

Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

B I M E S T R A L

DIRECTOR:

DR. RAFAEL GONZÁLEZ RIVAS

Tonalá 79 Esq. Av. A. Abregón

Tel. 14-05-30

EDITOR:

DR. LUIS MÁRQUEZ

Querétaro No. 128, México, D. F.

Tel. 25-30-19

TOMO II

ENERO - FEBRERO DE 1959

NUM. 36

S U M A R I O

¿Qué debe hacer el Otólogo ante el Adulto Sor- do, no Quirúrgico?— <i>Dr. Pedro Berruecos Téllez</i>	81
Tratamiento Quirúrgico de Ozena.— <i>Dr. Efraín Dávalos L.</i>	89
Fístulas Cervicales, Laterales, Congénitas a Pro- pósito de un Caso.— <i>Dr. Pelayo Vilar</i>	93
Palabras a la Memoria del Sr. Dr. Javier Castillo Dibildox.— <i>Dr. Máximo García Castañeda.</i>	107
REGLA M E N T O	108

REGISTROS PENDIENTES

Terramicina*

marca de la oxitetraciclina



ADULTOS
POSOLOGIA
NIÑOS

1 a 2 g. según la gravedad en dosis fraccionadas cada 6 horas.

20 a 40 mg./Kg. de peso en dosis fraccionadas cada 6 horas.

*Marca registrada de Chas. Pfizer & Co., Inc.

¿Qué debe hacer el Otólogo ante el Adulto Sordo, no Quirúrgico?

Dr. Pedro BERRUECOS TÉLLEZ (*)
Paz V. DE BERRUECOS (**)
María PAZ BERRUECOS V. (**) y
Alumnos del "Curso Inter-americano para la
formación de Maestros en la educación del
Sordo". (***)

ES una doble verdad incontrovertible que el Otólogo puede confirmar:

1o.—Que el número de las mal llamadas sorderas "perceptivas" y que se sitúan en el Organó de Corti o en las iniciaciones de la Vía Acústica, es mucho mayor que el de las sorderas de transmisión.

2o.—Que hasta el momento actual, en el tratamiento de las primeras, todos los recursos médicos han fracasado y los quirúrgicos no han podido ni siquiera intentarse.

Y de esta doble afirmación podemos deducir que una gran mayoría de los sujetos que acuden a los servicios del Otólogo en demanda de auxilio por una pérdida auditiva, no pueden recibir los beneficios que esperan.

(*) Director.

(**) Profesores en la Clínicas Externas y en la Escuela Oral.

(***) Instituto Mexicano de la Audición y el Lenguaje.

En el gran proceso de la audición, complejo encadenamiento de fenómenos acústico-fisio-patológicos, ha sido afirmado por un buen número de investigadores que su etapa óptima se alcanza entre los 16 y los 23 años de edad. En otras palabras, el aparato auditivo se nos presenta como un equipo además de bien complicado en sus estructuras e ignorado aún en los más finos detalles de su funcionamiento, sumamente frágil y por lo tanto expuesto a un cúmulo de contingencias en que lo hacen participar infecciones, virasis, condiciones generales diatésicas, circulatorias, profesionales, traumáticas, seniles y hasta terapéuticas.

Nada de extraño tiene pues que las más elaboradas técnicas quirúrgicas, convenientemente aplicadas y encaminadas a resolver los problemas alterativos de la audición, hayan podido alcanzar una meta, discutible y aún discutida, pero solamente en un sector muy reducido entre

los sujetos que no oyen normalmente y que constituyen un por ciento muy apreciable de la población de cualquier país.

Abordamos pues un problema que nos afecta, tocamos un punto que no corresponde a nadie en el diario ejercicio de la medicina moderna, más que al Otólogo y al Audiólogo, ya que el sujeto en el cual se encuentra alterado el mecanismo de la recepción en la comunicación humana —y a veces también el mecanismo expresivo— no recurre, lógicamente, mas que a los médicos que confrontan esos problemas: a ustedes y a nosotros.

Sin la idea de suponer que los diarios avances en determinados campos, la bioquímica por ejemplo, no puedan abrir en el futuro horizontes de luz para aquellos que viven en la obscuridad del silencio; pero situándonos en el momento actual, en el que podemos y debemos considerar fracasados todos los intentos de tratamiento médico de las llamadas sorderas “perceptivas”, estamos obligados a examinar de qué tipo de recursos podemos echar mano para aliviar, siquiera, la condición familiar, social, humana, en la que se encuentran un buen número de los sujetos sordos que a nosotros acuden.

Colocados pues en una etapa paramédica, paraquirúrgica, en ese campo de la rehabilitación que alberga todas nuestras incapacidades y limitaciones, veamos, así sea someramente, cuáles son esos recursos y en qué forma deberán ser aplicados según las necesidades y posibilidades de cada caso, no sin antes hacer algunas consideraciones sobre las características generales del sujeto sordo adulto.

De todo este estudio formularemos después conclusiones prácticas.

I.—*El individuo sordo adulto.*

Hay un hecho que presenta la más alta importancia en las condiciones psicológicas del sujeto sordo adulto: el tiempo en el cual se ha instalado su sordera hasta constituir un problema de Adaptación Social. Cuando ese tiempo es muy breve, la etapa de ajuste se acorta y los mecanismos de suplencia no se desarrollan en el grado y medida en que tienen lugar en circunstancias de lento avance, agravándose así todos los desajustes que son habituales. Al tocar este punto, no podemos menos que recordar la actitud que asumieron Tato y Berruecos en la Mesa Redonda sobre Valuación de las Sorderas, dentro del IV Congreso Panamericano de O. R. L., en México, en la cual sostuvieron que los principios capitalistas de algunos países repercuten sobre el ejercicio de la medicina, convirtiendo a los enfermos en números y promedios, sin atender a las alteraciones que en su personalidad produce la instalación súbita de una sordera.

Rápido o lento el avance de una pérdida auditiva, la repercusión que marca sobre la personalidad del sordo es, en mayor o menor grado, siempre evidente. Sujetos desconfiados de los demás y de sí mismos; con una profunda sensación de fracaso: en sus esperanzas frustradas ante la serie ininterrumpida de tratamientos médicos inútiles y en su proyección personal ante las actividades profesionales y sociales que han cultivado.

Sus propias experiencias los hacen desconfiar y este hecho puede ser más pro-

fundamente explicable si analizamos que el mensaje oral que a diario tratan de captar, si lo captan, casi siempre incompleto, va desprovisto para ellos de toda esa gama de modulaciones, de inflexiones, de melodía en una palabra, que para el oyente, constituyen la firmeza, la incertidumbre, la interrogación, la claridad, la belleza y todos los atributos de los estados de ánimo, de las ideas, del pensamiento humano, que son expresados al través del lenguaje. El lenguaje escrito, necesidad del hombre para lograr sus ideas a la posteridad, nunca podrá tener en sí mismo toda la fuerza, toda la elocuencia que el lenguaje oral encierra. La frase más simple, más intrascendente, pero a veces de una gran trascendencia, escrita, no tiene toda la vehemencia, toda la viveza que presenta en el lenguaje oral y que en un momento determinado se reviste de giros y ropaje que el sordo no capta. Si el Quijote es bello, infinitamente más bello aparecería ante nosotros si pudiésemos oírlo de los labios de Cervantes. Nada de extraño tiene que en ese mensaje oral, mutilado, que al sordo le llega, esté la génesis de su desconfianza, de su inestabilidad social, de su falta de firmeza ante la vida.

Cuando se enfoquen convenientemente los graves problemas que las técnicas modernas han creado, por una parte ensanchado y perfeccionando su campo de acción y por la otra, necesitando resarcirse económicamente de sus grandes inversiones; cuando el médico especialista tome su sitio en la responsabilidad que le corresponde en el aprovechamiento de esas técnicas, haciendo personalmente la correcta adaptación de los auxiliares eléctri-

cos de sus pacientes, el sordo, que por ahora va de una casa comercial a la otra, sometido a una especulación incesante—si su condición económica lo permite—adquiriendo siempre el “último modelo” de transistors; cuando, en una palabra, la protección efectiva del sordo se realice, tanto por leyes convenientemente estudiadas, cuanto por una acción profesional oportuna y ampliamente difundida; cuando todo esto acontezca, es muy probable que el sordo, encontrando mayores oportunidades y mejores caminos, cambie su psicología negativa y alcance los niveles a los que muy pocos llegan aún en nuestro medio; pero mientras tanto, piénsese que tienen los mismos derechos que los que disfrutamos los demás, añadiendo a los nuestros, el de la consideración, el respeto y la ayuda de la comunidad.

Este es el tipo de sujeto frente al cual debemos actuar, ya no con las armas terapéuticas, lógicamente siempre en la mente del médico, sino con los recursos que permiten las técnicas modernas de readaptación, que deben estar siempre dirigidas, entendidas y vigiladas por quienes por su propia situación profesional son aquéllos a los que llegan los individuos faltos de audición: el Otólogo y el Audiólogo.

II.—*El concepto de una Clínica integral para la Readaptación Social del sordo adulto.*

En el proceso de la comunicación humana al través del lenguaje oral, es obvio que la parte más afectada en el adulto sordo es la recepción, aún cuando en muchas ocasiones también el proceso expre-

sivo sufre las consecuencias de la ausencia del piloto coclear. Así pues, en un orden de importancia y conforme con lo que antecede, examinaremos en primer término los dos caminos por los cuales se puede llegar a superar el déficit en la recepción del lenguaje: la Lectura Labio-facial y el Adiestramiento Auditivo. Haremos después algunas consideraciones sobre la corrección de los defectos de la voz y del lenguaje, derivados de la condición auditiva defectuosa.

A.—*La Lectura Labio-facial.*

La Lectura Labio-facial se obtiene mediante el adiestramiento de la vista, que capta y diferencia una buena parte de los distintos fonemas, al través de los movimientos labiales y de los órganos de la articulación y que permite al sujeto la integración cortical de la recepción lingüística. Al efecto se ayuda, en una rápida visualización, no solamente de lo que ve al nivel de la hendidura labial, sino también en los movimientos faciales, que reflejan los distintos estados psicológicos del interlocutor.

Cuatro son los principales sistemas de Lectura Labio-facial:

1.—*Método Jena.*—Fué iniciado en Norteamérica en 1924 y la última publicación que de él se hizo fué en 1944. Su base es *analítica*. Enfatiza los movimientos labiales del maestro. Planea sus lecciones en forma rígida y por igual para todos los alumnos, sin atender a sus intereses personales. En este método se usa la voz.

2.—*Método Kinzie.*—Es también, básicamente, un método analítico. Sus lec-

ciones están graduadas y contienen varios ejercicios *sintéticos* muy útiles. Una parte de él está dedicada a los niños. No se usa la voz.

3.—*Método Morkovin-Moore.*—Incluye un plan preparatorio en los tres aspectos reeducativos de estos problemas. Lo constituye una serie de películas expresamente ideadas y filmadas, que le permiten al alumno una mayor rapidez de captación visual, en circunstancias de la vida diaria ("Life-situations").

4.—*Métodos Nitchie y Fournier.*—Muy en boga en nuestros días, son de los mejores ensayos que se han hecho para el individuo sordo, el primero en lengua inglesa y el segundo en francés. Se emplea la voz. Su base es *sintética* y ofrecen una gran cantidad de material que puede adaptarse a otros idiomas. Sin embargo, adolecen, a nuestro juicio del defecto de desatender a los intereses particulares de cada sujeto.

Nosotros empleamos un método 25% *analíticos* y 75% *sintéticos*, en el que usamos la voz, en razón de la distorsión de los movimientos labiofaciales que origina frecuentemente el hablar sin ella. Atendemos específicamente a los intereses personales del enfermo, tomando en cuenta su edad, los factores básicos de la Historia Clínica, su profesión y el medio familiar y social que lo rodea. Incluimos en el y en forma simultánea, los otros dos aspectos de la reincorporación integral del adulto sordo: es decir, a la Lectura Labio-facial, asociamos también el Adiestramiento Auditivo y la Corrección de los defectos de

la Voz y del Lenguaje, cuando estos se han presentado.

B.—*El Adiestramiento Auditivo.*

Para iniciar este punto debemos recordar, subrayando, lo que ya apuntamos líneas arriba: es el Otólogo y al Audiólogo a quienes corresponde la adaptación de los Auxiliares Eléctricos. La existencia de estas piezas en el mercado y nuestra actitud pasiva frente a ellas, así como la de las autoridades correspondientes, ha despertado un problema social en el que obtiene la mejor parte el comercio, muy poca el enfermo y ningún prestigio nosotros.

