

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

MARZO - ABRIL DE 1959

NUM. 37

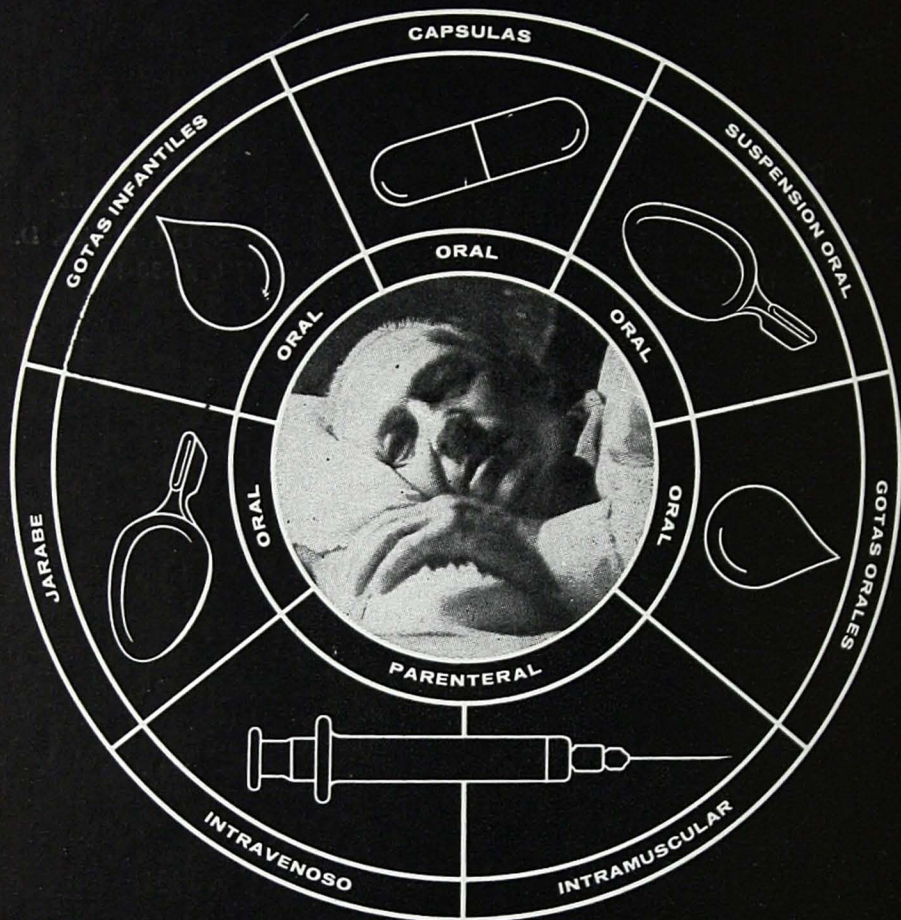
S U M A R I O

- | | |
|---|-----|
| Faringotomía por Tumores.— <i>Dr. Félix Michel</i> .. | 114 |
| Granuloma Maligno de la Cara.— <i>Dr. José Sánchez Cortés</i> | 121 |
| Observaciones en España de la Cirugía Endaural.— <i>Dr. José Luis Salinas Surió</i> | 126 |
| Exploración Eléctrica del Paladar Blando. (Comunicación Previa).— <i>Dr. Benjamín Macías J.</i> | 131 |
| Dr. Ricardo Tapia y Fernández.— <i>Dr. Juan Andrade Padilla</i> | 134 |

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.

Pfizer

VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE BRONCOESOFAGOLOGIA

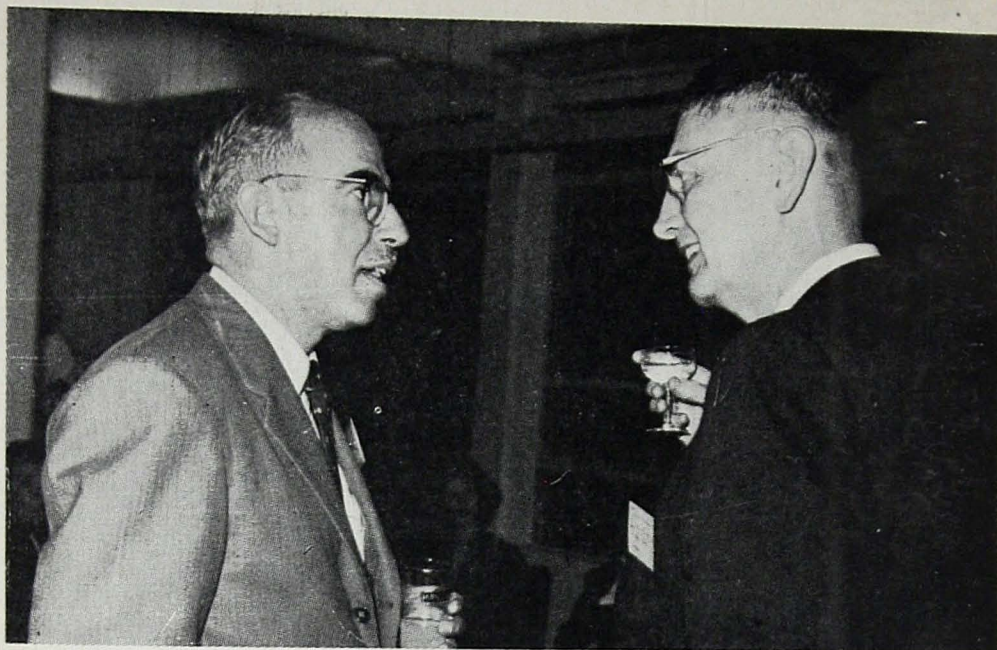
Durante los días 14 al 18 de Marzo próximo pasado se efectuó en esta Ciudad el VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE BRONCOESOFAGOLOGIA, auspiciado por nuestra Sociedad. El evento fué muy importante y contamos al mismo tiempo con la presencia de eminentes especialistas nacionales con un selecto grupo de médicos de resonancia internacional entre los que podemos señalar a los siguientes: Randolph Walther W. de Toledo, Ohio, Dr. Fernando López Lara de Guayaquil, Ecuador, Dr. André Soulas de París Francia, Dr. Arthur M. Olsen de Rochester, Minn., Simonetta B., de Firenze, Italia, etc.

La representación nacional también fué numerosa y entre otros recordamos a los siguientes: Dr. Francisco Jiménez de Puebla, Dr. Armando Ibarra Ramos de Monterrey, Dr. Pelayo Vilar C. de Pachuca, etc.

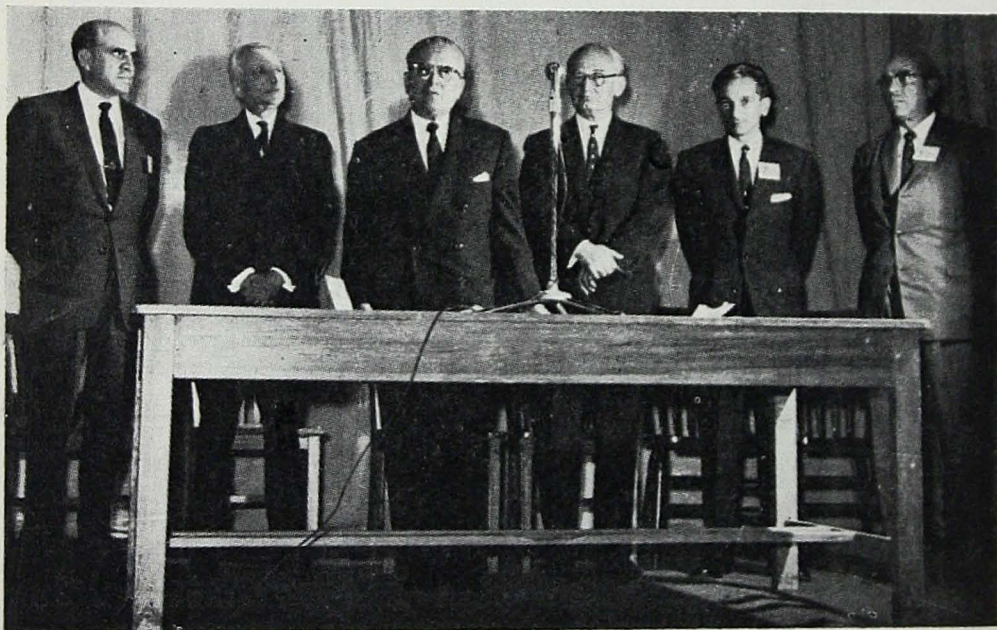
La parte científica se desarrolló en el local de la Sociedad Médica Franco Mexicana, sita en Nazas No. 43 y son de mencionarse por su interés los siguientes trabajos: Discusión Sobre el Diagnóstico y Tratamiento de los Cuerpos Extraños de los Bronquios, por el Dr. André Soulas y sobre el mismo tema, Dr. Ricardo Tapia Acuña de México, Las Hernias Hiatales en el Niño por el Dr. Arthur M. Olsen de la Clínica Mayo, representando a la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología el Dr. Eduardo Echeverría, presentó su interesante trabajo ilustrado con película, Esófago Gastroanastomosis, el Dr. Pedro Ramos de la Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas, presentó Dilatación Permanente del Esófago, Dr. Donato G. Alarcón, Director del Sanatorio San Angel, Pronóstico del Cáncer Bronquiogénico en Relación con su Localización Inicial, Dr. Frumencio Medina Morales del Sanatorio para Tuberculosos de Huipulco, Modificaciones Topográficas de los Segmentos Pulmonares por la Patología de la Tuberculosis.

