro clínico típico constituido por: Afasia sensorial, dolor de cabeza, náusea y vómitos, signos de hipertensión intracranéa en el examen vestibular y comportamiento característico de estos enfermos; como es sabido: se destacan los enfermos de absceso cerebral por una conducta que se denominó de gruñón o sea poco accesible, mal humorados y ensimismados; en oposición a los enfermos con trombosis del seno lateral que son eufóricos; y los meningíticos que son intranquilos emocionales y angustiosos.

Respecto a la causa de la muerte se podría tratar de una meningitis, o de una expansión de la encefalitis que siempre acompañan a las lesiones cerebrales de este tipo. Faltando gran parte de la sintomatología de una meningitis nos inclinamos a la segunda suposición o sea de una muerte por una encefalitis progresiva.

No creo que mi aportación se traduzca en un conocimiento nuevo para ustedes pero espero que sea motivo de discusión y que todos volvamos a pensar con interés en las complicaciones intracranéas a la luz de los nuevos adelantos.

Agradezco su colaboración al Profesor Leo Deutsh.

CASO CLINICO

Por el Dr. MARIANO HERNANDEZ
GORIBAR*

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre M. I. V.
Edad 38 años.
Sexo Femenino.
Edad Civil Casada.
Lugar de Nac. ... México, D. F.

Ha tenido tres embarazos. Vida marital a los 25 años. La evolución de los embarazos ha sido normal. En el primer parto desgarro perineal y cuadro febril posterior. Ultimo parto en febrero de 1955 con oligoamnios y producto que muere dos días después, al parecer por debilidad congénita; desde entonces amenorrea.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

Su padre murió a la edad de 63 años de una afección cardíaca. Su madre vive en aparente buen estado de salud, lo mismo que cuatro hermanos. Su esposo y dos hijos sanos al parecer.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Siempre ha residido en México, D. F. Trabaja como química farmacéutica bióloga, profesión que no ejerce desde hace un año. Alimentación regular en cantidad y calidad. Tabaquismo y alcoholismo negativos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Sarampión y varicela durante su infancia. Cuadro disentérico a los 10 años de edad. En 1949 paratifoidea.

PADECIMIENTO ACTUAL:

En mayo de 1954 y coincidiendo con la iniciación de su último embarazo de una manera brusca se instala afonía que persiste durante un mes; es vista por un especialista que por laringoscopia indirecta diagnóstica edema de una cuerda vocal. No llega a recuperar su tono de voz habitual y refiere crisis intermitentes y pasajeras de disfonía que a veces llegan a la afonía.

Diez días después del parto, aparece edema facial y de ambas piernas, que únicamente dura tres días, habiendo sido tratada con medicación homeopática; coincidiendo con este hecho se instala anorexia para todos los alimentos, debilidad extrema, mialgias y artralgias de aparición esporádica.

* Del I. M. S. S.

En estas condiciones evoluciona hasta los meses de mayo y junio en que presenta cuadro diarréico, que es diagnosticado bacteriológicamente. En el mes de julio refiere escurrimiento mucopurulento y sanguinolento por ambas fosas nasales, así como también pedazos de mucosa nasal, de aspecto negruzco, con una muy marcada fetidez y anosmia; dicho cuadro nasal es diagnosticado como sinusitis, el cual se confirma radiológicamente. A principios del mes de agosto bruscamente presenta taquicardia de 140 por minuto, disnea que obliga a la administración de oxígeno. Un estudio hemocitológico acusa anemia hipocrómica, lo que motiva su internamiento en el Hospital de la Nutrición, donde permanece encamada tres meses. Durante su estancia en dicho Hospital presenta ascitis, se le perfora el tabique nasal y se le diagnostica hipotiroidismo y una hemopatía que no fue precisada. Se le administra dieta hiposódica y cloruro de potasio, así como también cortisona a la dosis de 50 a 150 mgr. diarios durante dos meses, en el curso de cuya administración remite la sintomatología en forma satisfactoria. Es dada de alta a principios del mes de octubre, evolucionando al parecer satisfactoriamente, hasta su ingreso al servicio de otorrinolaringología del Hospital de la Raza, donde llega por presentar un cuadro de obstrucción laríngea que obliga a practicar traqueotomía de urgencia, encontrándose durante la operación invasión de tra-

quea y posiblemente de bronquios de placas de color café, fétidas; así como también líquido espeso fétido que fue aspirado a través de la traqueotomía.