Asentamos de inmediato, porque no es este un punto en el que debemos extendernos por ahora, que el Auxiliar Eléctrico proporciona los mejores resultados en aquellos casos en los que las técnicas quirúrgicas modernas también los alcanzan. Que en las llamadas "sorderas perceptivas" generalmente cuanto más profundas son ellas o cuanto más severamente aparece el fenómeno de reclutamiento, el servicio que prestan es más reducido. Y por último, que aún en los casos de sorderas sub-totales, en los que la Prueba del Porcentaje de Captación es muy bajo, la ayuda que de ellos puede esperarse no es despreciable, *siempre y cuando se asocie su uso a la Lectura Labio-facial y, en su caso, a la Corrección de la expresión oral*, en una Clínica en la que, *integralmente*, se aborde todo el complejo mecanismo de la readaptación social del sordo.

Una vez hecha la adaptación del Auxiliar, el objetivo del Adiestramiento Auditivo, incorporado a la Clínica de Lectura

Labio-facial, es el lograr que el alumno obtenga los mejores resultados en el uso del mismo. En el ajuste del sujeto al sonido amplificado, hay que considerar no sólo factores fisiopatológicos, sino también condiciones psicológicas que expliquen la tolerancia o intolerancia, la ininteligibilidad o ininteligibilidad que le estimulan o dificultan en la obtención de actitudes favorables a su desenvolvimiento social.

C.—*La corrección de los defectos de la voz y del lenguaje.*

La utilización de los dos pasos anteriores y particularmente del último, permiten prever la deterioración de la voz y del lenguaje y hacen cosa relativamente fácil corregirla cuando se ha presentado recientemente.

Se darán, de acuerdo con el grado de cultura de cada persona, las explicaciones necesarias acerca del fenómeno auditivo y de sus relaciones con la producción de la palabra; en esta forma, no esperará milagros de su Auxiliar, el que aprenderá a utilizar en situaciones reales de la vida, graduando su uso y llevándolo a cabo con método y con constancia; sabrá ayudarse con la vista y se corregirán los defectos de su emisión fónica y de su articulación, resultantes del déficit auditivo, discriminando sobre su propia producción, conociendo cómo la hará mejor, al superar los defectos existentes y al evitar los que pudieren presentarse.

Habrán de hacer acto de presencia los ejercicios cinestésicos que producen una senso-percepción de base neuromuscular,

que aseguran la buena producción oral de parte del individuo sordo.

Hemos examinado las circunstancias sobre las cuales se establece el proceso de readaptación de los adultos sordos, no quirúrgicos, que forman el grupo más numeroso entre quienes sufren una disminución de la audición.

Consideremos ahora que la admisión a una Clínica de Lectura Labio-facial, que como ya ha quedado asentado, involucra los otros aspectos reeducativos, tanto para el proceso receptivo cuanto para el expresivo, debe estar basada en la Historia Clínica del enfermo.

De ella debemos extraer un perfil audiométrico por tonos puros, en el cual la audición por el oído mejor, sea de 30 db. o más en las frecuencias de la palabra hablada. La edad del sujeto será factor importante para el aprendizaje: los jóvenes ofrecen una mejor disposición cortical para establecer las suplencias senso-perceptivas y las perspectivas que les ofrece una larga vida por delante, la necesidad de superar su déficit, sus obligaciones familiares, etc., son factores que los colocan en condición psicológica de lucha, para llegar a la meta. La forma rápida o lenta en que se ha presentado la sordera, cuenta favorablemente en el primer caso, para prevenir los defectos expresivos; en cambio, la disposición para la Lectura Labio-facial es mayor en el segundo, ya que el proceso de adaptación es más fácil que se haya iniciado o logrado.

La manera como se explican en nuestras Clínicas Externas del Instituto Mexicano de la Audición y el Lenguaje los tres

aspectos que integran la rehabilitación del adulto sordo, es determinada:

1o.—Por el grado, tipo y fecha de iniciación de la sordera;

2o.—Por la edad del sujeto y por el interés y la necesidad que muestre por superarse, así como por su grado de cultura y

3o.—Por la conservación o deterioración de la voz y del lenguaje.

Este triple entrenamiento puede llevarse a cabo en tres formas: individual, colectivo y mixto.

La primera está reservada para personas que se niegan a "exhibir" su defecto. En ellas siempre está en nuestra mente, conforme lo van superando, el insistirles oportunamente para que opten por el plan colectivo, ya que no podrá lograrse una completa readaptación social, cuando prevalezcan los prejuicios para vivir y actuar en la comunidad. En este primer grupo, de atención individual, entran también los sujetos cuyas condiciones peculiares, derivadas de su Historia Clínica, no permiten encontrarles los compañeros de clase que se le asemejen a lo igualen en los problemas que afronta.

La forma colectiva inicia, desde luego, la convivencia social; agrupa e identifica a personas con problemas semejantes; estimula al aprendizaje y apunta el esfuerzo en esa lucha intensa que es el vivir y el querer ser más de lo que se es y ser más que los otros.

Ya ha quedado anotado que la forma mixta la reservamos para los casos en que por diversas razones es necesaria la atención particular al principio, pero que

siempre es proyectada al futuro en una atención en grupo.

Cualquiera de estas tres formas que sea empleada con nuestros alumnos, el propósito de nuestra Clínica es el reincorporarlo socialmente, utilizando todos los procedimientos a nuestro alcance en el momento actual, cada uno de ellos en mayor o menor grado según el caso, desarrollándoles sus aptitudes y creándoles nuevas habilidades, que los conduzcan a un ajuste satisfactorio, por el entendimiento de sus capacidades y la nulificación de los efectos adversos que son el producto inevitable de cualquier interferencia en el fenómeno de la comunicación oral.

Consideraciones finales y conclusiones.

Hace muy pocos lustros eran contados los consultorios de Otólogos que poseían un audiómetro. A la fecha, una buena parte de ellos disponen de un gabinete audiológico.

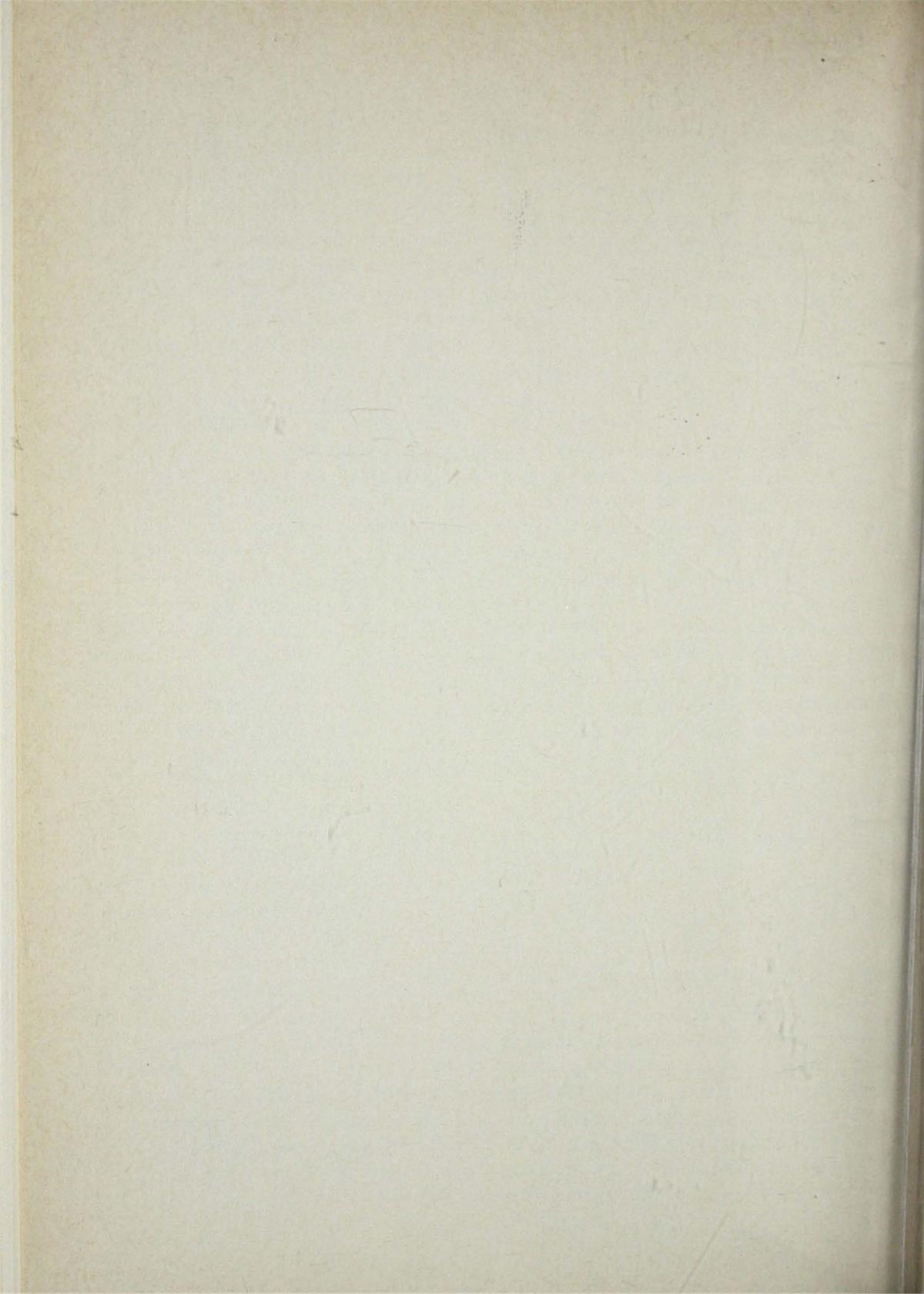
Surje la interrogación y hacemos afirmativa la respuesta: pronto, muy pronto, hemos de ver como en tantas consultas, no sólo hospitalarias sino privadas, de Europa y de Norteamérica, otro anexo al consultorio del Otólogo, en el que un personal convenientemente preparado y siempre vigilado por él, realiza el único camino que le queda a muchos de sus sordos adultos.

Y otra nueva afirmación surgida de la misma inquietud: ... porque no es lógico que en el diagnóstico de esos sujetos se coloque un punto y aparte. Es preciso realizar su encauzamiento, llevar a cabo un plan de actividad, después del veredicto mutilante. Un estudio clínico muy fino,

sin nada que ofrecer después, podrá ser algo muy bello y constructivo para el médico, pero totalmente inútil para el que lo pasa.

Pero no se desatienda que el material humano que tiene que llenar este tipo de actividades, no puede ni debe improvisarse; que su disposición vocacional y su preparación técnica deberán estar íntimamente enlazadas; que una instrucción universal y refinada, es indispensable para emitir juicios, para sortear situaciones, para planear programas, para ayudar en actividades sociales y artísticas, para aconsejar hacia problemas de tipo familiar o de medio de trabajo, para combatir el aislamiento, para usar de energía y suavidad al mismo tiempo, en contra de la filosofía negativista, para superar las dificultades lógicas que la Lectura Labio-facial entraña y para constituirse, en síntesis, en guía integral, en Maestro y amigo, siempre al lado del médico y al servicio del sordo, despertando su confianza hacia él y creándole así la confianza en sí mismo.

Es frecuente menospreciar lo que no se conoce. El sordo, pocas veces orientado hacia los beneficios de la rehabilitación, es reacio para aceptarla. Cuando el adulto sordo ha surgido del ostracismo, cuando ha adivinado que está sobre el camino, surgen situaciones estimulantes que evidencian el ansia de superarse: "Señor, yo soy sordo... ¿quiere hablarme más despacio y más claro?... y deje que la luz bañe su rostro". Así, ya está tomando parte activa en su reincorporación social, ya está convencido que hay algo que puede ayudarlo, algo, que nosotros con nuestras limitaciones terapéuticas, no hemos podido darle todavía.



Tratamiento Quirúrgico de Ozena

Dr. Efraín DÁVALOS L.

LA rinitis atrófica es un padecimiento que en sus formas avanzadas se conoce con el nombre de Ozena y en estas condiciones ha planteado siempre serios problemas al Otorrinolaringólogo. En la literatura reciente han aparecido frecuentes artículos en relación con ella, pero es un capítulo que aún queda sin resolverse definitivamente.

A mí en lo personal, ha sido una entidad nosológica que siempre me ha interesado, quizás por el hecho de que he vivido en una zona donde tuve la oportunidad de ver ese tipo de pacientes con frecuencia, habiendo sido siempre desesperante, no poderles ofrecer ninguna esperanza para el alivio de sus molestias y poderlos reincorporar a la vida social.

Hasta ahora, rinitis atrófica ha sido un término común de los rinólogos antiguos, que últimamente se ha cambiado por el de rinitis esclerosa.

Etiológicamente no se han podido precisar las causas del padecimiento y aún hay grandes controversias al respecto, pero se cree que el proceso atrófico es el resultado de infecciones y trastornos estructurales durante la niñez, que posiblemente

originan estados metaplásicos e hipertróficos al principio.

Cuando hacemos el diagnóstico anatómopatológico, encontramos endarteritis o periarteritis de las arteriolas terminales. Estos vasos suministran la nutrición a la muco-membrana nasal y de los senos paranasales, de manera que cuando la circulación de ellas queda interferida, se presentarán estados atróficos sobre el epitelio que consisten en disminución de grosor, pérdida ciliar, metaplasia celular, aumento en colágeno de la membrana nasal, fibrosis en la túnica propia, etc.