Posteriormente, el miércoles 18 a las 20.30 hrs. en la Aula "A" del Instituto Nacional de Cardiología, se efectuó una sesión extraordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, con la colaboración de los Dres. Simonetta de Italia, quien habló sobre el Tratamiento Quirúrgico de las Estenosis Rinofaríngeas por medio de prótesis con plástico, y del Dr. Chevalier L. Jackson de Philadelphia, quien dió una conferencia sobre Cáncer Laríngeo, oportunidad del Diagnóstico y Errores en su Enterapéutica, que despertó muchos comentarios de los asistentes fué motivo una vez más de felicitaciones para el conferencista.

La parte social no se quedó a la saga, pues sirvió para tener una serie de reuniones de las que sobresalen: visita a los sitios más interesantes de la Ciudad de México, Paseo al Lago de Xochimilco, visita a la Ciudad Universitaria, etc. de las que adjuntamos algunas fotos.



Nuestro Presidente Dr. Rafael Giorgana con el Dr. A. Olsen de Rochester.



Presidium en la Sesión de Apertura.—De izq. a derecha: Dr. Manuel López y López, Dr. Soulas de Francia, Dr. José Castro Villagrana Subsecretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Chevalier L. Jackson, Presidente Internacional, Dr. Ricardo Tapia Acuña y Dr. Rafael Giorgana.



Baile de Clausura del Congreso.

↓ PNC



↑ Vista parcial de asistentes al Congreso.

Faringotomía por Tumores

Dr. Félix MICHEL.

EN el ejercicio diario de nuestra profesión, resolvemos la gran mayoría de los problemas que se nos presentan, de una manera casi automática. Esto se debe a la repetición cotidiana y constante de síntomas y síndromes que nos llevan a reconocer enfermedades que con muy pocas variaciones hemos ya observado una y mil veces en nuestros enfermos. Aplicamos el tratamiento médico o quirúrgico apropiado a cada caso y seguimos esperando la ocasión de observar a un paciente, en el cual su historia clínica nos obliga a estudiar detenidamente su padecimiento, llamar en consulta a otros compañeros, escudriñar en ficheros bibliográficos datos similares registrados minuciosamente con anterioridad etc., etc., hasta encontrar la solución adecuada al caso en cuestión.

Por fin llega el caso interesante, sus síntomas oscuros y el diagnóstico difícil, hace que nos afanemos en la solución de su caso. Seguimos indudablemente los pasos anotados con anterioridad, perdemos a veces el sueño, hasta que por fin después de muchas intranquilidades, da-

mos por terminado el caso satisfactoriamente.

Entonces recobramos el sueño, poco a poco nos tranquilizamos y damos gracias a Dios por aquellos benditos cuadros patológicos, tan iguales unos a otros y que días antes nos habían aburrido y... al poco tiempo volvemos a esperar otra vez aquellos enfermos que nos obligan a pensar más, y que tantas enseñanzas y frutos dejan en nuestras alforjas.

Estos pequeños apuntes, mal llamados trabajo científico, nacieron por la inquietud despertada en mí a llegar a mi consulta un paciente con una tumoración faríngea cuyo tamaño indicaba la necesidad de usar la vía externa para su extirpación. Consulté con los compañeros de la Sociedad de Guadalajara y ninguno tenía experiencia previa en casos similares, la bibliografía consultada, no daba indicaciones precisas y urgiendo la operación debido a la gravedad del caso, me decidí a intervenir aún sin tener una técnica precisa a seguir. El Dr. Eduardo Contreras Reyna, cirujano gastroenterólogo, con experiencia en cirugía de esófago,

me hizo el favor de colaborar en los dos casos que presentaré a Uds. al final del trabajo.

Faringotomía es una vía de acceso que a través de la piel y por debajo del maxilar inferior nos conduzca a la faringe.

Dicho procedimiento, que tuvo tanto auge durante el siglo pasado, y usado principalmente para la ablación de tumores malignos, está casi abandonado en la actualidad. Causa de esto, fueron las terribles carnicerías y mutilaciones ejecutadas, por aquellos brillantes próceres de la cirugía del siglo diez y nueve, en las que a pesar de todo, los resultados eran nulos y llevaban al enfermo al mismo fin, la muerte. El descubrimiento de los Rayos X y su aplicación al tratamiento del cáncer, con resultados altamente halagadores, hizo que la faringotomía fuera un procedimiento utilizado excepcionalmente.

Con la llegada de los antibióticos, tantos y tan poderosos, se ha facilitado el buen éxito de tantas operaciones en el cuello y faringe, que antes fracasaban debido a las mediastinitis siempre mortales, los abscesos profundos del cuello, o por lo menos las molestísimas fístulas.

En el presente, las principales indicaciones para la faringotomía son los tumores benignos, que por su tamaño hacen imposible la extirpación por vía oral. Mas raramente, se usa para la extracción de cuerpos extraños enclavados en los límites con la laringe.

Quistes tiroideos, Neurinomas y Quistes aberrantes de glándulas salivales, son los principales tumores benignos que pueden desarrollarse en la faringe hasta ha-

cerse necesaria la extirpación por vía externa.

Según la región de la faringe a que debemos llegar, es el tipo o método de operación a seguir. Trataré únicamente los principales y los que me han parecido de mayores ventajas y más fáciles de ejecutar.

FARINGOTOMIA INFRAHIODEA

Ofrece buena visibilidad para la base de la lengua, el seno piriforme, vestíbulo laríngeo y la pared posterior de la faringe. Mencionado en 1826 por VIDAL DE CASSIS y en 1835 por MALGAIGNE, no fué sino hasta 1859 en que PRATT y LANGENBECK describen minuciosamente las ventajas de este procedimiento, siendo la principal, la de que no secciona grandes vasos.

La incisión es mediana, de unos cinco centímetros e inmediatamente abajo del hiodes, comprendiendo por planos, el músculo-cutáneo, externo-tiroideo y omohiideo y tiroideo. Membrana tiroidea y tejido adiposo entre dicha membrana y la epiglotis. Es conveniente, que la insi-

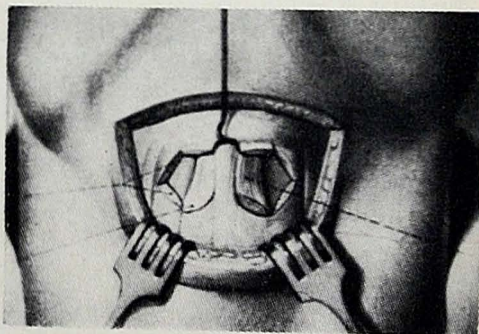


Fig. 1.

ción desde al principio se mantenga junto al hioides, pues de otra manera pueden ser seccionados el nervio laríngeo superior y la arteria del mismo nombre. Ya para seccionar la mucosa es conveniente introducir un dedo en la boca, llegar hasta la epiglotis y así protegerla para no hierla con el bisturí. Se toma la epiglotis con un hilo, y se le atrae a través de la herida. Ayudándose con separadores, se tendrá una buena exposición. Por último, después de la extirpación de la tumoración en cuestión, se sutura plano con plano, dejando drenes en cada uno de ellos.

FARINGOTOMIA LATERAL SEGUN K R O E N L E I N

Ofrece magnífica visibilidad para los tumores de la parte lateral de la base de la lengua, seno piriforme e hipofaringe del lado correspondiente. La inscisión cutánea empieza a la altura del ángulo del maxilar y borde anterior del esternocleidomastoideo, con una ligera convexidad inferior y termina paralelamente al hioides, cerca de la línea media. Se secciona la piel y el músculo cutáneo del cuello, la vena yugular externa se liga o se re-

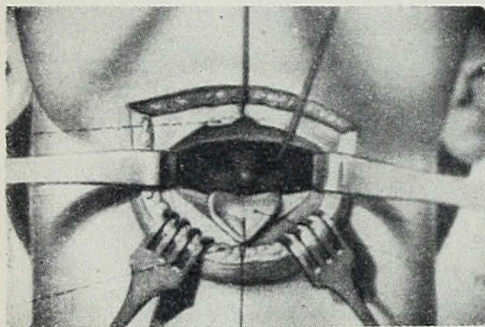


Fig. 2.

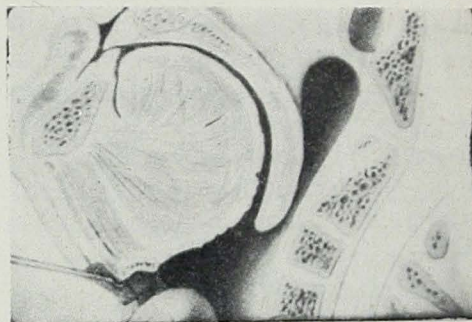


Fig. 3.