EXPLORACION:

Inspección General: Paciente sumamente adelgazada, pálida, encamada, disfónica y adaptada al medio.

Cabeza y Cuello: Manchas hiperocrómicas en ambas mejillas y cara lateral del cuello. Micropoliadenopatía carotídea. Placas blanquecinas de diferente tamaño que invaden paladar y retrofaringe, rodeadas de zonas congestivas y en algunos puntos confluente.

Torax: Atrofia mamaria, resto normal. Región precordial normal.

Abdomen: Hernia Umbilical. Se esboza signo del lienzo húmedo. Adenopatía inguinal bilateral. No se aprecia hepato ni esplenomegalia. Atrofia de vello pubiano.

Miembros: Adelgazados, enrojecimiento discreto del lecho ungueal. No hay nódulos. Presión Arterial 120/70. Atrofia de vello axilar.

EXPLORACION OTORRINO-LARINGOLOGICA:

Nariz: Presencia de costras blanquecinas fétidas en ambas fosas nasales. Perforación muy amplia del septum nasal. No se aprecia masa tumoral.

Olfato perdido.

Faringe: Presencia de placas blan-

quecinas en velo del paladar. En la pared posterior se observa una secreción adherida a dicha pared, achocolatada y de aspecto mucoso.

Laringe: Por laringoscopia indirecta

se observa invasión de costras de aspecto negruzco sobre las cuerdas vocales y epiglotis.

Oídos: Normales.

EXAMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN DE ORINA:

| | 14-VI-56. | 19-VI-56. |
|----------------|-----------|-----------|
| Densidad | 1005 | 1003. |
| Albúmina | Huellas | Huellas. |
| Glucosa | No | No. |
| Acetona | No | No |
| Hemoglobina | †† | No. |
| Pig. Biliares | No | |
| Sales Biliares | No | No. |
| Urobilina | ††† | ††† |

METABOLISMO BASAL:

4-VI-56 + 12.

EXAMEN MICROSCOPICO:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Escasas celdillas epiteliales. Abundantes cilindros, hematíes y p'ocitos. | Abundantes celdillas epiteliales. Abundantes p'ocitos. Escasos leucocitos. |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

REACCIONES LUEPICAS:

1-VI-56 Negativas (V. D. R. L.)
(Mazzini).

CUENTA ABSOLUTA DE EOSINOFILOS:

18-VI-56. (75 Eosinófilos por mm³.)

CITOLOGIA HEMATICA:

| | 11-V-56. | 1-VI-56 | 14-VI-56 | 18-VI-56 |
|----------------|----------|---------|----------|----------|
| HEMOGLOBINA | 14 gr. % | 12.20 | | 12.20 |
| Eritrocitos | 5200000 | 4600000 | | 4600000 |
| Valor Globular | 0.80 | 0.91 | | 0.93 |
| Hematocrito | 44 | 43 | | 44 |
| Plaquetas | | | 276000 | |
| Leucocitos | 1077 | 8200 | | 8400 |
| Linfocitos | 19 | 32 | | 39 |
| Monocitos | 1 | 1 | | 5 |
| Neutrófilos | 80 | 66 | | 54 |
| Eosinófilos | 0 | 1 | | 2 |
| Basófilos | 0 | 0 | | 0 |

**EXAMEN DE CELULAS L. E.
EN SANGRE:**

15-VI-56 Positivo. Se encuentran células L. E.

UROCULTIVO: 16-V-56 Negativo.
HEMOCULTIVO: 18-V-56 Negativo.