Como quiera que sea, en rinitis atrófica siempre estará presente en más o menos grado la esclerosis vascular. El proceso causal de la atrofia es pues siempre un proceso de tipo reparativo.

Los trastornos más intensos los encontramos en la pared externa de las fosas nasales ya que es en ella donde tenemos estructuras anatómicas variadas y vasos más importantes.

Creo que el número de pacientes con rinitis atrófica es mucho mayor del que comunmente se piensa que existe y lo que realmente sucede es que el porcentaje de

estos enfermos que llegan a tener sintomatología de Ozena son mucho menos, ya que se requieren condiciones morfológicas nasales apropiadas para que el padecimiento progrese y se presente con toda su trágica magnitud.

Las razas humanas lógicamente deben haber aparecido y haberse desarrollado mejor a nivel del mar o en zonas selváticas, en donde el alimento era fácil. En estas zonas el aire tenía un índice de humedad relativa bastante elevado, la nariz de esos grupos humanos evolucionó adaptándose a esa clase de clima. Más adelante, algunos de estos núcleos, tuvieron que emigrar a lugares más altos y secos, como sucede con varios de nuestros centros de población indígena, habiendo tenido necesidad lógicamente, de llevar consigo una nariz inadecuada para ese tipo de clima, o sea una nariz de tipo mesorrino, ancha, corta y con fosas nasales transversales o casi circulares, lo cual morfológicamente las hace propicias al progreso de rinitis atróficas.

En favor de esta idea, está también el hecho de que las personas que durante su niñez han sufrido fracturas o aplastamientos nasales severos que interfieren con el desarrollo apropiado de la nariz, es decir, que crecen llevando una nariz infantil, padecen casi siempre de Ozena.

Es una observación corriente que el mayor número de enfermos se presenta en individuos económicamente pobres.

En el armamentarium terapéutico del otorrinolaringólogo, han figurado una gran lista de medicamentos que sería larga e inútil enumerar y que nunca han

rendido resultados satisfactorios. Además, desde principios de siglo, ha campeado en la mente del cirujano la idea de crear operaciones tendientes a reparar o reducir la cavidad de las fosas nasales. Casi todas fueron abandonadas, porque a más de cruentas, producían infecciones secundarias graves. Ultimamente con la era antibiótica que hace más seguras las intervenciones quirúrgicas, se pensó en hacer incrustaciones de acrílico y yo entusiasmado, dediqué parte de mi tiempo a ello. Haciendo según la técnica de Proud y con incisión de Killian, resección sub-mucosa de septum, introduje en mis pacientes las piezas de acrílico distribuidas por la casa Sterz. Encontrándome que en 26 operados, 18 mejoraron al grado de desaparecer las costras y la fetidez, 7 permanecieron prácticamente sin mejoría posiblemente por haber puesto piezas muy pequeñas y 4 pacientes eliminaron el acrílico en un período comprendido entre 1 y 6 semanas. Siendo de notarse que no obstante lo último, mejoraron sus síntomas. Esto me ha hecho pensar que al despegar la mucosa se da la oportunidad de que se produzca una revascularización de la misma, con la subsecuente mejoría clínica del paciente. Lo anterior me llevó a hacer despegamientos parciales simples en algunos pacientes, con resultados que podríamos catalogar de medianos. Faltó para poder hacer conclusiones satisfactorias, haber hecho despegamientos extensos.

En los casos ligeros o cuando sorprendemos al padecimiento en su fase hiperplástica, el tratamiento médico puede detener la evolución del mismo. Este se hará a base de cortisona inyectada por vía sub-

mucosa, administrando además durante períodos largos de tiempo, preparados de Rawolfia, Serpentina y Fenegan que producen una favorable congestión nasal. Además, los ungüentos con antibióticos y cortisona aplicados localmente ofrecen junto con la limpieza apropiada alguna utilidad.

Mi idea actual es que debe hacerse una operación más amplia y funcional, combinando la cirugía de fosas nasales con la de pirámide nasal externa.

El objeto pues será reducir las fosas nasales usando principalmente injerto de hueso esponjoso tomado de la cresta ilíaca del paciente, para colocarlo sub-mucoso en paredes externas, piso o septum nasal.

Al mismo tiempo, se modelará la pirámide nasal externa, mediante las técnicas de rinoplastia funcional como a continuación se expone.

La anestesia local se prefiere a la general en este tipo de operaciones, teniendo cuidado de premedicar debidamente al paciente, con objeto de lograr su colaboración.

La cara será lavada con agua y jabón y secada con alcohol, procediendo enseguida a pinchar el vestíbulo nasal con tintura de merthiolate, para luego limitar con lienzos estériles nuestro campo quirúrgico y proceder a cortar las vibras de las fosas nasales.

Igualmente se preparará la zona de la cresta ilíaca correspondiente, de donde se hará la toma de los injertos óseos. A continuación se pondrá un aplicador empapado en solución oficial de adrenalina, el cual se pasa sobre cristales de clorhi-

drato de cocaína, para ser colocado sobre la zona del ganglio eseno palatino y del nasociliar de cada lado. Estos aplicadores se dejarán en su lugar durante cinco minutos.

Retirados los aplicadores, se inyectará con xilocaína o monocaína según la técnica empleada en rinoplastia.

Pondremos un taponamiento temporal en ambas fosas nasales y colocando al enfermo en decúbito dorsal, marcaremos con solución de azul de metileno, los puntos de referencia sobre Nasió, borde caudal de cartilagos laterales superiores, cúpula de cartilagos del lóbulo y zarcos alar y nasomolar.

Usando una hoja de bisturí, B.P. No. 11, se hará incisión en el zurco alar. Hecha la incisión, se despegará el tejido celular sub-cutáneo hasta llegar a periostio, usando un elevador de Mc. Kenty y cuchillo de Cottle. Terminado lo anterior llegaremos a mucosa nasal identificaremos la cabeza del cornete inferior, procurando despegar la mucosa que lo recubre con un elevador de Freer lo más que sea posible, para poder con cincel desinsertar el cornete inferior. De esta manera habremos creado un espacio en la pared externa que nos permitirá introducir fragmentos de hueso esponjoso, cartilago o acrílico. En el caso de usar cartilago es conveniente ponerlo fragmentado y ligeramente machacado. Terminado este tiempo, se hará el trabajo sobre pirámide nasal externa, empezando por una incisión intercartilaginosa, seguida de despegamiento de la piel que recubre la pirámide, para a continuación, hacer osteotomías interna y

externa adelgazando así la pirámide nasal ósea.

Pondremos con hilo un punto de referencia sobre septum membranoso, para no cortar más allá de él, evitando retracciones futuras de la columnela. Se harán luego incisiones marginales, con el fin de trabajar sobre cartílagos del lóbulo, liberándolos y poniendo al descubierto la cúpula de ambos cartílagos laterales inferiores, con el objeto de hacer un corte sobre la crura o pilar externo para modelar mejor la punta del lóbulo nasal, transformando así las fosas nasales de transversales o circulares en anteroposteriores.

Pasaremos puntos de sutura de una incisión alar a la del lado opuesto con una pequeña fracción de hueso o cartilago en un extremo del hilo, para que nos sirva

como punto de apoyo o anclaje y ayude a modelar y reducir la luz de las fosas nasales.

Habiendo previamente retirado el taponamiento temporal y colocado un taponamiento permanente de gasa impregnada de aceite de hígado de bacalao, aplicaremos la férula nasal y el vendaje correspondiente, dando por terminada la operación. Se retirará el taponamiento a los 8 días, durante este tiempo el paciente será puesto bajo la acción de antibióticos.

En caso de que por dificultad técnica o error de cálculo no se haya puesto suficiente hueso en pared externa, tendremos la oportunidad más adelante de hacer resección sub-mucosa de septum para poner injertos ahí o en piso de fosas nasales.

Fístulas Cervicales, Laterales, Congénitas a Propósito de un caso

Dr. Pelayo VILAR. (*)

LAS malformaciones y anomalías congénitas de la región cervical, aunque poco frecuentes, distan mucho de ser una rareza, tanto en el niño como en el adulto.

Así, nosotros en una revisión de 11,948 historias ORL, que abarcan un período de 15 años, hemos hallado 16 casos distribuidos así:

Tumores congénitos	6
Fistulas congénitas centrales	4
Hemangiomas	4
Fistulas congénitas laterales	1
Higroma quístico	1
T O T A L	16 casos

lo que representa un 1,33 por mil. Esta cifra todavía es menor, si sólo consideramos los casos de fístulas y quistes, que se reducen a 11.

Las fistulas centrales, de la línea media, son remanentes del conducto tiro-gloso, y ni en su diagnóstico, ni en su tra-

(*) Jefe del Servicio de ORL del Hospital Infantil de Pachuca.

tamiento (por la conocida técnica de Sistrunk) ofrecen mayores dificultades (1-15-16). Las tumoraciones de la línea media, en cambio, presentan dificultades diagnósticas importantes, ya que además de los quistes tiro-glosos de la misma etiología que las fístulas, podemos hallar en la línea media o muy cerca de ella, tumoraciones tiroideas aberrantes, laringoceles, infartos ganglionares y tumores no congénitos de muy diversa índole.

De las malformaciones laterales cervicales, los tumores quísticos son de gran interés y ofrecen todavía más dificultades diagnósticas que los de la línea media; el diagnóstico habrá que establecerlo con: hemangiomas, linfangiomas, higroma quístico, hematoma traumático, linfadenitis banal, linfadenitis tuberculosa, absceso cervical profundo, lipoma, linfomatosis, enfermedad de Hodgkin, tumor del cuerpo carotídeo, metástasis de una neoplasia, quiste sebáceo y aneurisma. (1).

En cuanto a las fístulas cervicales laterales congénitas, son todavía mucho menos frecuentes que las centrales y pueden

ser completas o incompletas. Las primeras, no ofrecen duda diagnóstica alguna, en cuanto se ha demostrado su total permeabilidad, puesto que es un signo patognomónico de ese tipo de fistulas. Las fistulas incompletas internas, sólo tiene interés anatómico o embriológico, ya que constituyen hallazgos de autopsia y carecen de significado clínico. No ocurre lo mismo con las externas incompletas, que pueden ser confundidas con fistulizaciones de las linfadenitis banales o específicas.

En la presente comunicación, hemos querido ocuparnos únicamente de las fistulas laterales congénitas por las siguientes razones:

a).—Por su rareza relativa.

b).—Por la incertidumbre sobre su origen embriológico.

c).—Por la gran dificultad que ofrece su tratamiento.

d).—Por que el caso que relatamos, corresponde a una fistula completa y ha podido ser resuelto por la vía quirúrgica de modo satisfactorio.

ESBOZO EMBRIOLOGICO

Para comprender el desarrollo de las fistulas cervicales laterales, es preciso que hagamos un recordatorio somero de algunos datos embriológicos, (1-3 4-7-8-16-18-21-22).

En la porción cefálica del embrión, existe la cavidad de la faringe primitiva, colocada en posición caudal, con respecto a la lámina oral. La cavidad faríngea, que tiene forma tubular, y lo mismo que la región cervical que la rodea es lisa, presenta al final de la tercera semana del desarrollo una serie de engrosamientos la-

terales, en forma de barras paralelas, separados por surcos.

Las elevaciones son los arcos viscerales o branquiales, las depresiones externas se denominan surcos branquiales y las internas bolsas faríngeas.

No están de acuerdo todos los textos consultados, sobre los órganos que se desarrollarán a partir de cada uno de estos arcos, surcos y bolsas, pero aproximadamente, podemos fijarlos así:

Primer arco: Maxilares superior e inferior, martillo y yunque.

Segundo arco: Cuerno menor del hioides, apófisis estiloides y parte del estribo.

Tercer arco: Cuerpo del hioides y cuerno mayor del mismo hueso.

Cuarto arco: Cartílagos cuneiformes y casi todo el cartilago tiroide.

Quinto arco: Lo que falta del cartilago tiroides, los corniculados, los aritenoides y el cricoides.

Primer bolsa faríngea: Trompa de Eustaquio y cavidad timpánica.

Segunda bolsa: Parte del seno amigdalario y el supramigdalario.

Tercera bolsa: Timo y paratiroides inferiores.

Cuarta bolsa: Paratiroides superiores y quizás los lóbulos laterales de la glándula tiroides.

La teoría que pudiéramos llamar clásica, sobre la formación de las fistulas cervicales laterales, es la denominada teoría branquiogena, que las supone formadas por remanentes del aparato branquial, y concretamente de la segunda bolsa y el segundo surco. Para explicar el trayecto de las fistulas, se parte del hecho de que los arcos branquiales 1o. y 2o. unen en la

línea media, cosa que no ocurre con los restantes arcos. Consecuencia de estos hechos, es la formación de una cavidad media, que también se extiende hacia ambos lados del cuello del embrión, denominada seno cervical.