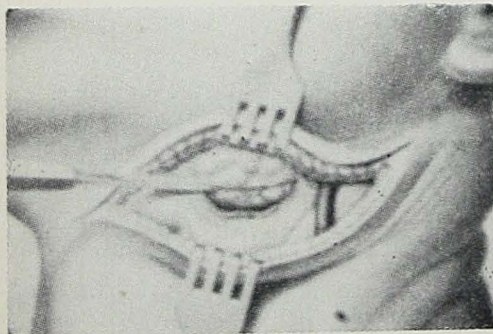


Fig. 4.

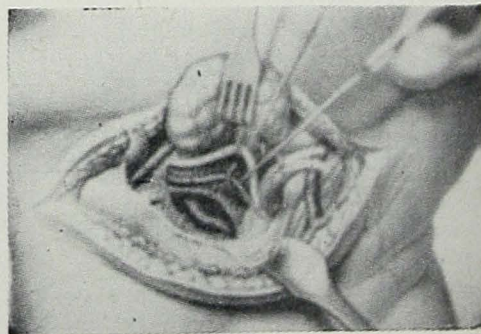


Fig. 5.

chaza hacia atrás. Se incide la aponeurosis cervical superficial apareciendo inmediatamente la glándula submaxilar la cual puede rechazarse hacia arriba desprendiendo con facilidad sus conexiones laxas. En algunos casos es más cómodo seccionar el conducto de Wharton y extirpar la glándula. En la profundidad de la herida encontramos el nervio hipogloso y paralelo a él la vena lingual, la cual se secciona. El nervio se rechaza cuidadosamente hacia arriba usando un hilo o una cinta. Siguiendo la dirección del trayecto normal que llevaba el nervio, se secciona al músculo hipogloso, quedando al descubierto la arteria lingual que se secciona, entre dos ligaduras. Para tener un campo más amplio, conviene desinsertar los músculos digástrico y estilohiideo en su inserción con el hiodes. Aparece con esto, una gran parte de la pared lateral de la faringe. Introduciendo el dedo índice por la boca, se localiza con facilidad el tumor y algunas veces ha sido posible enuclear el mismo de la pared faríngea, respetando la mucosa íntegramente. Se cierra la herida faríngea con sutura continua, el resto por planos, de-

jando drenes en cada uno de estos, los músculos digástrico y estilohiideo se suturan lo más cuidadosamente al hiodes.

FARINGOTOMIA LATERAL DE V. MIKULICS

Indicada para los tumores de origen francamente unilaterales, epifaringe, pilares palatinos y región amigdalina. En este método la incisión empieza en la punta de la mastoide y termina en el hiodes. Se reseca parte del maxilar inferior en el ángulo o cerca de él, para así dar mayor visibilidad a la epifaringe. Se necesita tener cuidado con el nervio facial, en la proximidad de la mastoide.

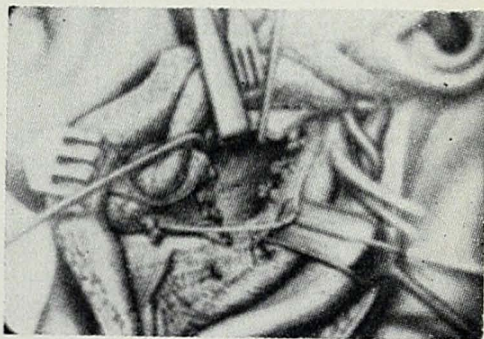


Fig. 7.

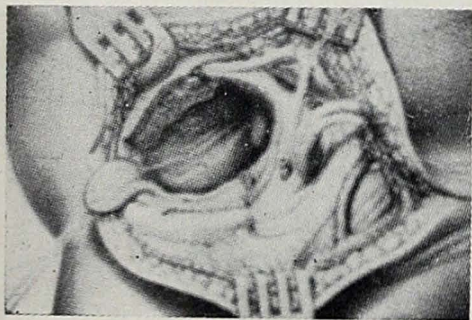


Fig. 6.

Dejé sin tratar otros muchos métodos, refiriéndome únicamente a aquellos que juzgué más sencillos y efectivos.

La multiplicidad de procedimientos operatorios, la gran variedad de incisiones cutáneas, la necesidad o no, de reseca parte del maxilar inferior, es cosa que siempre se ha prestado a controversias entre los cirujanos, lo cual indica, como siempre que un tipo de operaciones es

muy discutido, que se trata de una región de acceso difícil y que la intervención es delicada.

El objetivo principal de esta operación es tener una vía faríngea de acceso amplio y relativamente fácil, que nos permita extirpar un tumor, practicar una hemostasia correcta y todo esto con relativa facilidad.

En la bibliografía americana encontré 11 casos, todos ellos eran neurofibromas. Seis fueron resueltos por la vía oral, en todos fué necesaria la traqueotomía y en dos casos la hemorragia fue profusa, obligando a dejar taponamiento endofaríngeo, molesto y de muy fácil infección secundaria a los tejidos vecinos.

Los otros cinco casos fueron operados por vía externa. Reportan una muerte sin precisar causa, pues no fué concedida autorización de P.M.

A continuación y brevemente, presentaré a Uds. los dos casos con que cuento en mi experiencia personal.

Examen: ANATOMOPATOLOGICO.

Ordenado por el Sr. Dr. Don Félix Michel.
Nombre: Roberto Núñez.
Edad: 24 años.
No.: 2131-55.
Especimen: T. laríngeo.
Fecha: 10-XI-54.

SUMARIO CLINICO:

"Se remite tumor Faríngeo para su estudio anatomopatológico; datos clínicos conocidos por Ud."

CARACTERES MACRO-MICROSCOPICOS:

Recibimos para su estudio una tumora-
ción lobulada, bien encapsulada, de color



Fig. 8.

blanco nacarado, consistencia elástica, irregularmente esférica, de 5.1 cms. de diámetro, plano de sección fasciculado e histológicamente constituida por tejido mesenquimatoso que se dispone en haces de dirección caprichosa, núcleos abundantes, fusiformes, delgados, cromófilos y dispuestos muchas veces en empalizadas, protoplasma abundante, fibrilar y flexuoso; hay porciones en que este tejido recuerda claramente la estructura de un nervio y en general la semejanza es constante a ese tipo de tejido.

INTERPRETACION:

- 1o.—NEUROFIBROMA (PROBABLE NEUROFIBROMATOSIS MULTIPLE).
- 2o.—NO SE OBSERVARON SIGNOS DE ANAPLASIA.

Atte.

Dr. Roberto Vázquez Pallares.

Examen: ANATOMOPATOLOGICO.

Ordenado por el Sr. Dr. Don Félix Michel.
Nombre: Lidia Santiesteban.
Edad: 28 años.
No.: 1334-57.
Especimen: Tumora-
ción Base Lengua.
Fecha: 25-V-56.

SUMARIO CLINICO:

"Se envía tumoración de la base de la lengua para estudio anatomopatológico; datos sumarios conocidos por Ud."

CARACTERES MACRO-MICROSCOPICOS:

Recibimos para su estudio una tumoración irregularmente esférica, encapsulada, con cavidades quísticas que contienen una substancia mucoidea, superficie del plano de sección finamente alveolar y de color violáceo; diámetro mayor de 5.6 cms.; consistencia uniformemente elástica; histológicamente está constituida por la proliferación de amplios acinis glandulares separados por un estroma fibroso con focos linfoides; las glándulas poseen revestimiento epitelial cúbico monoestratificado sin atipias y luz muchas veces quística y llena de una substancia acidófila.



Fig. 9.

INTERPRETACION:

- 1o.—ADENOMA DE GLANDULAS SALIVALES.
- 2o.—NO SE OBSERVARON SIGNOS DE ANAPLASIA.

Atte.

Dr. Roberto Vázquez Pallares.

CASO NUMERO 1

R. N. sexo masculino, soltero, de 26 años. Mexicali, Nov. 3 de 1954. Relata el enfermo, que desde hace siete años viene sintiendo fatiga, dificultad a la respiración y esta se hace peor y ruidosa en la noche. Además dificultad para comer, vomita los alimentos con mucha facilidad y a veces estos salen por la nariz. Viene a operarse de un bocio intratorácico y como único examen de laboratorio presenta un metabolismo de +131. Como le dijeron que su caso era malo y la operación peligrosa, decide no operarse en San Diego y mejor viaja al interior de la República.

A la inspección se observa, estado de desnutrición exagerado, tiraje, ojos salientes y múltiples neurofiromas ya diagnosticados con anterioridad, estos se aprecian sobre todo en las extremidades inferiores y superiores. A la laringoscopia, encontramos una tumoración que aparece aún antes de introducir el espejo, en la pared lateral izquierda de la faringe. El límite superior es el polo inferior de la amígdala y el polo inferior se recarga prácticamente en el aritenoides izq. Practicando la laringoscopia en múltiples posiciones, comprobamos que está aislado del aritenoides y tiene una inserción muy delgada a la pared faríngea. El diámetro es calculado entre 1½ y tres centímetros. No hay adenopatía cervical. Radiografía de tórax y exámenes paraclínicos normales, con excepción estos últimos de anemia y proteínas bajas.