QUIMICA SANGUINEA:

| | 20-VI-56. | 1-VI-56. |
|-------------------|-----------|----------|
| Urea | 12.8 | 14.7 |
| Creatinina | 0.75 | 0.75 |
| Glucosa | 86 | 77 |
| Proteínas totales | 5.85 | |
| Albúmina | 2.40 | |
| Globulinas | 3.45 | |

SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIOTICOS (de lesión de piel)

27-VI-56 Staphilococcus sensible a la Eritomicina y Cloromicetina.

**EXAMEN DEL EXUDADO
FARINGEO:**

16-VI-56 Staphilococcus y Hongos.

**EXAMEN DE MATERIAS
FECALES:**

16-VI-56. E. coli.

**CAPTACION DEL YODO
RADIOACTIVO:**

6-VII-56

A las 6 Hs. 7% (Normal de 5 a 35%).
A las 24 Hs. 19% (Normal de 10 a 50%).

TELERRADIOGRAFIA DE TORAX:

9-V-56 Normal.

BACILOSCOPIA EN ESPUTO:

9-V-56. Negativo.

EVOLUCION:

El día 8 de mayo de 1956 se le hizo en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital de la Raza una traqueotomía de urgencia con anestesia local.

Durante los primeros días después de la traqueotomía se mantuvo con transfusiones de sangre de 300 c. c. y suero glucosado. En total se le pasaron 1500 c. c. de sangre. A los ocho días de la traqueotomía se le instituyó una sobrealimentación que la enferma no seguía bien debido a que la anorexia continuaba todavía.

A los veinte días después de la traqueotomía el día 29 de mayo la enferma presenta un cuadro diarreico, con moco sin sangre y el especialista le instituye un tratamiento a base de dihidro-estreptomicina a razón de medio gramo cada 24 horas y dos comprimidos de ptalilsulfatiazol después de cada comida. A los cinco días de esta terapéutica la paciente se encuentra bien de esa enfermedad.

El día 18 de junio se encuentra en

su proceso faringeo la existencia de Monilias y se le prescribe sulfato ferroso oral, vitaminoterapia, mysteclín de 250 mlgr. tres comprimidos al día y gantrisin a razón de seis comprimidos de 0.50 gr. diariamente. A pesar de esta terapéutica que se llevó a cabo desde esta fecha hasta el día 16 de julio en que salió del Hospital por alta voluntaria las lesiones faringeadas continuaban con los mismos caracteres que al principio.

El día 8 de junio le fue quitada la cánula traqueal, quedando la cicatriz completamente cerrada a los tres días, no volvió a presentar fenómenos asfícticos.

CONCLUSIONES:

Para la discusión del caso es necesario hacer las siguientes consideraciones: Indiscutiblemente nos encontramos ante un padecimiento de los catalogados como sistémicos, ya que después de la lectura de la historia clínica, hallamos datos de patología gastrointestinal, articular, genital, renal, faringolaringotraqueal, hematológica y al parecer endócrina. Los hallazgos que más llaman la atención son la amenorrea, el gran ataque al estado general, la atrofia mamaria, hipotrofia muscular, la caída del vello axilar y pubiano, la piel gruesa y escamosa y la disminución de la libido.

Estos datos y tomando en cuenta su aparición a partir de un parto, serían muy sugestivos de una insuficiencia

hipofisiaria que fuera la responsable de la sintomatología; por otra parte la existencia de artralgias, de fiebre y particularmente el hallazgo de células L. E. en sangre periférica plantean el diagnóstico de Lupus Eritematoso Diseminado.

Indudablemente que la mayor parte de síntomas y signos encontrados encajan dentro de este último diagnóstico, sin embargo algunos no serían explicables totalmente con el Lupus. Así tenemos que la atrofia mamaria, la caída del vello axilar y pubiano, y la captación del yodo radioactivo que aún cuando está considerada dentro de los límites normales es indiscutiblemente una captación de yodo deficiente por parte del tiroides. Desgraciadamente no se practicaron otros estudios de gabinete y laboratorio como son: prueba del agua de Kepler, prueba de Thorn, yodo proteico, dosificación de 17 cetosteroides y hormona estimulante del folículo; los cuales nos hubieran acabado de descartar la posibilidad de una disendocrinia.