En este estado del desarrollo embrionario, el segundo arco branquial sigue creciendo y emite una prolongación opercular, que se dirige hacia abajo, por lo que "el seno cervical, que al principio estaba ampliamente abierto, se va obturando progresivamente y queda en comunicación con el exterior, únicamente mediante un conducto que se hace cada vez más estrecho (el conducto cervical)". Finalmente el crecimiento del opérculo, cierra por completo el orificio y el seno se convierte en una vesícula, (vesícula cervical) situada en el mesodermo de la pared lateral del cuello, junto a la tercera bolsa faríngea. De la vesícula, parten dos estrechos conductos epiteliales que se dirigen a las bolsas faríngeas 2o. y 4o. La persistencia de toda o parte de esta estructura, daría lugar a las diversas variedades de fístulas cervicales laterales congénitas o a los tumores quísticos del mismo origen (FISCHER) (8).

El conocimiento de estas relaciones embriológicas, es fundamental para el tratamiento quirúrgico de estas fístulas, ya que el conocimiento teórico de los dispositivos que pueda adoptar el trayecto fistuloso, facilitan la adopción de una técnica y estrategia quirúrgicas adecuadas.

PADGETT, en el interesante estudio embriológico que precede al capítulo dedicado a estas anomalías (16), recuerda que "Cada arco branquial posee original-

mente un arco vascular, que toma su origen de un tronco ventral aórtico" y añade: "Un remanente de una hendidura branquial, más alto que el tercer arco, debe pasar necesariamente por encima de la carótida interna. Un remanente que se sitúe por debajo del tercer arco, debe pasar por debajo de la bifurcación de las carótidas".

A la teoría clásica o branquiógena, se opone, después de los trabajos de WENGLOWSKI (1913), la teoría tímica, que supone que las fístulas cervicales laterales se forma a expensas de los restos del esbozo embrionario del timo y de la tercera bolsa faríngea. Según PADGETT (16), la prueba principal en favor de la concepción de WENGLOWSKI, es el curso que suelen seguir esas fístulas, que al pasar por debajo del nervio glosofaríngeo demuestran su origen tímico. Otra prueba en favor de la teoría tímica, la constituye el hecho de que las fístulas se hallan por lo general situadas en estrecho contacto con el músculo estilo-faríngeo, que como se sabe, se forma a partir del tercer arco branquial. Por otra parte, el hecho de que las fístulas se hallan revestidas con epitelio pavimentoso de una sola capa, refuerza las ideas de WENGLOWSKI, ya que ese tipo de epitelio pertenece a la tercera bolsa faríngea, en tanto que el epitelio plano, pertenece a la hendidura branquial. Las fístulas incompletas externas, están revestidas con epitelio pavimentoso de una sola capa, en tanto que las internas, se hallan revestidas con epitelio plano.

La desembocadura interna de las fístulas, se hace en la faringe, según unos au-

tores en la fosita de Rosemüller (Diver-tículos de Pertik) ⁽²²⁾ y según otros en la fosa supramigdalina ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, estructuras que corresponden embriológicamente a la 2a. bolsa faríngea.

A grandes rasgos estos son los conceptos que hemos hallado repetidos y aceptados en todos los tratados consultados ⁽¹⁻²⁻⁴⁻⁵⁻¹¹⁻¹²⁻¹⁴⁻¹⁶⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁾, pero las descripciones detalladas de los trayectos seguidos por las fistulas, varían mucho de unos a otros. Así, Mc NEALY, ⁽¹¹⁾ dice que "de su origen en la fosa amigdalara, pasa por debajo del ángulo de la mandíbula y por debajo del vientre posterior del digástrico, pasando por debajo del facial y por encima del glossofaríngeo, para ir a ponerse en íntimo contacto con la vaina del paquete vascular del cuello". Otros describen trayectos ligeramente diferentes, según acepten la teoría branquiogena o la tímica.

El tratamiento quirúrgico es el único racional y corresponde al principio general de extirpar todos los tejidos epiteliales de revestimiento de las estructuras fistulosas o quísticas, sea cual sea su localización, ya que esta extirpación, es la única garantía de que el quiste o la fistula no se volverán a reproducir. Todos los autores consultados aceptan que el único tratamiento útil y racional es el quirúrgico.

En cuanto al uso de soluciones esclerosantes todos se muestran adversos, y solo PARKINSON ⁽¹⁷⁾, cita a LENGREM y BERRY que pretenden haber obtenido algunas curaciones con las soluciones esclerosantes, BARNES cita a CUTLER y SOLLINGER, "Qué aparentemente han curado algunos casos de fistulas cervicales por ese método, pero las probabilidades

de destruir con el todo el epitelio son pequeñas, la frecuencia de las recurrencias es mucha, y el peligro de hemorragia o de extender una infección está siempre presente". ⁽¹⁾.

Estamos de acuerdo, en que lo complejo de las relaciones anatómicas y su variabilidad, la facilidad de herir estructuras tan importantes como el paquete vascular nervioso del cuello, el facial, el hipogloso etc. y la posibilidad de dejar cicatrices visibles en el cuello, justifica el hallar frases como las siguientes en textos y autores modernos: "La excisión completa de una fistula cervical lateral, puede ser una operación formidable" (BARNES) ⁽¹⁾. "Su curso complicado y su íntima relación con estructuras importantes, convierten la extirpación de una fistula cervical lateral, en una tarea difícil que no debe intentarse a la ligera" PARKINSON ⁽¹⁹⁾. "Método operatorio que requiere bastante habilidad quirúrgica y un profundo conocimiento anatómico de la región" SEGOVIA, ⁽²¹⁾.

Las técnicas descritas por los autores varían poco y sólo se diferencian en la incisión, pues en tanto que unos prefieren una incisión única y grande, desde la punta mastoidea hasta la abertura fistulosa, con objeto de obtener un campo amplio, ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, otros prefieren dos o más incisiones escalonadas para lograr un mejor resultado estético, aunque claro está que las dificultades para la identificación de los órganos son mayores.

BARNES y la mayoría de los autores que prefieren la incisión doble ⁽¹⁻¹⁵⁾, hacen las dos horizontales, nosotros hemos preferido usar la horizontal en huso para

la inferior y la inclinada, como para la ligadura de la carótida es la superior, ya que con esa tenemos más experiencia.

Los demás detalles se hallan mejor descritos en el protocolo operatorio del caso que vamos a presentar.

HISTORIA CLINICA

I. G. E. sexo masculino, de 8 años de edad, natural de Pachuca.

Antecedentes familiares. No existen familiares ascendientes o colaterales con deformaciones congénitas. Demás antecedentes sin interés.

Enfermedad actual. Desde el nacimiento, la mamá observó que el niño presentaba una pequeñísima fistula en la región lateral derecha del cuello, por la que, desde entonces, sale secreción. Esta secreción, a veces es simplemente mucosa, en ocasiones se ha hecho francamente purulenta, y a veces ha presentado largos períodos de unos meses, en los que no ha habido la menor secreción.

Ha consultado a numerosos colegas, que se han limitado a instilar o inyectar líquidos y pomadas. Los cirujanos que lo han examinado siempre han hallado "que todavía no era la época para operarlo".

El niño se siente incómodo, porque se trata de un muchacho inteligente y sensible, muy mimado por sus familiares y le molesta "el que no puede usar cuello y corbata" y se siente acomplejado con sus compañeros.

Exploración. Niño normotipo, de buen desarrollo estatural y ponderal. Con excepción de la fistula, hay integridad cor-

poral y no existen anomalías o estigmas congénitos.

La exploración general y la ORL son normales.

A 1½ cms. por fuera de la línea media y a 3½ por debajo de la escotadura del cartílago tiroides, se aprecia muy difícilmente, un orificio fistuloso, que en cambio resulta muy fácilmente cateterizable por la sonda de Vilson No. 1, que progresa sin hallar resistencia hasta su tope situado a 6½ cms. de la punta. La sonda penetra hacia arriba, atrás y afuera, en dirección al ángulo-maxilar.

Tanto para limpiar el trayecto, como para ver si se trata de una fistula ciega o completa, inyectamos suero fisiológico, indicándonos el niño que nota el gusto salado en la boca. La inyección de suero ha provocado la salida de una pequeña cantidad de moco con el reflujo del suero, por el orificio externo, al sacar la aguja roma (la misma que empleamos para inyección de medios de contraste en las sialografías).

Como contraprueba, inyectamos colubiazol, obteniendo inmediatamente saliva de color ocre.

Diagnóstico. Fístula cervical lateral congénita completa.

Radiografía. Enviamos al paciente con el Dr. Carlos Herrera, para que practique radiografía con medio de contraste, con objeto de determinar la topografía del trayecto y sobre todo su terminación faríngea.

En las radiografías puede apreciarse la longitud del trayecto, la presencia de un ensanchamiento a poco de su comienzo, su paulatino adelgazamiento hasta hacerse

filiforme al acercarse a la pared faríngea (lo que augura grandes dificultades para su individualización) y por último su terminación muy alta, que debe ser en la fosita de Rosemüller o en el receso supra-amigdalino.

Todos los intentos que hicimos para determinar por faringoscopia, el punto de salida del líquido inyectado, fracasaron, pues tanto el colubiazol, como el azul de metileno que empleamos después, se extendieron rápidamente por una amplia zona y la boca entera se tiñó con ellos.

Tratamiento operatorio.

Preanestesia. Plegicil 90 gotas, nembutal 0.06 gr. y genatropina 1 mg.

Anestesia. Inducción con penthotal-ciclo y mantenimiento con ciclo-éter-oxígeno. Intubación orotraqueal y uso de circuito semicerrado. Dr. Barranco.

Posición de traqueotomía con la cabeza inclinada hacia el lado izquierdo.

Cirujano situado a la derecha del enfermo.

Tiempos operatorios. 1o. Inyección de 1 cm³. de sol. de azul de metileno en el trayecto fistuloso. Incisión en huso horizontal sobre el orificio fistuloso. Liberación del colgajo adherido al trayecto, guiándonos por la coloración azulada, que se transparenta y por la sonda de Wilson que colocamos y retiramos a medida que avanzamos en la disección. El trayecto se ensancha a unos 2 cms. de la entrada, para formar un seno en forma de huso de otros 2 cms. de longitud. Cuando ya hemos despegado 5 cms. del trayecto, se ha-

ce difícil seguirlo, tanto por su alejamiento de la incisión, por debajo de su borde superior, como por que se va haciendo más profundo.

2o. Incisión en el borde externo del esterno-cleido-mastoideo, desde el ángulo maxilar hasta la altura del cartílago tiroideo (incisión para la ligadura de la carótida) (19). Sección de la piel, de la fascia superficial, del platisma del cuello y de la fascia cervical. Identificación del borde anterior del esterno-cleido-mastoideo que es reclinado hacia atrás; identificación del vientre posterior del digástrico en la parte superior de la herida e identificación del cuerno mayor del hioides.

3o.—En este momento, y para localizar el trayecto en la herida superior, cateterizamos el trayecto en la herida inferior, y ayudados con la sonda, comprobamos que el trayecto se halla, en la herida superior, junto a la vaina de los grandes vasos. Entonces hacemos pasar el extremo libre ya disecado, desde la incisión inferior a la superior, por donde lo sacamos a nivel del ángulo inferior.

4o.—Seguimos disecando el trayecto fistuloso, guiados por el color del azul de metileno y por la sonda, comprobando que se dirige hacia arriba pegado a la carótida externa y por encima de ella. Identificamos el nervio hipogloso, en la parte alta de la herida.

5o.—Prosección de la disección del trayecto hacia el ángulo formado por los músculos esterno-cleido-mastoideo y digástrico ayudados por la coloración y la sonda. El trayecto se dirige hacia arriba por delante de la carótida externa y tenemos la impresión que se desliza entre

la externa y la interna. Ya en forma casi ciega, lo seguimos un par de cms. más, pero es tal su adelgazamiento, que cuando por tacto intrabucal estamos sintiendo la sonda, sobre la punta de nuestro dedo, se desgarra el trayecto.

6o.—Sutura por planos musculares y aponeuróticos con catgut simple 000; espolvoreamiento de sulfatiazol. Sutura de la piel por puntos separados de Dermalón 00000, y colocación de un drenaje de hule en la parte central de la herida inferior. Este drenaje está colocado en el plano del paquete vascular.

El trayecto extirpado mide 11 cms.

Duración de la operación. 1 hora 15 minutos.

Estudio histopatológico del trayecto extirpado. El conducto correspondiente a la fístula branquial, está ocupado por una masa constituida por células descamadas, pus y bacterias; la pared es anfractuosa, está revestida por epitelio poliestratificado mucoso; en el corion hay abundantes folículos linfáticos semejantes a los del tejido amigdalino y marcada infiltración leucocitaria; en el tejido conjuntivo profundo, existen numerosas glándulas. No hay signos de malignidad.

DIAGNOSTICO: FISTULA BRANQUIAL CON TEJIDO AMIGDALINO Y GLANDULAS SALIVALES ABE-RRANTES. Dra. Rosario Barroso-Moguel.

Evolución.