El 8 de Nov. del mismo mes, es operado bajo anestesia general, el anesthesiólogo puede intubarlo a ciegas y se deja la traqueotomía para el final. Sin ningún contratiempo se practica la faringotomía lateral de v. Miculicz. Se extrae el tumor después de haber habierto la faringe, no perdiéndose casi nada de mucosa. Se coloca sonda de Levin, cierre de la herida por planos dejando cuidadoso drenaje. El anesthesiólogo permanece varias horas al lado del enfermo y no hay necesidad de traqueotomizar.

Durante la operación 1000 c.c. de sangre, no tanto por la hemorragia, sino por la anemia que ya presentaba y la baja de proteínas. Después de la operación sueros y plasma. A los tres días, se quita el tubo de Levin y se le permite empezar a ingerir pequeñas cantidades de líquidos. Los drenes se fueron retirando conforme dejaron de necesitarse. A los nueve días se quitan los puntos de la piel.

Fué dado de alta a las tres semanas, habiendo aumentado de peso comiendo bien pero evitando alimentos duros, y durmiendo perfectamente. No lo he vuelto a examinar, pero por familiares de él, se que se encuentra bien a pesar de que se ha dado mucho a la ingestión de bebidas alcohólicas.

CASO NUMERO 2

L. S. 28 años, religiosa. Guad. Nov. 19 de 1956.

Quince años sintiendo cierta molestia en la lengua, que no podía definir, produciéndole dificultad para hablar, no pudiendo emitir determinados sonidos a veces. Nunca hubo, ni fiebre ni dolor. Durante los últimos tres años, la molestia ha ido aumentando, no pudiendo hacerse entender de sus compañeras. Ultimamente come poco, pues dice sentir no poder gobernar la lengua para resbalar la comida, además pequeños períodos de asfixia que pasan luego.

Enferma en mal estado de nutrición. Cuello largo y delgado sin adenopatía. La inspección de la boca nos permite observar una tumoración redondeada en el tercio posterior de la lengua. Con dificultad y después de múltiples intentos podemos fijar por la laringoscopia indirecta, que el límite posterior se encuentra en la epiglotis habiéndola rechazado e invertido casi completamente. Se punciona con resultados negativos.

Radiografía de tórax y exámenes paraclínicos negativos excepto anemia.

El día 25 de Nov. se opera bajo intubación por orificio de traqueotomía, la cual se practica con anestesia local, inmediatamente antes de la faringotomía. Se sigue el mismo procedimiento o método que en el caso número 1. La exposición del campo operatorio es magnífica, y la tumoración se disecciona con facilidad de la lengua y encontramos que no estaba adherida a la epiglotis. Contra lo esperado la hemorragia es mínima, y son suficientes unos cuantos puntos de transfixión. Se coloca el tubo de Levin y se cierra la herida exáctamente igual que en el caso Número 1.

La evolución postoperatoria fué buena, únicamente que la ingestión de líquidos y blandos fué dolorosa durante dos o tres semanas.

La he vuelto a examinar varias veces, y la única irregularidad que pudo observarse fué una desviación de la lengua hacia el lado derecho, posiblemente debido a reacción del hipogloso al ser rechazado en el momento operatorio.

CONCLUSIONES

La Faringotomía, es un procedimiento quirúrgico que se encuentra dentro de las posibilidades de todo Otorrino acostumbrado a trabajar en cuello.

Resuelve el problema de extirpación de tumores que por su tamaño imposibilitan la extirpación por vía oral.

En mi opinión se debería incluir este procedimiento operatorio en los cursos de Otorrinolaringología, especialmente en los cursos teóricos.

Granuloma Maligno de la Cara

Dr. José SÁNCHEZ CORTÉS.

HAY lesiones que, aunque topográficamente pertenecen al rinólogo, en su aspecto etiopatogénico y evolutivo, así como ecológico, escapan a los conocimientos del especialista más entrenado en cualquier terreno de la medicina, debido a que su aspecto clínico confunde a primera vista y se cae en el error de catalogarlas como procesos malignos o discrásicos, o también como manifestaciones locales de padecimientos específicos contándose entre los más frecuentes la sífilis, lepra, tuberculosis, toda la gama de micosis y hasta procesos virales; pero que, haciendo un minucioso estudio de las mismas, nos quedamos desorientados debido a que el patólogo, de quien esperamos mayor ilustración, nos contesta sencillamente que se trata de ganulomas de carácter inespecífico. Estas lesiones tienen una evolución muy lenta y avanzan insidiosamente por etapas caprichosas pero siempre con tendencia destructiva y sin ocasionar supuración localmente, necrosan los tejidos invadiendo hasta cartílagos y huesos que son eliminados originándose una amplia pérdida de substancia por regla general en la parte media de la cara;

participando en dicha destrucción: las fosas nasales, paladar, nariz, labio superior algunas veces senos maxilares, faringe y laringe. Ha tomado el nombre de Granuloma Idiopático por las descripciones de los primeros investigadores quienes nunca encontraron el agente causal; y posteriormente ha sido reportada por varios médicos extranjeros, pero como la etiología aún permanece en el misterio, ha sido calificada de acuerdo con el período en que han encontrado el padecimiento, así Hoover, lo titula: Ulcera granulomatosa de la nariz y cara. Rasmussen Osteomielitis necrosante de la cara. Lewy; Osteomielitis de los senos paranasales. Lierle lo describe como Ulcera crónica infecciosa de la nariz e Isbell lo describe como Ulcera granulomatosa crónica de la nariz de origen desconocido. Es Stewart quien hace la más completa y brillante descripción de la enfermedad, etiquetándola como Ulceración granulomatosa letal, de la línea media de la cara debido a que, aunque la condición se origina en la nariz, son los tejidos de la mitad de la cara, los que sufren el avance de la misma, con destrucción con-

siguiente y extensa de sus planos componentes; teniendo como resultado inexorable, la muerte del paciente por caquexia.

Llama poderosamente la atención que los casos reportados no lleguen a un centenar, así como el hecho de que el patólogo estudiando secciones de estos granulomas, nunca encuentra los signos de resistencia que se reportan en otros tipos de granulomas conocidos, los cuales están como estereotipados en su morfología denotando siempre una barrera defensiva celular, formada alrededor del huésped invasor, constituyéndose, según la variedad del agente desencadenante del proceso, sea el tubérculo, el goma o el nódulo como consecuencia defensiva que se manifiesta por la proliferación adicional, de las células del tejido conjuntivo. En nuestro granuloma, no se ha encontrado hasta la fecha el agente causal a pesar de los esfuerzos más decididos de eminentes investigadores y es a Hoover a quien debemos la descripción típica del granuloma idiopático, necrosante o maligno asentando que en los bordes de la lesión hay una masa amorfa de necrosis, debajo de la cual se descubre infiltración de células inflamatorias, predominando los linfocitos y macrófagos con excepcionales células del plasma. Suelen descubrirse algunos polinucleares y neoformación discreta de capilares. Los vasos mayores denotan sistemáticamente lesiones definidas de bloqueo y peri-vascularitis concomitante, encontrándose en su periferia un verdadero manguito de linfocitos y macrófagos, así como regiones con degeneración en ciertas zonas de dichos vasos que aparentan la misma modificación necro-

sante descrita como fenómeno de Arthus y que le dan una imagen similar, en toda la extensión en que los tejidos están en el período de mortificación atrófica: (PROYECCION).

Se deduce entonces, que el diagnóstico del padecimiento, deberá hacerse por su evolución clínica principalmente y prácticamente por exclusión en sus primeras etapas ya que según Stewart se le deben considerar tres períodos. El primero o prodrómico, puede durar desde un mes o dos hasta cuatro o cinco años y en este lapso, los enfermos únicamente se quejan de obstrucción nasal, generalmente unilateral, acompañada de descargas acuosas o sero-sanguinolentas. Objetivamente en este período se encuentra únicamente una ulceración superficial que puede estar localizada en el piso de la fosa nasal, en el surco gingivo-labial, en el techo de la boca o en el tabique nasal. Algunos enfermos acusan haber tenido cuadro de sinusitis, pero en general no se encuentra tal historia de infección de las cavidades para-nasales. Cuando una ulceración asienta en el tabique nasal, muy frecuentemente se juzga de origen traumático por su tendencia a desaparecer fácilmente pero termina siempre por ocasionar una perforación de tamaño variable en dicha formación septal. En este período solo por azar se puede hacer el diagnóstico.

El segundo período o activo, se caracteriza por mayor obstrucción nasal, descargas de secreción muco-purulenta, en ocasiones costrosa, de coloración verdenegruzca y de mal olor. Objetivamente se aprecian ulceraciones profundas sea en el tabique nasal o cornete inferior, con ten-

dencia al esfacelo. La mucosa es de coloración pálida-grisácea en la periferia de las lesiones y café-negrucza en plenas ulceraciones. Se desprende fácilmente dejando al descubierto los planos más profundos. Estas ulceraciones está cubiertas por costras de color obscuro y son adherentes. Las descargas nasales son purulentas o sanguino-purulentas y siempre tienen mal olor. La lesión tiende a la expansión hacia el paladar o hacia la pirámide nasal, infiltrando los planos que las componen y de preferencia la punta de la nariz que adquiere una consistencia dura y resistente por la mencionada infiltración.