La importancia del caso estriba entre otras cosas en encontrar una relación directa entre Lupus Eritematoso y las manifestaciones faringolaringotraqueales. Es interesante hacer resaltar que la evolución de estas alteraciones evolucionan paralelamente con el resto del cuadro clínico; el tipo de lesiones habituales y lo diseminado de su localización, junto con el dato importante de remisión bajo el efecto de los glucocorticoides nos inclinan a pensar

en que estas lesiones sean francamente de Lupus Eritematoso y que la localización faringolaringotraqueal sea hasta el momento la más importante de este padecimiento.

En resumen creo poder plantear los siguientes diagnósticos:

1º—LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO con localizaciones:

Faringolaringotraqueales.

Posiblemente: Renales

Gastrointestinales

Articulares y

Generales.

2º—Probablemente HIPOTIROIDISMO E INSUFICIENCIA SUPRARENAL. ¿Podrá ser ésto una invasión por Lupus?

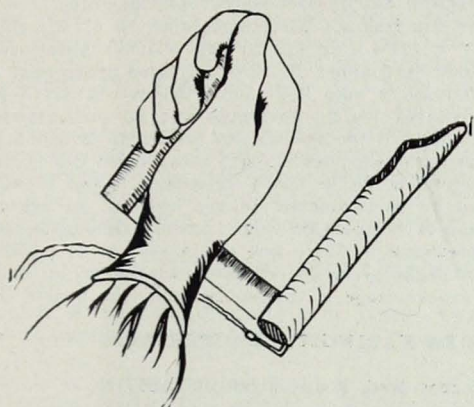
Se solicita el canje.
Exchange is required.
On demande Léchange.
Bitte austauschen.

Registrada en el Centro de D.
Cient. y Tec. de M. y World List.

An. Soc. Mex. Otorrinolaring.

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 hiper-sensibilidad.

UTIL en laringoscopías, broncoscopías y esofagoscopías.

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

Indianápolis, E. U. A.

Representantes exclusivos para México

LABORATORIOS SERVET, S. A.

Rhin No. 76.

México, D. F.

Reg. No. 47924 S.S.A.

(Literatura exclusiva para médicos)

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.

EXTRACTOS DE REVISTAS

RESULTADOS DE LA RADIOTERAPIA DEL CANCER LARINGEO

New England. J. of Med.; 255: 1033-1035, 1956.

En el lapso comprendido entre 1931 y 1950, se trataron 150 pacientes de cáncer laringofaríngeo con rayos X en el Hospital de Massachusetts (142 hombres y 8 mujeres). Ocho (12%) de los 65 pacientes con lesiones pósterolaterales, 10 (17%) con extensas lesiones anteriores y posteriores, y 9 (31%) de los 29 con lesiones anteriores sobrevivieron sin recurrencias por un período de 5 años. El 52% del total presentaba metástasis ganglionares al comenzar el tratamiento y sólo 6 de ellos llegaron a vivir 5 años; en cambio, pasaron este período sin recaída los 21 pacientes que no presentaban adenitis perceptible al instituirse el tratamiento. El reconocimiento precoz de la lesión y el tratamiento inmediato son vitales para la curación, pues el éxito terapéutico con la radioterapia está en relación inversa con la extensión de la lesión primitiva y con la aparición de metástasis cervicales. Al comienzo de la evolución de las lesiones, en especial las de epiglotis, puede esperarse una respuesta terapéutica relativamente favorable; en los casos adelantados la paliación es probablemente lo único que podrá esperar el paciente. No se han evaluado aún los resultados conseguidos en los casos de carcinoma laringeo tratados por irradiación con aparatos de supervoltaje a través de una sola puerta de entrada.

ESTUDIO DE LA FARINGITIS BACTERIANA

(Mcncroe H. Green, U. S. Army Forces Med. Jour., 8:180-183, 1957).