Durante los dos primeros días fué completamente apirética. La región operatoria se mantuvo indolora a la exploración su-

perficial y profunda y no presentó signos inflamatorios, en vista de lo cual quitamos el drenaje que habíamos dejado para prevenir la temida complicación del flemón difuso del cuello. Al séptimo día quitamos todos los puntos.

En la actualidad, a los 3 meses de operado el niño presenta unas cicatrices ligeramente queloideas y cerradas por completo, sin la menor molestia y libre de sus complejos. Tampoco ha presentado hemiatrofia de la lengua, atrofia de ciertos grupos musculares del hombro, ni síndrome de Horner, que como se sabe son complicaciones que se presentan cuando han sido lesionados los troncos nerviosos correspondientes.

COMENTARIO

Hemos visto que existe divergencia de opiniones sobre el origen de las fistulas cervicales congénitas laterales. Nuestro caso no podría arrojar luz en apoyo de ninguna de las teorías expuestas.

En cuanto a los hechos quirúrgicos, creemos que la intervención no ofrece dificultades insuperables a cualquier cirujano que se forme la imagen mental de lo que va a intentar y que tenga un mínimo de experiencia en cirugía de cuello, y en particular de la cirugía de las fistulas centrales o del conducto tiro-gloso.

La inyección no excesiva de azul de metileno y el uso constante y juicioso de la sonda de Wilson, son de gran utilidad. Creemos preferible el uso de dos incisiones en vez de una y el uso de la vía de ligadura de la carótida externa, a la que la mayoría de nosotros estamos avezados.

Hay que extremar el cuidado al disecar

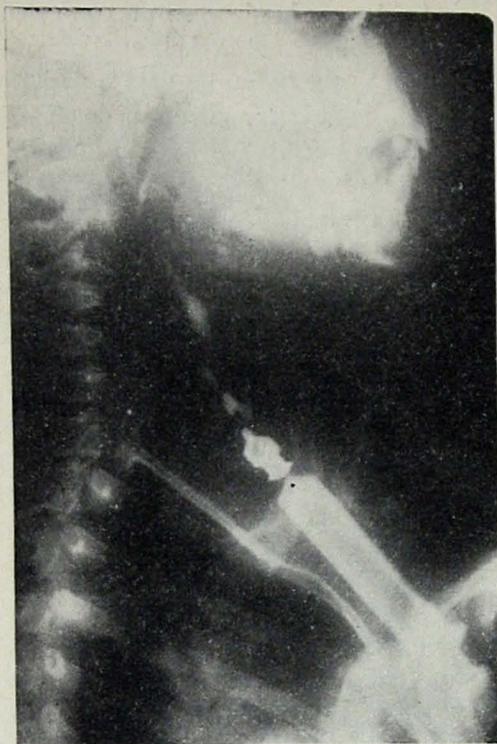


Fig. 1.

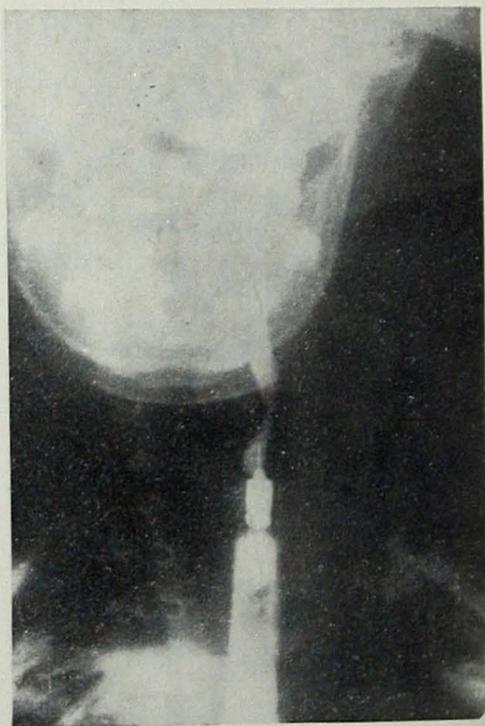


Fig. 2.

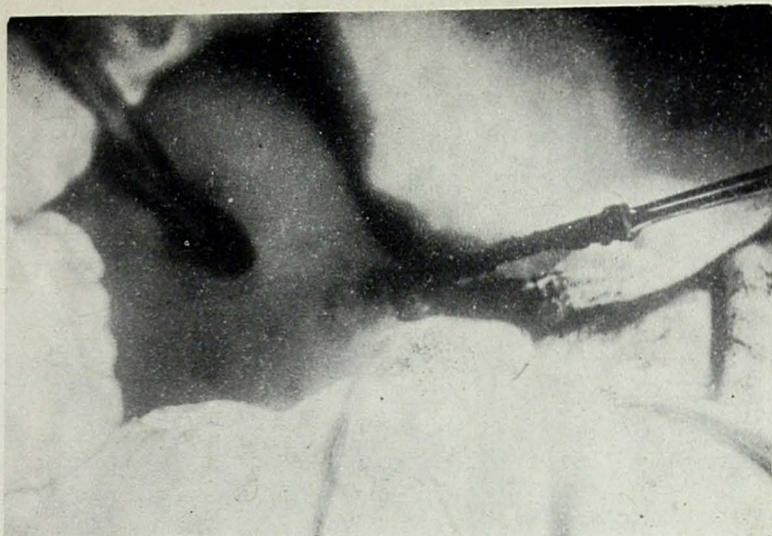


Fig. 3.

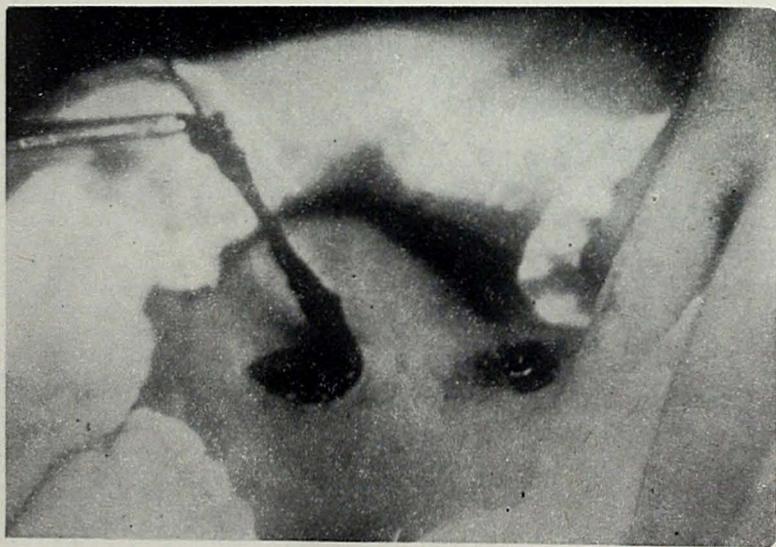


Fig. 4.

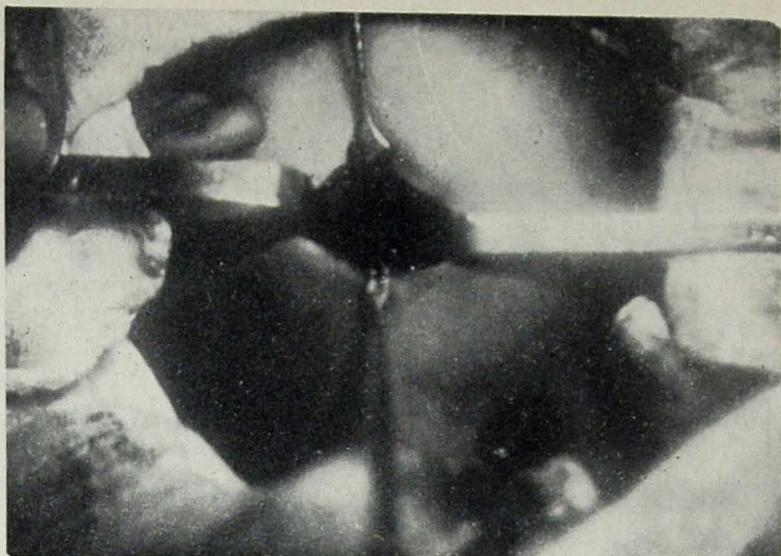


Fig. 5.



Fig. 6.

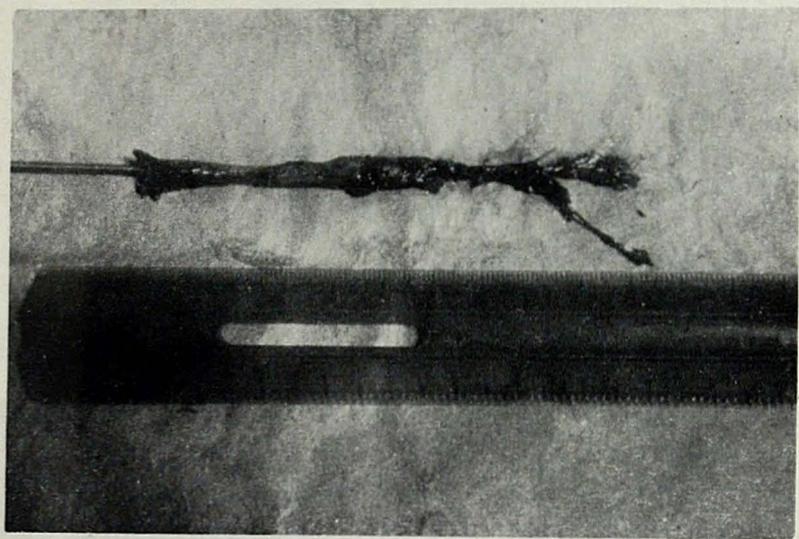


Fig. 7.

el trayecto en las regiones del ángulo maxilar, no tan solo por la menor visibilidad y la presencia de troncos nerviosos cuya sección puede acarrear serias complicaciones, sino por la extrema delgadez de las paredes del trayecto a este nivel.

Creemos pues, que la Anatomía es todavía una ciencia viva y de estudio no agotado y no "un catálogo de antigüedades" como alguien se atrevió a escribir. Ella y su auxiliar la Embriología nos aclararán la etiología de estas lesiones y nos facilitarán su tratamiento quirúrgico.

RESUMEN

Se revisan 11,948 historias oto-rino-laringológicas, entre las que se hallan 16 lesiones congénitas del cuello.

Se estudian en particular las fístulas cervicales laterales congénitas.

Se resumen las teorías embriológicas que les asignan un origen branquiogéno y las que defienden su origen en el esbozo embrionario del timo.

Se razona la necesidad de emplear siempre el tratamiento quirúrgico de estas malformaciones.

Se presenta el caso de un muchacho de 8 años con una fístula completa de 11 cms. de longitud, operado con éxito por el autor.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Barnes, W. A.: Otolaryngology, de COATS, SCHENK y MILLER. Vol. II, cap. 25, págs. 1-15. Ed. Prior, Hagerstown, Maryland, E.U.A. 1955.
- 2.—Barsky, A. J.: Principles and Practice of Plastic Surgery. Págs. 347-349 Ed. Williams-Wilkins. Baltimore, E.U.A. 1950.

- 3.—Bauer, J.: Patología constitucional. Trad. de la edición alemana. Págs. 32 y 482. Ed. Científico Médica. Barcelona, España, 1953.

- 4.—Blair, V. P., Padgett, E. C. and Brown, J. B.: Surgical Diagnosis of GRAHAM, E.A. Págs. 360-363. Ed. Saunders, Filadelfia E.U.A. 1930.

- 5.—Callander, C. L.: Surgical Anatomy. Págs. 155 y 206. Ed. Saunders. Filadelfia, E.U.A. 1948.

- 6.—Costero, I.: Tratado de Anatomía Patológica. Págs. 430, 431 y 1846. Ed. Atlante. México, 1946.

- 7.—Eggston, A. A. and Wolff, D.: Histopathology of the Ear, Nose and Throat. Págs. 41, 44, 56, 68, 832-835, 1025-1026. Ed. Williams-Wilkins, Baltimore, E.U.A. 1947.

- 8.—Fischel, A.: Compendio de Embriología Humana. Pág. 100. Ed. Mexicana. México.

- 9.—Ireland, P. D.: In Otolaryngology of COATS, SCHENK and MILLER. Vol. IV, Cap. 2, pag. 17 Ed. Prior, Hagerstown, Maryland, E.U.A. 1955.

- 10.—Kernan, J. D.: Surgery of the Nose and Throat. Págs. 623-625. Ed. Nelson, New York. 1942.

- 11.—Lederer, F. L.: Diseases of the Ear, Nose and Throat. Págs. 682, 1139, 1140, 1295, 1318, 1385 and 1386. Ed. Davis. Filadelfia, E.U.A. 1952.

- 12.—Mc Nealy, R. W.: Tumors of the Neck Other Than Thyroid. Year Book of the Eye, Ear, Nose and Throat, 1944. Págs. 489-493.

- 13.—Morton, J. J.: In Surgical Diagnosis of GRAHAM, E. A. Págs. 131-133. Ed. Saunders. Filadelfia, E.U.A. 1930.