Con el avance de las lesiones, la necrosis concomitante invade los huesos propios de la nariz, el malar, el palatino, dando lugar a la formación de cavidades anfractuosas que albergando bacterias banales, originan supuración, sobre todo al nivel de las regiones genianas con la consiguiente formación de abscesos que requieren drenaje y originan al mismo tiempo, reacciones febriles con curvas irregulares y leucocitosis moderada o también leucopenia. Los polinucleares tienden a conservar su proporción normal en el recuento sanguíneo y nunca se ha encontrado agranulocitosis. El hemocultivo siempre resulta negativo. La sintomatología general se reduce a cansancio y laxitud, contrastando la apariencia de bienestar relativo de los pacientes, con el aspecto destructor y progresivo de las lesiones que desde luego se juzgan graves. (PROYECCIONES).

En el tercer período o terminal, la depresión del enfermo es el síntoma más

característico, sin menospreciar desde luego, el aspecto monstruoso de la cara. Los párpados están edematizados, existiendo secreción purulenta en su hendidura. Se aprecian áreas de escarificación sobre los sacos lagrimales y mejillas y los tejidos blandos que componen la nariz desaparecen, incluyendo el labio superior. La destrucción puede llegar a una mutilación extrema y repulsiva pues el paladar y su velo suelen estar completamente destruidos y a través de la amplia abertura central de la cara, pueden fácilmente descubrirse: la lengua, el techo de las fosas nasales y la nasofaringe, junto con las paredes de los senos maxilares, cuando la ulceración avanza sobre los planos laterales de la nariz. En la pared posterior de la faringe se descubre material necrótico gris sucio. La lengua permanece inafectada y la necrosis del esfenoides nunca se ha observado. El paciente puede morir de hemorragia profusa por erosión de un vaso grueso, que es difícil de controlar por las condiciones mismas del tejido necrosado; sin embargo; lo usual, es que el enfermo muera por caquexia; impresionando sobremanera, la aparente ausencia de resistencia de parte del paciente, para detener el progreso de la enfermedad. PROYECCIONES.

El tratamiento es poco menos que inútil, ya que no conociéndose la etiología, de este tipo de granulomas, solo puede intentarse la medicación paliativa siguiendo las aseveraciones de Williams, Kahn y Wegener, quienes asientan que en el estudio histopatológico de las lesiones del granuloma maligno, estos tienen una semejanza irrefutable con los procesos oca-

sionados por sensibilización de los tejidos, a lo que ellos denominan hiperinmunidad o sea la fijación de anticuerpos especiales que están representados por las globulinas insolubles en la intimidad misma de las células y cuya unión con el antígeno, provocaría una intensa reacción de tipo anafiláctico que termina en necrosis, porque en su naturaleza misma, se verifica una isquemia absoluta, que es lo que se ha descrito por fenómeno de Arthus. Cabe además la afortunada coincidencia de que estas lesiones son susceptibles de contraste en un mismo paciente, junto a lesiones de las denominadas del colágeno tales como peri-arteritis nudosa, eritema difuso y asimismo lesiones de tipo reumatoide; Moore, considerándolas como una manifestación especial de alergia bacteriana, aconseja los corticoesteroides y la HA CT, usando dosis muy fuertes de cualquier preparado, el prefiere los derivados de la hidrocortisona a dosis de 200 miligramos diarios, las primeras 48 horas, seguidas de 100 miligramos diariamente, por espacio de 6 semanas. Otros autores como Maxwell Ellis, sugieren la radioterapia a dosis anti-inflamatoria, asegurando que en esta forma se elimina la fijación de los anticuerpos insolubles, mencionados por Kahn y Wegener, de los tejidos afectados, bien porque las células que los contienen sean excesivamente sensibles a la radiación, o los anticuerpos mismos se modifiquen favorablemente en su naturaleza. Reportan en ambos procedimientos casos con ulceraciones cicatrizadas durante varios años.

Se podría hablar muy extensamente acerca de este padecimiento al cual he

preferido denominar granuloma maligno de la cara, debido a que siendo histológicamente un granuloma, la apariencia clínica en el período de actividad, nos inclina sistemáticamente a pensar en los procesos malignos, comportándose como tales, en la extensión y muerte por caquexia de los pacientes, y siendo la línea media de la cara la que paga el más fuerte tributo a la necrosis; aunque la lesión inicial haya sido en la fosa nasal o paladar, pienso que es más demostrativo, designarlo como de la cara. La descripción que hace Williams de este padecimiento es bellísima, pero no siendo más que deducciones de posturas doctrinales las que sostiene, creo que no es oportuno fatigar la atención de Uds. con más detalles etiopatológicos. Lo que sí considero de valor para reforzar las suposiciones de Williams, en el sentido de que se trata de un padecimiento con las características de las afecciones del colágeno, son las aseveraciones de M. Arslán, quien presentó un reporte en el IV Congreso Internacional de 1957, sobre los padecimientos del colágeno en el terreno de la O.R.L. asentando, que hay afecciones que no se pueden identificar como degeneraciones del tipo fibrinoide del colágeno como las descritas y conocidas a la fecha; sino que debemos pensar en mesenquimopatías disreactivas, cuyo origen estaría íntimamente ligado a ciertos procesos de distorsión del material colágeno, de causa todavía desconocida, que daría como resultado la fisiopatología de varias condiciones clínicas, englobando entre ellas; El Granuloma Maligno; La Amiloidosis Laringea, La Ozena, La Poliposis nasal pura,

La Sarcoidosis nasal y tal vez la Papilomatosis laríngea. Vale asimismo esbozar, los conceptos de Selye, para quien la denominación de alergia no debe considerarse desde un punto de vista tan limitado como son las reacciones humorales de tipo inmunológico, aceptadas hasta la fecha, sino que deberán conceptuarse como un estado de inestabilidad hormonal, sobre todo de las supra-renales, pues si la inmunidad representa el período de adaptación del organismo a una nueva situación; la alergia representaría un período de alarma permanente por la mencionada insuficiencia supra-renal; ya que toda fatiga, sea de la porción corticotrófica de

la hipófisis o de la corteza supra-renal, se traduce en un considerable aumento de esteroides mineralocorticoides, que fijan líquido en los flúidos intercelulares, elevan el pH hacia la alcalinidad, traen una vasoconstricción inicial, seguida de isquemia permanente, que es un estado favorable para el desarrollo de las manifestaciones degenerativas del colágeno, confundidas hasta cierto punto con la alergia. Ha sido pues, la inquietud que despiertan estas condiciones desconocidas, lo que me impulsó a presentar a Uds. estos cinco casos de Granuloma maligno, que he tenido la suerte de poder identificar.

Observaciones en España de la Cirugía Endaural

Dr. José Luis Salinas Surió.

EL presente artículo, como se desprende por el título, no está destinado a aportar técnicas, ni estadísticas desde un punto de vista personal; mi experiencia particular sobre esto es corta y solo mencionaré unos datos a este respecto al terminar el trabajo.

Los datos aquí presentados son debidos a mis observaciones durante el curso de Audiocirugía que se llevó a cabo en Madrid, en Marzo pasado, en la cual tomaron parte entre otros el Dr. Francisco Antolí Candela, Dr. Fernando Antolí Candela, Dr. Fernando Olaizola, Dr. Fernández Vila y Dr. García Ibañez.

De todos los anteriores citados con el que tuve contacto más directo y durante más tiempo, fué con el Dr. Francisco Antolí Candela y es sobre su trabajo principalmente sobre el que versan estas observaciones.

También quiero hacer la aclaración de que a lo que Cirugía Endaural se refiere, solo trataré el tema de la cirugía de las hipoacusias de transmisión, dejando fuera

el resto como la de Vértigo de Menière, Descompresiones Faciales etc.

Para una mejor ordenación del trabajo, vamos a dividir en tres grandes grupos el tema:

- 1o. Tímpano Plastía con todas sus variantes.
- 2o. Fenestración de Laberinto, y
- 3o. Movilización de Estribo, con breve comentario sobre la Fenestración de la Platina del mismo.

TIMPANO PLASTIAS: — Las cinco indicaciones clásicas de Wüllstein para tímpano plastías son las siguientes:

- 1o. Perforación de membrana timpánica sin lesión oscicular y oído medio seco.
- 2o. Perforación de membrana timpánica con lesión moderada de mango del martillo o con mínimas lesiones en caja o ático.
- 3o. Destrucción parcial o total de cadena oscicular respetando el estribo.
- 4o. Destrucción de toda la cadena oscicular con platina de estribo móvil, y

5o. Destrucción de cadena oscicular con platina de estribo fija.

Estos cinco distintos tipos de lesiones tienen a su vez distintas técnicas quirúrgicas.