Se utiliza el colorante de Wright para el estudio de frotis del exudado faríngeo como método rápido para el diagnóstico presuntivo de dolor de garganta causado por infección bacteriana. Si predominan los neutrófilos en el smear probablemente la infección será producida por estreptococos hemolíticos u otras bacterias y debe ser tratada inmediatamente con penicilina. Deben excluirse las complicaciones bacterianas del catarro común, la nasofaringitis viral, la faringitis fúsoespiroquetósica y la difteria, que también producen exudados faríngeos neutrofilicos polimorfonucleares. Si el exudado es predominantemente mononuclear o epitelial deberá considerarse la infección como viral, suspendiéndose la penicilina, por lo menos hasta que se logre un cultivo.

Los neutrófilos polimorfonucleares predominaban en los exudados de 26 pacientes vistos dentro de las treinta y seis horas de iniciarse la amigdalitis aguda o faringitis; se cultivaron los estreptococos beta hemolíticos en 22 casos y los estreptococos hemolíticos en 4. La penicilioterapia produjo buenos resultados cuando se administró dentro de las treinta y seis horas a los pacientes con infección estreptocócica, mientras que aquellos con enfermedad estafilocócica fueron algo beneficiados dentro de las cuarenta y ocho horas.

MANIFESTACIONES ORALES DE LAS HEMOPATIAS

Am. J. Sug.; 92: 817-824, 1956.

En un informe de W. W. Dalitsch se enumeran los síntomas bucales que pueden estar asociados a afecciones hemáticas. Las petequias puntiformes de la lengua, paladar, suelo de la boca y faringe indican la posibilidad de púrpura, de tipo idiopático trombocitopénico

o secundaria al escorbuto, anemia aplásica o leucemia; en estas dos últimas afecciones, las mucosas pueden presentar infiltraciones y úlceras. Las encías hemorrágicas pueden ser signo de hemofilia, así como también un síntoma precoz de la leucemia aguda o una manifestación tardía de la leucemia crónica o de la enfermedad de Hodgkin. La lengua refleja las alteraciones características de las anemias; puede ser edematosa, roja y sensible al comienzo de la anemia perniciosa, pero después, durante la evolución de la enfermedad, las papilas y las mucosas se atrofian y su aspecto es pálido, liso y brillante. La lengua saburral, con anemia concurrente, sugiere el carcinoma gástrico. La lengua "bovina" y roja de la anemia microcítica hipocromica crónica se observa relacionada con las carencias de hierro, avitaminosis, pelagra y esprue; estas glositis puede ser dolorosa y va acompañada de queilitis angular o de aftas recurrentes. Estas lesiones tienen un borde definido y presentan una reacción inflamatoria; en cambio, las lesiones de aspecto necrótico son propias de la neutropenia y de la agranulocitosis; son irregulares y de aspecto sanioso, recubiertas de membrana grisácea son prolíficas, hay necrosis en los tejidos próximos, y despiden hedor; en ciertos casos de anemia aplásica, leucemia aleucémica, mononucleosis proléticas, efectos de la irradiación sobre la médula ósea y envenenamiento por el benzol y el arsénico, se han observado ulceraciones similares. En la leucemia monocítica se ven extensas infiltraciones de masas de células leucemoides en la mucosa y submucosa de la cavidad oral. Las amígdalas se hipertrofian en la leucemia linfática. La adenitis del cuello puede ser un signo precoz de la enfermedad de Hodgkin; esta misma hipertrofia con ganglios sensibles y epistaxis suele ocurrir en la fiebre glandular. Las alteraciones de la estructura ósea de la cara forman parte del cuadro sintomático de varias discrasias hemáticas. Los dentistas, otorrinolaringólogos, cirujanos e internistas deben recordar en todo caso la estrecha relación entre los signos orales y las afecciones hemáticas.

LA HEPARINA EN TRASTORNOS DEL OIDO

E. Mayoux, J. P. Rebattu, J. Carré y G. Lesné, "L'heparine dans le traitement de la surdité, des bourdonnements et des vertiges", *Press. méd.* 64:28; 1956.