- 14.—Neel, H. B. and Pemberton, J. of J.: Lateral Cervical (Branchial) Cysts, and Fistulas. Year Book of Eye, Ear, Nose and Throat, 1946.

- 15.—Orr, T. G.: Operations of General Surgery. Pag. 595. Ed. Saunders, Filadelfia, E.U.A. 1947.

- 16.—Padgett, E. C.: Surgical Diseases of

the Mouyh and Jews. Pags. 489-497. Ed. Saunders. Filadelfia, E.U.A. 1942.

17.—**Parkinson, R. H.:** Tonsil and Allied Problems. Pags. 112 and 290-295. Ed. Mac Millan, New York, E.U.A. 1951.

18.—**Peer, L. A.:** In *Totolaringology of COATS, SCHENK and MILLER*. Vol. I, cap. IV, Pags. 1-9 y 54.

19.—**Smith, F.:** Plastic and Reconstructive Surgery. Pags. 245 and 693-696. Ed. Saunders, Filadelfia, E.U.A. 1950.

20.—**Sta. Clair Thompson; Negus, E. V. and Basteman, G. H.:** Diseases of the Nose

and Throat. Pags. 380 and 528-530. Ed. Cassell. Londres, Inglaterra 1955.

21.—**Segovia, J.:** *Tratado de Operatoria General y Especial*, Tomo II, págs. 714-722. Ed. U.T.E.H.A. México, 1951.

22.—**Testut, L.:** *Tratado de Anatomía Humana*, Trad. esp. de la IV Ed. Francesa. Tomo IV, págs. 1265-1268. Ed. Salvat. Barcelona, España.

23.—**Yates, J. L. and Raine, F.:** In *Surgical Diagnosis*, of GRAHAM, E. A. Tomo II, Pags. 415-416. Ed. Saunders. Filadelfia, E.U.A. 1930.

Palabras a la Memoria del Sr. Dr. Javier Castillo Dibildox

NOSOTROS, tan acostumbrados al dolor físico en nuestros semejantes, estamos hoy agobiados por el dolor moral que entraña una pérdida irreparable; fuerte impacto que altera los aspectos más sagrados de la convivencia humana, como son la amistad, el profesionalismo, la familiaridad y aún la vida misma, que no es sino la suma de las distintas facetas de toda nuestra existencia. Nosotros, los aquí reunidos, sentimos que el recuerdo del que está físicamente ausente, llena todos los ámbitos de este recinto; recuerdos diversos de personas y de situaciones, recuerdos de todas aquellas cosas que para los humanos son perennes y eternas; recuerdos que, como un legado espiritual nos deja el compañero en su corta, pero brillante trayectoria profesional.

En este postrer homenaje a su memoria, quiero dedicarle la pureza de mi pensamiento; los más caros recuerdos de amistad, y el elogio sano, para quien



SR. DR. JAVIER CASTILLO DIBILDOX

como él, pasó por la vida siendo un ejemplo de amor al deber y de caballería. Padre y esposo modelo, distinguido médico e incomparable amigo, cómo quisiera que a través de mis palabras, llegara siquiera un poco de consuelo para los suyos, en compensación

a tanto como prodigó con mano generosa a quienes tuvimos la fortuna de tratarlo.

En esta solemne ocasión y en el seno de esta Honorable Sociedad a la que él siempre consideró como suya, ya que dedicó grandes esfuerzos para su mejoramiento y progreso, quisiera recordar uno de sus más grandes anhelos: La formación de una escuela mexicana de otorrinolaringología. Esta especialidad nuestra a la que él consagró su vida entera; una vida truncada por cierto en los momentos en los que apenas se empiezan a cosechar los frutos de una sólida preparación y de una incesante dedicación al trabajo; dejándonos en el espíritu la amarga sensación de la inconformidad que representa el "no pudo ser"; pero que a su vez nos

refugia en la bondad divina, acogiéndonos en el "hágase Señor tu voluntad".

Hoy la cálida tierra de México arropa su cuerpo y lo estrecha con ternura; si mis deseos cristalizaran, impulsando el pensamiento hacia el más allá, quisiera decir que nosotros, sus compañeros, lo recordamos tal y como fuera: Hijo ejemplar; mexicano y militar intachable; padre y esposo amante; médico honorable y recto; y amigo, en el más amplio sentido de la palabra; por eso es que ahora, la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología al recordarlo, honra su memoria, conciente de la pérdida irreparable que significa su ausencia y le entrega en estas líneas escritas bajo el acoso de una profunda pena, sus lágrimas más amargas.

3 de Marzo de 1959.

Dr. Máximo GARCÍA CASTAÑEDA.

REGLAMENTO

Art. 1.—La IX REUNION NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA está organizada por la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología en cumplimiento de sus estatutos.

Art. 2.—La IX REUNION NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA está integrada por una Directiva Honoraria y por un Comité Organizador que se encargará de la preparación y la realización de todos los trabajos.

Art. 3.—La IX REUNION NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA estará auspiciada por la Universidad de Guadalajara y organizada en colaboración con la Sociedad de Otorrinolaringología de Guadalajara.

Art. 4.—Tendrá como sede la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, Jal. y se realizará del 1o. al 5 de mayo de 1959.

Art. 5.—Son autoridades ejecutivas de la Reunión los miembros del Comité Organizador.

DE LOS MIEMBROS

Art. 6.—Los miembros de la Reunión serán honorarios, activos y asociados.

Art. 7.—Serán miembros honorarios los que tienen ese carácter en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y las personas designadas especialmente por el Comité Organizador.

Art. 8.—Serán miembros activos los médicos cirujanos, audiólogos, psicólogos, profesionistas especializados en Rehabilitación, ingenieros en electroacústica y demás personas interesadas en la Otorrinolaringología, que hayan cubierto su cuota de inscripción. Igualmente lo serán las personas expresamente invitadas por el Comité Organizador.

Art. 9.—a. Serán miembros asociados las damas que acompañen a los miembros honorarios o activos que cubran la cuota de inscripción.

b. Los representantes de las Casas Patrocinadoras de la Reunión y estarán exentos de la cuota de inscripción.

Art. 10.—Cada miembro activo tendrá derecho a llevar hasta 4 miembros asociados.

DE LAS CUOTAS DE INSCRIPCION

Art. 11.—La cuota de inscripción para los miembros activos de la Reunión será de \$ 125.00 M.N. que dará derecho para asistir y participar en los actos científicos y asistir a los actos sociales. La cuota para las damas acompañantes será de \$ 75.00 M.N. por persona que dará derecho para asistir a los actos sociales.

DEL PROGRAMA CIENTIFICO

Art. 12.—El programa científico comprenderá Temas Oficiales, Temas

Libres, Cursos Rápidos de Actualización y la Sección de Enseñanza de la Otorrinolaringología.

Art. 13.—Los Temas Oficiales se desarrollarán en forma de Ponencia, Mesa Redonda o Mesa de Discusión Coordinada.

Art. 14.—Las ponencias tendrán una duración máxima de 30 minutos con un comentario oficial de 15 minutos. No habrá comentarios libres.

Art. 15.—Las Mesas de Discusión Coordinada estarán regidas por las siguientes normas:

a. Estarán integradas por un Coordinador miembro de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, una Mesa de Profesores formada por personalidades de la especialidad o invitados especiales y por un Secretario, designados por el Comité Organizador de la Reunión.

b. Tendrán una duración de hora y media.

c. Los asistentes harán preguntas o plantearán problemas en relación con el tema a discutir, por escrito y en forma impersonal en las hojas especiales que se proporcionarán al efecto.

d. El Coordinador hará una breve exposición para plantear el tema en un plazo máximo de 10 minutos y al iniciarse la Mesa.

e. Las preguntas del público deberán estar en manos del Secretario antes de comenzar la discusión.

f. El Coordinador presentará las preguntas a los integrantes de la Mesa de Profesores de acuerdo con su criterio, incluso podrá hacer la misma pregunta a cada uno de ellos; podrá incluir preguntas que no hayan sido hechas por el público y que sirvan para aclarar puntos importantes del tema.

g. Los Profesores dispondrán como máximo de 3 minutos para contestar cada pregunta; cuando exista franca divergencia de criterio o tengan realmente algo importante que comunicar, podrán solicitar al Coordinador el uso de la palabra durante 1 minuto.

h. Al terminar la sesión, el Coordinador hará un resumen de las discusiones habidas.

Art. 16.—Los temas Libres serán los Trabajos Personales que han sido solicitados por el Comité Organizador a través de su convocatoria:

a. Deberán ser enviados al Comité Organizador, el Título de los mismos y un resumen antes del 15 de abril de 1959 y se aceptarán en el orden cronológico de llegada hasta cubrir el tiempo disponible.

b. Deberán estar escritos en máquina, en papel tamaño carta y a doble espacio incluyendo el material gráfico para su publicación. Los autores podrán, si así lo desean, enviar sus trabajos impresos en número suficiente para ser repartidos a los asistentes.

c. Para su publicación pueden tener la amplitud que el autor desee, pero en lectura incluyendo proyecciones o demostraciones, no deberán exceder de 15 minutos.

d. Figurarán en el Programa Oficial los Títulos de los Trabajos Libres recibidos hasta el 31 de marzo de 1959.

e. Los comentarios de los Trabajos Libres se admitirán en un número no mayor de 4, con duración de 3 minutos cada uno. Los autores dispondrán de 5 minutos improrrogables para contestar los comentarios.

Art. 17.—Los Cursos Rápidos de Actualización tendrán una duración de 2 horas, se impartirán de preferencia en la tarde y el temario se dará a conocer en su oportunidad. Las personas interesadas deben hacer su reserva al inscribirse en la Reunión. Los grupos serán de 10 como máximo.

Art. 18.—La Sección de la Enseñanza de la Otorrinolaringología en México, tendrá su programa oficial que se publicará en su oportunidad y estará integrada por Profesores de la especialidad en las Escuelas de Medicina de la República ya sea como representantes oficiales o como miembros activos de la Reunión.

Art. 19.—Todos los trabajos serán leídos por su autor y el original será entregado inmediatamente después de su lectura al Secretario de la Sesión. En caso de que el autor no se encuentre presente en el momento de ser llamado por la Presidencia de la Sesión correspondiente, no será leído, pero podrá ser publicado si es entregado oportunamente al Comité Organizador.

Art. 20.—Todos los trabajos científicos serán sometidos a la aprobación de un Comité de Actividades Científicas nombrado por el Comité Organizador.

Art. 21.—La Revista Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología se encargará de la publicación de los trabajos presentados en la IX Reunión.

DEL RELATO GENERAL DE LA REUNION

Art. 22.—El Comité Organizador designará un Relator Oficial que hará un relato general de la Reunión.

DE LAS SESIONES

Art. 23.—Durante el desarrollo de la Reunión se llevarán a cabo 3 clases de sesiones: Solemnes, Plenarias y de Negocios. Serán Sesiones Solemnes la de Inauguración y la de Clausura. Serán Sesiones Plenarias todas las científicas. En la Sesión de Negocios se elegirá la sede de la X Reunión Nacional de Otorrinolaringología y se nombrará su Comité Organizador. Tendrán derecho a voto únicamente los miembros de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Art. 24.—Durante el desarrollo de las Sesiones Plenarias, son obligaciones del Presidente: a.—Declarar inaugurada la sesión en la fecha y hora señalada en el programa. b.—Vigilar que el desarrollo de los trabajos se realice de acuerdo con el tema y extensión señalados en el Reglamento, actuando con energía en cuanto a tiempo se refiere.

Art. 25.—Son obligaciones de los Secretarios: a.—Solicitar del autor el trabajo presentado, así como el material gráfico correspondiente y entregarlo a la Secretaría General del Congreso al terminar las Sesiones. b.—Levantar acta de cada sesión que contendrá una síntesis de los trabajos, así como las conclusiones de la sesión. c.—Auxiliar al Presidente en sus funciones y substituir a él o a los demás miembros del presidium en su caso.

TRANSITORIO

Art. 26.—El Comité Organizador de la IX Reunión se avocará la resolución de los casos no previstos en este Reglamento.

QUEMICETINA SUCCINATO

ERBA

● **EL PRIMER CLORAMFENICOL HIDROSOLUBLE**

IL Farmaco - Vol. IX, Fasc. 1, Pág. 23

● **44% MENOS TOXICO QUE EL CLORAMFENICOL PURO**

IL Farmaco - Vol. IX, Fasc. 1, Pág. 24

● **7 a 9 VECES MENOS TOXICO QUE EL GRUPO DE LAS TETRACICLINAS**

IL Farmaco - Vol. IX, Fasc. 1, Pág. 24. Antibiotics annual - 1953 - 1954, Pág. 64. Science - 111, 85, 1950.