1o. *Perforación de Membrana Timpánica sin Lesión Oscicular y Oído Medio Seco:*

Para esta lesión la cirugía empleada es la miringo-plastia; en la cual previa anestesia tópica de la membrana timpánica y anestesia local, se toma un injerto de región retroauricular, se reavivan los bordes de la perforación en un margen de unos 2 mm. aproximadamente alrededor de esta y se aplica el injerto anterior, taponándose con gasa vaselinada, la cual se retira al quinto día, este injerto prende por lo general y el cuidado principal es preservarlo contra todo tipo de infección.

2o. *Perforación de Membrana Timpánica con Lesión Moderada de Mango del Martillo o con Mínimas Lesiones en caja o Atico:*—De este segundo tipo no pude observar ninguna operación, sin embargo, sí practicarón varias en las que existían mínimas lesiones en caja pero con el martillo íntegro.

La técnica quirúrgica para esto consta de lo siguiente: incisión Endaural, despegamiento de partes blandas, legrado de periostio y aticotomía, estos son los pasos sucesivos para visualizar la región donde previamente se han diagnosticado las lesiones, en tal forma de conservar la mayor parte posible de hueso sano. Una vez localizadas y erradicadas las lesiones, ya sean colesteatomatosas o adhesivas se pone el injerto, el cual cubriendo la mem-

brana del tímpano salta sobre el puente óseo y se lleva al ático donde cubre parte de la superficie cruenta. Es importantísimo en este tipo de intervención dejar dicho apoyo, sin el cual, las adherencias en distintas partes de la cadena oscicular, traería como consecuencia el fracaso funcional de esta cirugía.

3o. *Destrucción Parcial o Total de Cadena Oscicular Respetando el Estribo:*—

Este es uno de los casos más frecuentes; generalmente las lesiones están localizadas tanto en mango de martillo, como en articulación incudo estapedial, se sigue la misma técnica anterior y una vez localizada la interrupción de esta articulación se amplía un poco el campo, hasta convertirlo en una mastoidectomía, después de lo cual se extrae el yunque y el martillo, tratando de ser posible de dejar parte de este último, en el caso de que se compruebe que este pedazo, está libre de toda lesión inflamatoria o destructiva; el objeto de dejar parte del martillo es tener una estructura que evite el contacto directo del injerto sobre el promontorio, una vez hecho esto se palpa el estribo, para ver si es o no móvil, en caso de que este se encuentre fijo en la ventana oval por cualquier causa, como engrosamiento de la mucosa o adherencias, se liberan estas y se intenta su movilización. El segundo paso es el examen de la ventana redonda, en la cual también pueden existir fenómenos adhesivos o engrosamientos que impidan su funcionamiento normal y a la cual hay que liberar. Una vez cerciorados de que el estribo está móvil, y la ventana redonda libre, se reaviva al igual

que en el caso anterior la membrana timpánica, se coloca un pequeño trozo de Gelita (material parecido al Gelfoam), en la abertura de la trompa de eustaquio, así como en la mitad anterior de promontorio, hecho lo cual se cubre toda esta superficie con el injerto, poniendo otro pedazo de Gelita que comprima este sobre el estribo, el injerto irá hasta la cubierta ósea del facial y un poco más atrás de ser posible, después con otros trozos se tapiza toda la cavidad.

Es este el tipo de tímpano plastía que presenta las variantes más importantes de acuerdo con un criterio personal, una de estas es la del injerto a doble cara que por algún tiempo estuvo usando el Dr. Zöllner y que algunos médicos siguen empleando en España, esta consiste en tomar un pedazo de piel aproximadamente de un cm. o cm. y medio por lado y colocarlo con la superficie cruenta hacia fuera, tapizando desembocadura de trompa, promontorio, ventana redonda y al llegar al estribo se hace salir la cabezuela de esta por un pequeño orificio, a continuación se coloca otro injerto aproximadamente del doble del tamaño con la superficie cruenta hacia dentro y el cual sobrepasa en toda la periferia el injerto profundo adaptándose a la superficie ósea, esta técnica abandonada por algunos autores, por temor a la formación de colesteatoma, se sigue practicando sin que hasta la fecha se haya podido observar ningún caso con esta lesión.

Si después de explorar cuidadosamente caja timpánica, encuentran que hay una destrucción de la cubierta ósea del facial,

se abstienen de colocar ningún injerto, ya que las adherencias futuras de este al nervio producen con mucha frecuencia paresias faciales, las cuales obligan a una nueva intervención para removerlo.

4o. *Destrucción de toda la Cadena Oscicular con Platina de Estribo Móvil*:—Se siguen los mismos pasos que anteriormente citamos en el número 3, hasta probar la movilidad de dicha platina; si esto se logra, sobre la marcha se hace un pequeño estribo de material plástico que adapte a esta o ligeramente más pequeño, este estribo artificial es cubierto con el injerto en la misma forma.

5o. *Destrucción de Cadena Oscicular con Platina de Estribo Fija*:—Cuando nos encontramos en el caso de una platina que no puede ser movilizada, sin gran peligro de fracturarla, la tímpano plastía consistirá principalmente en la formación de una pequeña caja timpánica liberando bien la ventana redonda para en un segundo tiempo, unos meses después hacer una fenestración de laberinto.

En el post-operatorio se quita la mitad de las gasas del taponamiento al 5o. día y la otra mitad entre el 7o. y 8o., empezando desde el catorceavo día insuflaciones de trompa, primero con presión baja de unas tres atmósferas, aumentando paulatinamente hasta controlar por visión directa, que la parte anterior del injerto, se abombe ligeramente, lo cual implica la formación de una pequeña cavidad debajo de esta, no colocan el pequeño tubo de polietileno que usa Zöllner para insuflarla, porque consideran molesto pa-

ra el enfermo estar veinte o veinticinco días con un cuerpo extraño en nariz.

Fenestración de Laberinto.—Los pasos de fenestración de laberinto vistos por mí, son hasta cierto punto básicamente iguales a la técnica de Shambaugh, teniendo algunas variantes en los últimos tiempos de esta operación y que son las siguientes: después de encondralizar perfectamente conducto semi-circular, empiezan a hacer el desgaste de la superficie convexa, que queda ligeramente más hacia abajo y adelante que la técnica clásica, de tal forma que el borde inferior de la fenestra queda un poco más profundo que el borde superior, con lo cual se supone que adapta mejor el colgajo o el injerto.

La variante principal a la técnica clásica, consiste en emplear injerto libre en vez del colgajo habitual, la razón para esta modificación según ellos, es que un injerto libre no se hiperhemiza, por no tener un aporte sanguíneo inmediato, lo cual si sucede con el colgajo y esto produce un mayor peligro de entrada de sangre al laberinto, que como es sabido hay que evitar a toda costa, los resultados son: menor reacción laberíntica post-operatoria y menor número de laberintitis posteriores por entrada de sangre.

Movilización de Estribo.—La técnica de la movilización de estribo es fundamentalmente la técnica de Rossen, con algunas variantes que a continuación expongo:

1o. Una vez hecha la incisión en conducto auditivo y despegado este en la forma usual, se amplía el campo opera-

torio a expensas de la pared pósterosuperior, con motor, al cual se le adapta una fresa aproximadamente de un mm. de gruesa, este sistema permite ahorrar considerable tiempo en lo que a la visualización de la articulación incudo estapedial se refiere. Una vez en caja y viendo, como digo anteriormente hasta donde es posible, el estribo, hacen estudio y diferenciación del foco otoesclerótico, está según la experiencia con aproximadamente 1,000 movilizaciones es la siguiente:

Foco otoesclerótico de color asalmonado es considerado como en período evolutivo, independientemente de la mayor o menor fijeza que produzca y por lo tanto grandes probabilidades de refijación en un futuro más o menos próximo.

Foco de color blanquecino presenta mejor pronóstico futuro, ya que este color es considerado generalmente hablando, como terminado el período evolutivo e invasor de otoesclerosis y es en estos casos cuando mejores resultados se han obtenido, aunque desde luego no se puede hablar en forma definitiva, dado los pocos años de observación que tiene esta cirugía.

Hecha ya la anterior diferenciación el siguiente paso es probar la mayor o menor fijeza de la platina, para lo cual no intentan ninguna maniobra sobre la apófisis lenticular, ni sobre las ramas, sino que van directamente a ella, comprobada su fijeza y visualizado el foco otoesclerótico, con un delgado instrumento puntiado, similar a los movilizadores de House, despegan porciones de este hasta donde es posible verlo, en este momento en

ocasiones es posible visualizar la mayor o menor liberación de la parte anterior del estribo, en seguida con los movilizados de House se hace ligera presión vibratoria, hasta que se logra la movilidad del mismo, comprobándola con los movimientos de la ventana redonda. Como todos sabemos, hay ocasiones en las cuales es imposible saber si se ha movilizado realmente el estribo en su articulación, o si se ha producido una fractura, sin embargo, creo que esta falla, si no se erradica por completo, si disminuye con la liberación más o menos extensa del foco, así como desde luego se evita la fractura de las ramas del estribo, cosa que también sucede con alguna frecuencia, hecho lo anterior, se vuelve el tímpano a su lugar, dejando un pequeño trozo de Gelfoam y ocluyendo el conducto auditivo externo con gasa empapada en una pomada de antibiótico.