Aparte de su acción anticoagulante, la heparina posee una acción lípido-dispersante, un poder antixudativo, una acción vasodilatadora y efectos anti-hialuronidásicos y antianafilácticos. Estas diversas propiedades incitaron a un grupo de otólogos franceses a ensayar la heparina en casos de sordera, zumbidos de oído y vértigos debidos, según ellos, a un trastorno anatómico o funcional del tejido conjuntivo-vascular laberíntico. En 100 pacientes, 95 de los cuales presentaban sordera, 61 zumbidos de oído y 32 vértigos, administraron 250-300 mg. diarios de heparina durante 8 días. De los 95 casos de sordera 43 no mejoraron, 21 mejoraron muy poco, 15 poco y 16 apreciablemente, señalando 44 gran mejoría subjetiva. De los 61 casos con zumbidos 46 fueron curados o muy mejorados, a pesar de que algunos hace muchos años que los tenían. De los 32 casos con vértigos 15 curaron, 7 mejoraron considerablemente, 3 ligeramente y 7 no se modificaron.

La acción fué más marcada sobre las sorderas tubo-timpánicas y los trastornos auditivos secundarios a traumatismos de cráneo. No se observó ningún efecto secundario. Los autores estiman que pueden preconizarse la heparina en las sorderas, zumbidos y vértigos, cualquiera que sea su etiología, cuando hayan fracasado los tratamientos clásicos.

IMPORTANCIA DEL FACTOR EMOCIONAL EN LOS TRATAMIENTOS RINOPLASTICOS

J. Maine M. A.; 48:41-43, 1957.

Son muy interesantes las observaciones de F. H. Hill sobre la influencia de los factores emocionales en el éxito o fracaso de los procedimientos rinoplásticos. El autor cita 4 casos diferentes para demostrar la importancia del estado emotivo en la determinación del éxito o del fracaso de este tipo de intervenciones. Excepto en los casos traumáticos de origen relativamente reciente, el factor psicológico tiene gran importancia para decidir

la intervención. El simple deseo de corregir las facciones, cuando no hay trastorno funcional, debe considerarse con toda clase de reservas. Por otra parte puede llevar al fracaso el intento de corregir anormalidades funcionales cuando no se toman en cuenta las deformidades externas que las acompañan. En 2 de los casos referidos se demuestra la influencia de las grandes deformidades faciales en la personalidad, especialmente en los individuos jóvenes.

ACTIVIDAD DE LAS DOSIS ORALES DE PENICILINA, OLEANDOMICINA Y MEZCLAS DE ESTOS ANTIBIOTICOS

J. of Med.; 256: 115-119, 1957.

Jones y Finland, en un artículo previo, demostraron las diferencias en la actividad de las penicilinas V y G administradas por vía oral, lo que podría explicar la diversidad de resultados observados al usar combinaciones de este antibiótico. También han estudiado las asociaciones de oleandomicina y penicilina, bajo la forma de una sal oleandomicínica de penicilina G. Se trataron sujetos normales cuyo plasma se congeló y empleó luego contra cepas de estreptococos y estafilococos. La penicilina dió los niveles antimicrobianos más elevados y demostró mayor actividad en la sangre contra las cepas penicilinosensibles. La oleandomicina fué la menos activa, aunque en algunos casos, una dosis elevada única de este antibiótico provocó efectos algo más prolongados que una similar de penicilina. Las combinaciones de penicilina y oleandomicina dieron siempre resultados intermedios. No se pudo demostrar la sinergia de estos compuestos. Por consiguiente la actividad de toda asociación de este tipo dependerá de lo susceptibles que sean a cada uno de estos agentes, los microorganismos infectantes.

CONGRESOS:

Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, se efectuará en México, D. F., del 27 de Octubre al 2 de Noviembre de 1957. Para informes dirigirse al Dr. L. Desjardín, 141 Rué Belliard, Bruselas Bélgica.

Congreso Interamericano de la Asociación Médica Panamericana, se efectuará en México, D. F., los días 18 al 22 de Noviembre de 1957. Para informes dirigirse al Director Ejecutivo **Dr. Joseph J. Eller**, 745 Fifth Ave. New York 22. N. Y. U.S.A.

La ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA tiene el honor de invitar a todos los cirujanos y médicos de la República que tengan películas sobre temas quirúrgicos o médicos, en cualquier especialidad, las envíen a esta institución para ser examinadas y aprobadas, siempre que reúnan cualidades suficientes para la enseñanza.