● **MAS ACTIVO QUE LAS TETRACICLINAS EN DIVERSAS INFECCIONES LOCALIZADAS FUERA DEL APARATO DIGESTIVO**

Minerva Médica - XLVI, Vol. 1, No. 28, Págs. 931 - 936, 1955. Gazz. Sanit. No. 6, 1953

● **INDUCE EN MENOR GRADO LA RESISTENCIA BACTERIANA QUE OTROS ANTIBIOTICOS**

Minerva Médica - XLVI, Vol. 1, No. 28, Págs. 931 - 936, 1955

● **SU ADMINISTRACION POR VIA INTRAVENOSA E INTRAMUSCULAR LOGRA CONCENTRACIONES HEMATICAS INMEDIATAS Y RESPUESTAS TERAPEUTICAS RAPIDAS**

Min. Ped. 13, 438, 1955. Gazz. Sanit. Sup. al No. 7 - 8, Págs. 18-19, 1955

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

PRESENTACION:

Frasco ampula de 20 cm³ y ampollita 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)

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Reg. No. 45212 S.S.A.

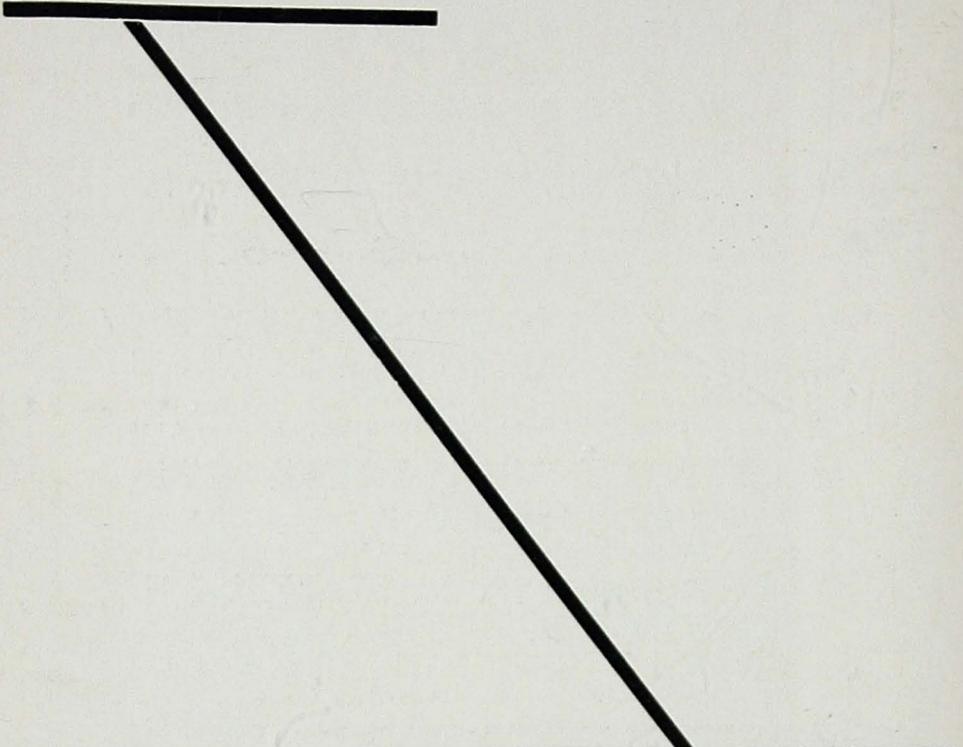
Prop. No. A-B-6717/56 S.S.A.

CARLO ERBA
de México, S. A.

M. A. de QUEVEDO 555

MEXICO 21, D. F.

CORTESIA DE



LABORATORIOS CARNOT

PRODUCTOS CIENTIFICOS, S. A.

Nicolás San Juan N° 1049, — México 15, D. F.

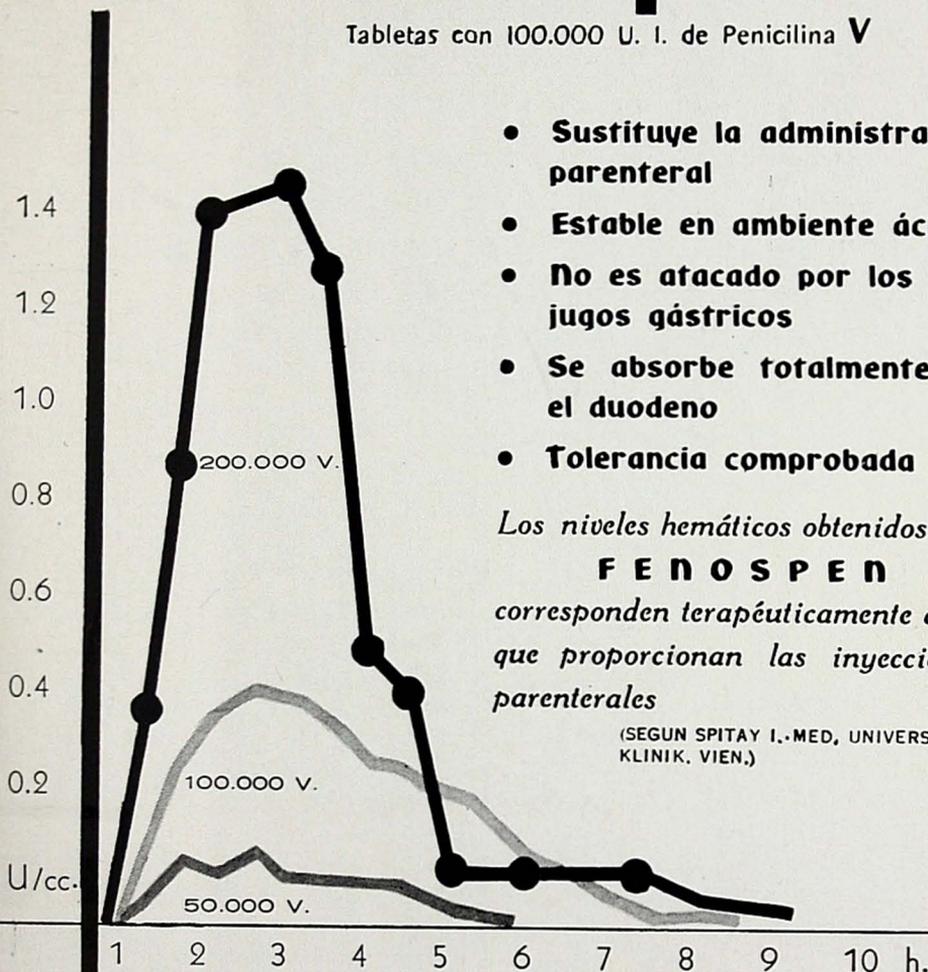
fenospen

Tabletas con 100.000 U. I. de Penicilina V

- Sustituye la administración parenteral
- Estable en ambiente ácido
- No es atacado por los jugos gástricos
- Se absorbe totalmente en el duodeno
- Tolerancia comprobada

Los niveles hemáticos obtenidos con
F E N O S P E N
corresponden terapéuticamente a los
que proporcionan las inyecciones
parenterales

(SEGUN SPITAY I.-MED, UNIVERSITATE
KLINIK. VIEN.)



DOSIS: administrar en ayunas

Adultos: una tableta cada 4 horas

Niños: media tableta cada 4 horas

Lactantes: un cuarto de tableta cada 4 horas

Farmitalic



REPRESENTANTES:

LABORATORIOS OFIMEX, S. A.

CALZ. M. A. QUEVEDO 531 MEXICO 21, D. F.,
REG. No. 47155, S.S.A., PROP. No. A-R-2079 /59

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

MONTERREY No. 47-201

TELS.: 14-05-30 Y 14-05-80

MESA DIRECTIVA

Presidente Honorario:	DR. DANIEL GURRIA URGELL
Presidente:	DR. RAFAEL GIORGANA
Secretario:	DR. CARLOS VALENZUELA EZQUERRO
Tesorero:	DR. BENITO MADARIAGA RANGEL
1er. Vocal:	DR. RAFAEL GONZALEZ RIVAS
2o. Vocal:	DR. JUAN OBERHAUSER M.

SOCIOS ACTIVOS

Dr. José T. Aguilera
Durango No. 192
Tels.: 28-91-25 y 10-50-92
México 7, D. F.
Dr. Humberto Alcocer
Colima No. 330-4º piso
Tels.: 35-37-85 y 25-61-23.
México, D. F.
Dr. Juan Andrade Pradillo
Emparan No. 39-1
Tels.: 12-43-56 y 14-17-14
México, D. F.
Dr. Pedro Andrade Pradillo
San Luis Potosí No. 44
Tel.: 11-55-53
México, D. F.
Dr. Manuel Arrijoja Lima
20 de Noviembre No. 79-4
Tels.: 13-90-19 y 17-00-11
México, D. F.
Dr. Miguel Arroyo Guijosa
Medellín No. 94-5º Piso
México 7, D. F.
Dr. Jaime Asch
Insurgentes No. 429-43
Tels.: 23-19-12 y 11-76-33
México, D. F.
Dr. Tomás I. Azuara S.
Tonalá No. 79
Tels.: 14-05-30 y 14-05-80
México, D. F.

Dr. Isaías Balanzario Rosas
Lerma No. 90
Tels.: 11-91-97 y 11-35-13
México, D. F.

Dr. Mario Antonio Barron y S.
Garrido No. 204-E
Tel.: 17-35-34
México, D. F.
Dr. Juan Becerril Carmona
Donceles No. 86
Tel.: 12-25-22
México, D. F.
Dr. Pedro Berruecos
Progreso No. 141-A
Tel.: 15-34-79
México, D. F.
Dr. Oscar Bonilla González
Tabasco No. 332
Tels.: 14-98-25 y 20-01-28
México, D. F.
Dr. Andrés Bustamante Gurría
Medellín No. 94
Tels.: 11-25-44 y 24-72-50
México, D. F.

Dr. Octavio Cal y Mayor
Rincón del Bosque No. 29
Tel.: 28-90-26
México, D. F.

- Dr. Jaime Carrillo Jr.
Zacatecas No. 236
Tels.: 24-76-46 y 25-17-00
México, D. F.
- Dr. Javier Castillo Dibildox
Mérida No. 119
Tel.: 14-66-47
México 7, D. F.
- Dr. Jorge Corvera Bernardelli
Insurgentes No. 825-201
Tels.: 28-73-44 y 43-16-76
México, D. F.
- Dr. Enrique Culebro Carrieri
Sinaloa No. 84-1
Tel.: 11-52-87
México, D. F.
- Dr. Efraín Dávalos
Medellín No. 94
Tel.: 11-25-44
México 7, D. F.
- Dr. Andrés Bustamante B.
Medellín No. 94
Tel.: 11-25-44
México, D. F.
- Dr. Andrés L. Delgado
Av. Nuevo León No. 221-3
Tel. 15-50-16
México, D. F.
- Dr. Leo Deutsch
Reforma No. 510-602
Tels.: 14-37-02 y 14-64-34
México, D. F.
- Dr. Salvador Durán T.
Arista No. 24
Tel.: 26-99-03
México, D. F.
- Dr. Victoriano M. de Acosta
Av. Chapultepec No. 500
Tels.: 25-36-11 y 35-23-56
México, D. F.
- Dr. Eduardo de la Parra
Colima No. 330-4° piso
Tels.: 35-37-85 y 28-73-44
México, D. F.
- Dr. Ramón del Villar
Amsterdan No. 295
Tels.: 28-59-29 y 23-11-69
México, D. F.
- Dr. Eduardo de Gortari
Bucareli No. 181-1
Tel.: 13-51-79
México, D. F.
- Dr. Alfonso Espinosa Grande
Av. Chapultepec No. 178
Tel.: 11-04-80
México, D. F.
- Dr. Eligio Esquivel Medina
Sinaloa No. 10-4° piso
Tel.: 11-10-89
México 7, D. F.
- Dr. Oscar Farías Alvarez
Tonalá No. 79
Tels.: 14-05-30 y 14-05-80
México, D. F.
- Dr. Manuel Fernández Posada
Guerrero No. 2-202
Tels.: 21-24-21
México, D. F.
- Dr. Mario Galindo Hernández
Palma Norte No. 335 desp. 1
Tels.: 21-60-36 y 20-67-77
México, D. F.
- Dr. Alberto Gallegos Domínguez
Av. Revolución No. 42-7
Tels.: 15-37-03 y 15-44-13
México, D. F.
- Dr. Rafael Giorgana
Tonalá No. 79-2o. Piso
Tels.: 14-05-80 y 14-05-30
México, D. F.
- Dr. Armando González Comar
Av. de los Fresnos No. 238
Tels.: 28-03-41 y 28-06-44
México, D. F.
- Dr. Luis González Rentería
Monterrey No. 47-1er. Piso
Tel.: 28-62-67
México, D. F.
- Dr. Rafael González Rivas
Tonalá No. 79
Tels.: 14-05-30 y 14-05-80
México 7, D. F.
- Dr. José Luis González Salas
Arista No. 24
Tel.: 26-76-48
México, D. F.
- Dr. Armando Gutiérrez M.
Casas Grandes No. 287
Tel. 19-65-18
Col. Narvarte, Zona 12.
- Dr. Gaspar Hernández
Jalapa No. 13
Tel.: 12-25-27
México, D. F.
- Dr. Mariano Hernández G.
Medellín No. 94-5° Piso
Tel.: 35-08-44
México, D. F.
- Dr. Carlos Herrera Garduño
Dr. Mora No. 80
Tel.: 21-03-38
México, D. F.
- Dr. Gustavo Jeréz Tablada
Tabasco No. 332
Tel.: 21-03-38
México 7, D. F.
- Dr. Luis G. Labastida
Palma Norte No. 405-301
México, D. F.