En general, pude observar que consideran la movilización de estribo o estapedio-clasia como ellos llaman, como una operación en la cual no se debe hacer ni más ni menos que lo que su nombre indica, es decir, son renuentes a la fractura cruenta de la platina, a la fenestración de la misma y a la resección de parte o de todo el estribo, las razones que aducen de orden fisiológico y patogénico son las siguientes: en lo referente a la fractura, la caída o introducción de una esquirla en laberinto, produce de hecho una reacción en el mismo, que si bien puede ser pasajera, también puede ser definitiva. La fenestración de la misma y la resección de parte o de toda ella, transforma en una sola cavidad

oído medio y oído interno, sin ningún elemento de separación, lo cual es sumamente peligroso e inaceptable por las siguientes razones:

a:—Se va a hacer un orificio a ciegas o casi a ciegas.

b:—Cualquier infección de oído medio pasará a oído interno.

c:—Se tiene otra técnica mucho más limpia, y mucho más segura, que es la fenestración de laberinto, para los casos en los cuales no es posible, como dije anteriormente, hacer una movilización propiamente dicha y con la fenestración evitamos el riesgo de esta comunicación directa, ya que el orificio está tapizado por un colgajo o injerto.

Las indicaciones, los cuidados pre y post-operatorios y los riesgos y complicaciones de esta cirugía, salvo lo que cité anteriormente, no lo incluyo en este artículo por ser fundamentalmente los mismos y por lo tanto ya conocidos de todos ustedes, respecto al trabajo personal que mencioné al principio de este artículo, consiste en lo siguiente: doce tímpano plastías, en las cuales once fueron del tipo número tres y una del tipo número cuatro; doce movilizaciones de estribo y dos fenestraciones de la platina del mismo; los resultados obtenidos son semejantes a los de cualquier otra estadística. Sin embargo, solo conjuntando muchos casos más y revisando por un tiempo mayor nuestro trabajo, podremos hablar con mayor seguridad y podremos estar seguros de que nuestras indicaciones y técnicas son correctas.

Exploración Eléctrica del Paladar Blando

(Comunicación Previa)

Dr. Benjamín MACÍAS J.

LA cirugía de amígdala-adenoides, ha evolucionado en la siguiente forma:

1o.—Se trataba de retirar la amígdala, con el mínimo de sangrado tanto en trans como en el post-operatorio y en el menor tiempo posible. 2o.—Cuando acicateado por el problema del foco séptico o de la respuesta a este, debíamos retirarla en forma completa sin dar mayor importancia a estructuras adyacentes y 3o. la cirugía funcional, por la que atravesamos actualmente, en donde no solamente debemos llenar los dos requisitos anteriores, sino dejar una estructura anatómica y funcional tan parecida a la normal como sea posible.

El problema se inició, cuando al examinar a un paciente, meses después de haber sido amigdalectomizado, se encontró que presentaba dificultades a la fonación (rinolalia abierta) y en uno de los tiempos de la deglución, los líquidos pasaban a las fosas nasales. El diagnóstico con que fué recibido, era de paresia del velo del paladar y se necesitaba aclarar, si se trataba de un padecimiento neurológico,

muscular, de tejido colágeno, o de una asociación de estos. Revisando entonces casos anteriores, se encontraron algunos paladares no útiles funcionalmente y con sorpresa se registró, una gran incidencia de trastornos post-quirúrgicos, que en la mayoría de los casos eran diagnósticos como paresias o parálisis del velo; secuelas estas, que por qué no decirlo, son el resultado de nuestra anterior inocencia quirúrgica.

Como no disponíamos de ningún método exploratorio que nos ayudara a hacer el diagnóstico diferencial, entre una parálisis o una paresia por trastorno neural, un padecimiento muscular, (ya fuera de origen traumático o no), o bien alteraciones en el colágeno (bridas o cicatrices deformantes), que provocan alteraciones funcionales, nos vimos precisados a buscar el que ahora les presentemos, que no es sino el resultado de la inquietud, para llegar a conclusiones más exactas en estas disfunciones.

Utilizando un cronaxímetro, previa aplicación de pantocaína en orofaringe,

sacamos en nuestro paciente el valor de la reobase y posteriormente, el tiempo de cronaxia; cifras que nos sirvieron para compararlas, con las obtenidas en los músculos faciales ya conocidas y que siendo semejantes, se dedujo que no existía trastorno nervioso ni muscular y solo una fibrosis acentuada, que no permitía la respuesta normal, en las contracciones musculares, provocando la sintomatología ya anotada.

Los valores encontrados en nuestras exploraciones, no están consignados dentro de las tablas generales de exploración cronáxica y por encontrarlos similares a otros grupos musculares, los hemos considerado como normales.

Para comprender bien este método de exploración, pasaremos una placa con la musculatura del velo del paladar y señalaremos los puntos de excitación, para obtener las respuestas musculares. 1o.—el pilar anterior, con el palato-gloso. 2o.—el pilar posterior, formado por el palato-faríngeo. 3o.—el elevador del velo en la base de la úvula y 4o.—el constrictor faríngeo, sobre la pared posterior. Se comprende que estos puntos de excitación son simétricos.

Durante la exploración, observamos que la respuesta con los mismos valores en tiempo e intensidad, variaba en un mismo músculo si la excitación se hacía más próxima a la plaquilla neuromuscular; variación que deberá ser tomada en cuenta, así como la respuesta obtenida a nivel de las zonas de mayor densidad fibrosa, en donde es mínima y no debe confundirse con un padecimiento del tronco nervioso.

Alentados por este resultado, se hizo cronaxia de estos músculos, en 10 pacientes seleccionados al acaso en la consulta externa de nuestro Hospital, algunos amigdalectomizados y otros no; pero ninguno con trastornos funcionales de velo. Los resultados fueron más o menos similares y se pasan en las gráficas siguientes. Hemos buscado un caso que sería muy demostrativo: la parálisis post-diftérica. Sin embargo, en todos estos meses no se ha podido encontrar ninguno, lo que pone muy en alto la labor de nuestro H. Departamento de Salubridad y Asistencia.

Los métodos eléctricos de exploración son la cronaxia y la electromiografía. En esta comunicación, solo nos hemos referido al primero de ellos, aclarando que la exploración muscular y las bases fisiológicas del funcionamiento de la fibra estriada, la excitación y la conducción en la neurona, así como los mecanismos de sinapsis no han sido tratados aquí; pero deben tomarse muy en cuenta para estudios posteriores de electromiografía, método de estudio de gran porvenir según nuestro criterio y del cual no disponemos como exploración rutinaria, aunque ya lo estamos estudiando con este fin.

El sistema motor, es un mecanismo demasiado complejo para que nos detengamos en una comunicación previa sobre él y solo apuntaremos que laboramos con dos factores: el número de voltios para lograr una contracción visible (respuesta) y el tiempo de aparición de esta contracción al duplicar el voltaje, sin que se tome en cuenta ningún otro factor. Esto de ninguna manera quiere decir que el

estudio sea imperfecto, ya que para la clínica, los datos encontrados tienen valores perfectamente confiables y son de aplicación corriente en neurología.

Hemos dado los primeros pasos para proseguir adelante este estudio; pero creemos que el método es fácil de aplicar, perfectamente bien conocido y de uso rutinario clínico, pudiendo ser de gran utilidad para nuestra práctica diaria en el diagnóstico diferencial de los padecimientos del velo, de las secuelas postoperatorias y de otras disfunciones, como padecimientos generales con manifestaciones sobre este órgano. Por ejemplo, la parálisis general progresiva, la siringomielia y algunos otros que presenten patología sobre el noveno, décimo y onceavo pares renales (síndrome de Tapia, Avellis y en general, los del agujero desgarrado posterior).

Por otra parte, si agregamos al método, la exploración táctil de la orofaringe y completamos la exploración clínica por otros métodos ya conocidos, estamos seguros de llegar a diagnósticos más correctos, en beneficio de nuestros pacientes.

RESUMEN

1o.—Se plantea la necesidad de hacer el diagnóstico diferencial entre parálisis, paresia, trastornos musculares y alteraciones del colágeno, en los padecimientos del velo en el paladar blando.

2o.—Se propone un método exploratorio eléctrico, para el diagnóstico diferencial de estos padecimientos.

3o.—Se dan los valores encontrados por nuestra experiencia, en la reobase y cronaxia de los músculos que forman el paladar blando y orofaringe.

4o.—Se hace notar la importancia de la cirugía funcional en el manejo de la faringe.

5o.—Pensamos que la electro-miografía será un método de importancia capital para estos estudios.

BIBLIOGRAFIA

1o.—Enfermedades de Oído, Nariz y Garganta **Dr. Francis Lederer**, edición 1954. Cap. Anatomía de la Faringe.

2o.—Cronaxias de los músculos para exploración neurológica. Archivos Depto. de Neurología Hospital Juárez.