A estas películas, que serán examinadas por un comité elegido especialmente, les será agregado el título: "Aprobada por la Academia Mexicana de Cirugía".

Dirigirse al
Dr. Mario González-Ulloa
Antigua Escuela de Medicina
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA
Brasil 33
MEXICO, D. F.

**A los primeros síntomas
de sinusitis**



Tyzine*

Marca del Clorhidrato de Tetrahidrocolina.
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-Gortek 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.

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 irreprochablemente 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 anchas. 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.

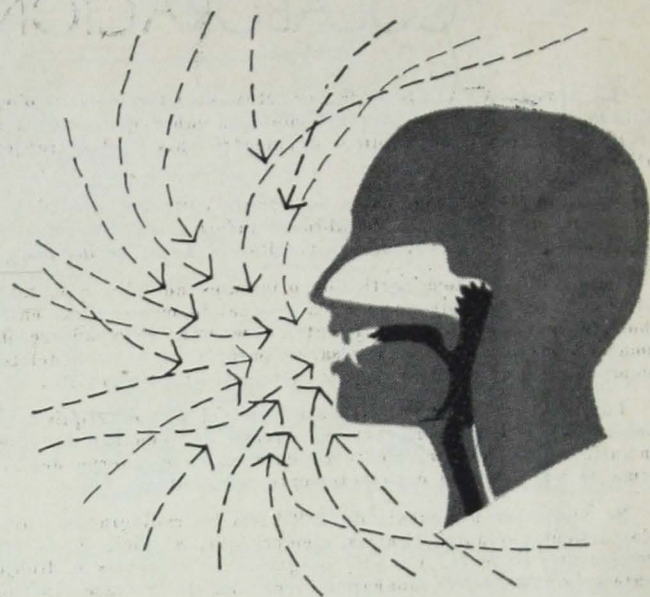
Los colaboradores de la Revista que deseen sobretiros de los artículos publicados deberán tener arreglo económico con el Editor.

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.

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.

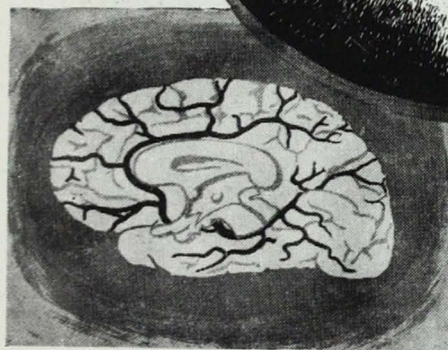
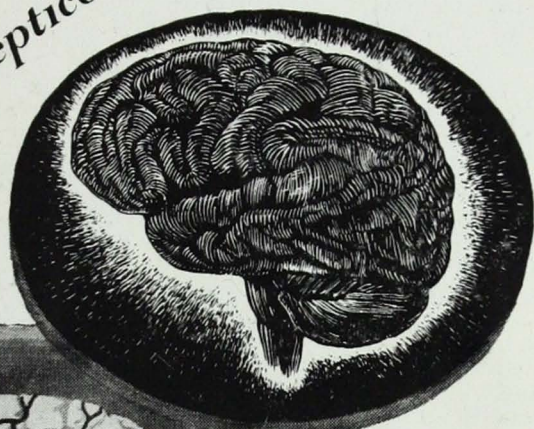
*Marca registrada. Reg. No. 42486 S.S.A.

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

OLDINAL

TABLETAS

psicoanaléptico



PENTILENOTETRAZOL
ACIDO NICOTINICO
VITAMINAS B1, B6 y B12.

estimulante
geriátrico

LABORATORIOS
Silanes.S.A.

Reg. No. 48032 S.S.A.

Reg. Prop. No. AB-4256/57 S.S.A.

Literatura exclusiva para médicos.

Amores 1304.
México, D. F.

IMPRESORA PERIODISTICA
Y COMERCIAL, S. de R. L.

Plaza de San Fernando N° 5

Tel. 18-32-18

México, D. F.