Dr. Manuel López y López
Dinamarca No. 88
Tels.: 11-43-00 y 12-51-57
México, D. F.

Dr. Benjamín Macías Jr.
Leibnitz No. 1-7° Piso
Tels.: 25-50-58
México 5, D. F.

Dr. Benito Madariaga Rangel
Tonalá No. 178-3er. piso
Tels.: 25-57-66 y 27-42-09

Dr. Ernesto Manero
Oaxaca No. 92-altos 2
Tels.: 43-01-47
México, D. F.

Dr. Efrén Marín

Orizaba No. 185
Tels.: 46-34-80 y 14-12-65
México, D. F.

Dr. Fernando Meléndez C.
Mariano Escobedo No. 536
Tels.: 14-07-10
México, D. F.

Dr. Rubén Mingramm C.
Chilpancingo No. 56
Tel.: 25-45-70
México, D. F.

Dr. Federico Molas
San Juan de Letrán No. 9-505
Tels.: 21-79-78 y 35-83-84
México, D. F.

Dr. Juan Oberhauser
San Francisco No. 620
Tels.: 23-14-74 y 46-03-86
México, D. F.

Dr. César Ortiz Jara
Mazatlán No. 192-2
Tels.: 15-11-48 y 15-63-47
México, D. F.

Dr. Rafael Pacchiano
Amores No. 96
Tels.: 23-67-80 y 23-34-15
México, D. F.

Dr. Angel Pérez Aragón
Río Sena No. 88
Tels.: 11-21-82 y 23-01-39
México, D. F.

Dr. Raúl Pérez Herrera
Berlín No. 31-301
Tels.: 46-20-19 y 20-07-61
México, D. F.

Dr. Ernesto Pérez Fuentes
J. García Icazbalceta No. 78
Tel.: 46-24-16
México, D. F.
Dr. Guillermo Pérez Villasante
Monterrey No. 101-1er. Piso
Tels.: 11-17-50 y 11-20-94
México, D. F.

Dr. José Manuel Rangel Obregón
Víctor Hugo No. 79
Tel.: 11-49-00
México, D. F.
Dr. Benito Rebolledo Vergara
Colima No. 211. Col. Roma.
México, D. F.
Dr. Walter Reinking
Paseo de la Reforma No. 458-1er. Piso.
Tels.: 11-73-85 y 20-23-07
México, D. F.
Dr. Federico Reyes Rodríguez
Av. Chapultepec No. 408
"Clínica Ollervides"
Tel.: 25-10-20
México, D. F.
Dr. Daniel Roldán Posada
Durango No. 108 esq. Jalapa
Tel.: 25-41-46
México, D. F.
Dr. Ramón Ruenes Fernández
Guanajuato No. 94. Col. Roma.
Tel.: 25-18-85
México, D. F.

Dr. Roberto L. Sánchez
Quevétero No. 131
Tel.: 46-43-28
México, D. F.
Dr. Leonardo Silva Espinoza
Bahía de Magdalena No. 117, Col. Anzures
Tels.: 14-87-25 y 11-11-15
México, D. F.

Dr. Carlos Tapia Acuña
Tuxpan No. 20
Tels.: 25-03-00 y 28-76-35
México, D. F.
Dr. Ricardo Tapia Acuña
Nápoles No. 9-6
Tels.: 46-23-65 y 11-27-49
México, D. F.
Dr. Severino Tarasco
Nuevo León No. 221-3
Tel.: 15-05-16
México, D. F.
Dr. Plutarco Torres Luquín
Av. Chapultepec No. 349
Tels.: 14-53-15 y 28-74-48
México, D. F.

Dra. Isabel Torices
Salvador Díaz Mirón No. 154
Tel.: 16-24-42
México, D. F.
Dra. Gabriela Torres Courtney
Cerrada de Tlaxcala No. 12
Tel.: 11-80-20
México, D. F.

Dr. Carlos Valenzuela Ezquerro
Monterrey No. 47-201
Tels.: 11-78-24 y 20-65-61
México, D. F.

Dr. Luis Vaquero S.
Maestro Antonio Caso No. 150-1
Tels.: 16-53-69 y 16-53-85
México, D. F.
Dr. Ricardo H. Villanueva
Av. Juárez No. 145-7
Tels.: 12-32-21 y 11-90-88
México, D. F.

Dr. Joaquín Zermeño
Tacuba No. 33-303
Tel.: 10-24-39
México, D. F.

SOCIOS ACTIVOS FORANEOS

CHIAPAS

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

CHIHUAHUA

Dr. Ignacio Peraldi Ferriño
Cerrada del Teatro No. 401
Cd. Juárez, Chih.
Dr. Salvador Ortiz Chavarría
Clínica Chihuahua Desp. 404
Chihuahua, Chih.

COAHUILA

Dr. Jesús García López
Hospital Carbonífera
Nueva Rosita, Coah.
Dr. Alfonso Garibay Fernández
Hidalgo y Rodríguez
Torreón, Coah.
Dr. Oliverio Lozano Rocha
Juárez No. 324 Pte.
Torreón, Coah.
Dr. Gilberto Martínez C.
Zaragoza No. 308
Saltillo, Coah.

HIDALGO

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

JALISCO

Dr. Gabriel Camarena G.
Pedro Moreno No. 884
Guadalajara, Jal.
Dr. Rodolfo Cortés Ochoa
Av. Morelos No. 87
Guadalajara, Jal.
Dr. Manuel Flores Castro
Madero No. 379
Guadalajara, Jal.

Dr. Javier Gómez Orozco
López Cotilla No. 420
Guadalajara, Jal.
Dr. Marcelino Gómez Orozco
Prisciliano Sánchez No. 407
Guadalajara, Jal.
Dr. José C. Sánchez Cortés
Pedro Moreno No. 315
Guadalajara, Jal.
Dr. Félix Michel
Pavo No. 112
Guadalajara, Jal.

MICHOACAN

Dr. Francisco Rivadeneyra
Centro Médico Morelia
Morelia, Mich.

MORELOS

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

NUEVO LEON

Dr. Roberto Garzán González
Padre Mier No. 321 Pte.
Monterrey, N. L.
Dr. Adolfo Garza
Diego Montemayor No. 716
Monterrey, N. L.
Dr. Armando Ibarra Ramos
20 de Noviembre No. 406 Sur
Monterrey, N. L.
Dr. Sixto Martínez Garza
Pino Suárez No. 440 Sur
Monterrey, N. L.
Dra. Ma. Elena Martínez C.
Aramberri No. 1849 Pte.
Monterrey, N. L.
Dr. Angel Quijano
Rayón No. 250 Norte
Monterrey, N. L.

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

OAXACA

Dr. Alberto E. Narváez
Av. Reforma No. 18
Oaxaca, Oax.

PUEBLA

Dr. Ignacio Bauza
13 Sur. No. 501
Puebla, Pue.
Dr. Jaime Garzón V.
2 Norte No. 1003
Puebla, Pue.
Dr. Efrén Gómez Ballesteros
2 Poniente No. 106
Puebla, Pue.
Dr. Francisco Jiménez
13 Sur No. 301
Puebla, Pue.
Dr. Roberto Larragoiti
2 Sur No. 502-302
Puebla, Pue.

SAN LUIS POTOSI

Dr. Carlos Guerra González
Independencia No. 103
San Luis Potosí, S. L. P.
Dr. José C. Sánchez Castillo
Av. Juárez No. 160
San Luis Potosí, S. L. P.

SINALOA

Dr. Armando Olivera Quiróz
Rosales No. 438 Pte.
Culiacán, Sin.

SONORA

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

TAMAULIPAS

Dr. Emilio Bracho Mijares
Av. Hidalgo No. 3204
Tampico, Tamps.
Dr. Carlos González Fernández
P. Díaz No. 918
Cd. Reynosa, Tamps.
Dr. Luis Gutiérrez Sánchez
Aurora No. 118 Sur
Tampico, Tamps.
Dr. Mario Mena Treviño
Matamoros No. 508 altos
N. Laredo, Tamps.
Dr. Alberto L. Valdés
Abasolo y 5a.
H. Matamoros, Tamps.

VERACRUZ

Dr. Agustín Aguilar
Sur 5 Ote.
Orizaba, Ver.
Dr. Eduardo Canudas y Orezza
3 Carabelas No. 65
Veracruz, Ver.
Dr. José Luis de Leo
Juárez 98 altos, esq. Madero
Veracruz, Ver.
Dr. Roberto Said Laserre
Hospital de Petróleos Mexicanos
Poza Rica, Ver.

ZACATECAS

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

TOLUCA, MEX.

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

SOCIOS ADSCRITOS

Dr. Jorge Caraza
Uruapan No. 3
Tels.: 11-22-50 y 20-12-69
México 7, D. F.
Dr. Julio Cuevas Velázquez
Jalapa No. 113
Tel.: 14-36-16
México 7, D. F.
Dr. Francisco Durán Acosta
Insurgentes No. 254-503
Tel.: 11-09-29
México, D. F.

Dr. Eduardo Echeverría
Zacatecas No. 236
Tels.: 25-17-00 y 14-87-24
México, D. F.
Dr. Mario González Ulloa
Tuxpan No. 23
Tels.: 11-83-87 y 11-68-64
México, D. F.
Dr. Carlos Hernández R.
Marsella No. 43
Tels.: 28-63-00 y 24-63-62
México 6, D. F.

Dr. Fernando Martínez Cortés
Medellín No. 94
Tels.: 46-76-00 y 28-07-68
México 7, D. F.

Cuando
los gérmenes
patógenos
y
el trauma
se combinan
para producir
otitis
Furacin
Marca de Nitrofuransona
**Oto-solución
Anhidra**

Cuando los gérmenes patógenos y el trauma (tales como picarse el oído, nadar y bucear) se combinan para ocasionar otitis, puede esperarse que el Furacin Oto-Solución Anhidra produzca una pronta acción antibacteriana.²

Ventajas del Furacin en el tratamiento de las otitis externas:

- amplio espectro antibacteriano
- no irritante
- no seca - altas concentraciones del medicamento combaten los microorganismos durante un tiempo prolongado.
- no mancha; sin olor
- anhidra

"Hubo un total de 65 oídos que tenían un escurrimiento crónico, 44 de los cuales secaron con el primer tratamiento de Furacin o acaso un segundo, dando un porcentaje de éxitos del 67.7%"

El significado de estos resultados sin embargo, se encuentra en el hecho de que 49 de 55 enfermos (89%) habían sido tratados fracasadamente por uno o más especialistas habiendo fracasado en obtener un oído permanentemente seco."³

Instrucciones: Límpiase bien el meato por medio de un lavado y séquese. Instílese un tercio del gotero (0.5 cm³) 3 ó 4 veces al día. El paciente debe permanecer con el oído tratado hacia arriba durante varios minutos. Insértese una torunda de algodón. Puede usarse una mecha impregnada.

Fórmula: FURACIN 0.2% en propilenglicol, higroscópico hidrosoluble. Frasco gotero de 30 cm³.

Referencias: 1. Anderson, J.R., and Steele, C.H.: Laryngoscope 58:1279, 1948. 2. Long, P.H.: A-B-C's of Sulfonamide and Antibiotic Therapy, Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1948, p. 152. 3. Peele, J.C.: Laryngoscope 63:488, 1953.

Para las infecciones del ojo y de la nariz

FURACIN OFTÁLMICO



- Líquido
- Antibacteriano eficaz de acción rápida con carencia de efectos irritantes.

FURACIN NASAL



- con efedrina
- Antibacteriano tópico eficaz con un vaso constrictor.

LOS NITROFURANOS

Un nuevo tipo de agentes antimicrobianos distintos a los antibióticos y a las sulfonamidas.

Los conceptos vertidos en esta literatura son de la responsabilidad exclusiva de los autores mencionados en la bibliografía
Reg. Nos. 36926 S.S.A. 36954 S.S.A. 34108 S.S.A. Prop. No. ABFf-12418/56 S.S.A.



Viennatone

YA SE ENCUENTRAN EN MEXICO
LOS AUDIFONOS PARA SORDERA
VIENNATONE EL APARATO DE
MAS PRESTIGIO EN EUROPA.

DISTRIBUCION, VENTA Y SERVICIO EN:

VIENNATONE DE MEXICO, S. A.

PUEBLA 182 DESP. 311, ESQ. INSURGENTES.

TEL.: 11-42-80

SOLICITAMOS REPRESENTANTES EN EL INTERIOR