DR. RICARDO TAPIA y FERNANDEZ

1871 — 1958

Dr. Juan ANDRADE PRADILLO.

ES para mí un honor tomar parte en el homenaje a la memoria de nuestro Presidente Honorario el Dr. Ricardo Tapia y Fernández.

En Sesión Solemne el mes de Junio de 1944, bajo la presidencia del Dr. H. Fernández Isassi, la Sociedad Mexicana de Oftalmología y O.R.L. eligió como presidente honorario al Dr. Ricardo Tapia y Fernández creando este elevado cargo y llevando a ocuparlo a una personalidad científica indiscutible por sus grandes mèritos. A la vez se celebraron jubilosamente sus 50 años de ejercicio profesional. Ese mismo año la Academia Nacional de Medicina festejó el medio siglo de su provechosa actuación como médico. Posteriormente en 1946 fué nombrado Socio Honorario de la Soc. Mex. de Oftalmología y continuó como presidente Honorario en la Soc. Mex. de O.R.L.

Sus estudios primarios los hizo en el Instituto del Sr. Emilio Baz, tío del prestigiado Dr. Gustavo Baz. Posteriormente tuvo como maestros al Ing. Manuel María Contreras y al Dr. José María Rodríguez.

En 1888 empezó a estudiar en la Escuela de Medicina la carrera de farmacéutico y dos años más tarde se inscribió para seguir la carrera de médico cirujano, fué practicante de número en los hospitales de San Andrés y Beistegui; sustentó examen profesional en 1894 y le fué expedido el título por la Junta Directiva de Instrucción Pública del D. F. Los primeros años de la vida profesional los dedicó a la medicina interna pero empezó a cultivar la cirugía de cabeza y cuello. En 1909 en el Hospital General sustituyó al Dr. Rafael Silva quien se fué a Europa a estudiar oftalmología. Fué Jefe de Servicio hasta 1916 en que dejó el puesto para dedicarse a su numerosa clientela. En el Hospital General abrió una clínica libre de la especialidad. En su clínica particular nos enseñó a numerosos médicos: Dr. Darío Fernández, Dr. Enrique Villela, Dr. Jorge Martínez y a mí, así como a otros muchos que residen o residieron en el interior de la República y a sus hijos Ricardo y Carlos.

No es mi deseo repetir los elogios tan merecidos que en diversas ocasiones se

han hecho, principalmente al festejar su jubileo profesional. Sin embargo deseo recordar algo de lo que presencié y que creo sea de interés general.

Entre los rasgos sobresalientes de su carácter figura su ecuanimidad; en los enfermos con dolencias rebeldes y aún en los incurables nunca se declaró vencido; en los enfermos en estado de desequilibrio, desviados de su estado fisiológico normal, sacaba el mejor partido de los órganos sanos para lograr que los patológicos recuperaran su función normal. Sereno y tranquilo supo defender sus ideas con calor. Clínico sagaz y hábil operador.

Conocí al Dr. Ricardo Tapia y Fernández en 1918 con motivo de haber tratado a mi abuelo padrastro el Dr. José Ignacio Capetillo, profesor por 30 años de la Escuela Nacional de Medicina. En 1919 atendió al famoso barítono Tita Ruffo y a la Sra. Masson esposa de Polaco; le operó de nódulos de las cuerdas vocales pudiendo posteriormente cantar en el Metropolitan Opera House de N. Y. Dicha operación la practicaba con un aparato de su invención que se asemejaba a un cepillo de carpintero, como si se tratara de una navaja Guillelte, la hoja cortante estaba escondida y solamente sobresalía unos milímetros en su centro; seccionaba por tracción y no podía cortar sino exclusivamente los nódulos sin poder cortar las cuerdas.

Aplicaba admirablemente la asepsia en la especialidad.

En la trepanación del aditus ad antrum empleaba el cincel colocando el bisel hacia abajo, dando golpecitos en dos direcciones: hacia abajo y hacia arriba sin mo-

ver la punta la cual basculaba sobre su eje. Este procedimiento da una rapidez notable y seguridad para no lesionar el facial; el corte termina dejando una hendidura con un plano casi vertical en la parte superior y muy inclinado en desván, el inferior.

Para la canalización del seno frontal usó alambre flexible de plomo.

Para facilitar la intubación de la laringe y para corregir los espasmos laríngeos usaba la propulsión de la lengua hacia afuera.

En el mastoide usaba la percusión y la diafanoscopia como complemento de la exploración.

La expresión de las amígdalas con instrumento como lo empleaba con un fin diagnóstico o bien terapéutico.

Usó el ácido láctico al tercio en el tratamiento de las rinofaringitis tusígenas catarrales tan frecuentes en nuestro medio, el cual aplicaba con un porta algodón curvo.

La electrocoagulación de las várices de la lengua, cuando estas producen esputos hemoptóicos y con mayor razón cuando hay hemorragia por ruptura de alguna várice.

Era muy hábil y le agradaba sobremedida emplear las vías naturales para diferentes actos quirúrgicos, fibromas nasofaríngeos y otros tumores, abscesos laterofaríngeos, la extirpación de tumores benignos de la laringe por vía indirecta. Desde 1923 empleaba la instrumentación de Guisnez y ya anteriormente hacia trabajos de esofagología.

Así mismo aportó bastantes trabajos sobre la especialidad en las Sociedades

de Medicina Interna, en el Hospital General, en la Franco-Mexicana, en la Cruz Roja de la cual fué fundador y en la de Oftalmología y O.R.L.

Fué presidente Honorario del I y IV Congresos Pan Americanos de O.R.L. y B. En 1946 fué designado Socio Honorario de la American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology.

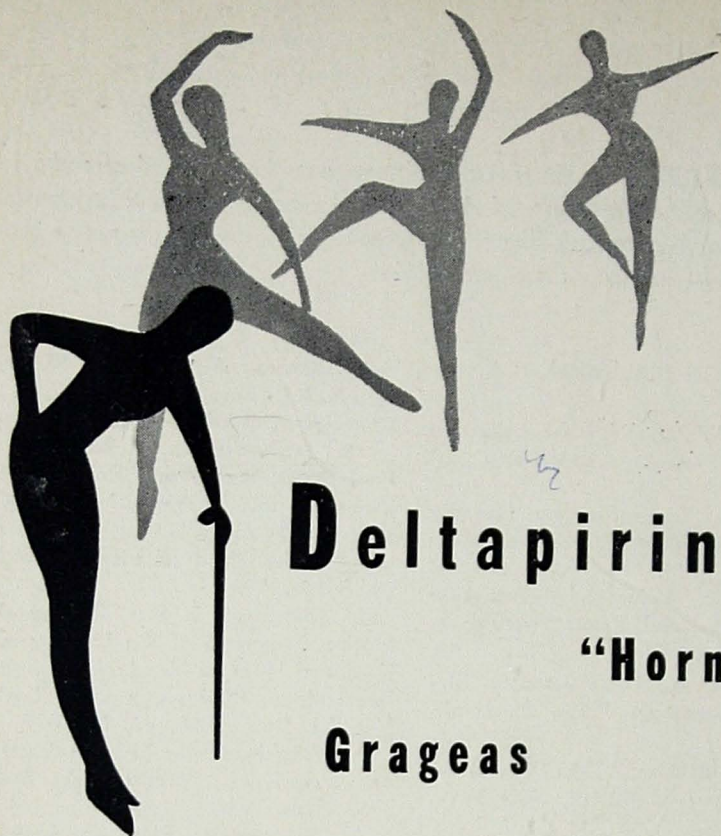
El Dr. Ricardo Tapia y Fernández fué un mexicano intachable, padre y esposo modelo que cumplió su destino satisfactoriamente.

Uniéndome al homenaje que nuestra Sociedad le tributa rogamus a sus hijos nos hagan partícipes de sus sentimientos dolorosos.

NOTA ACLARATORIA: En nuestro número anterior apareció el trabajo "¿Qué debe hacer el Otológo ante el Adulto Sordo, no Quirúrgico?", cuyo autor es el Dr. Pedro Berruecos Téllez y Colaboradores, por un error no se incluyó la bibliografía la cual se da a continuación:

INFORMACION BIBLIOGRAFICA

1. Clegg, D.: "Pattern for the Listening Eye". Chichester Press Ltd., Chichester, England, 1957.
2. Ewing, I. R.: "Lipreading and Hearing Aids". Manchester University Press, Manchester, England, 1944.
3. Fairbanks, G.: "Voice and Articulation Drillbook". Harper and Bros., New York, 1940.
4. Goldstein, M. A.: "The Acoustic Method". The Laryngoscope Press, St. Louis, 1939.
5. Gray, G. W. & Wise, C. M.: "The Bases of Speech". Harper and Bros., New York, 1934.
6. Kinzie, C. & Kinzie, R.: "Lip-Reading for the Deafened Adult". John C. Winston & Co., Philadelphia, 1930.
7. Lederer, F. L. et al.: "Hearing and Speech Rehabilitation". Supplement to U.S. Naval Medical Bulletin, March 1946. (Published by the Bureau of Medicine and Surgery Navy Department, Washington, D. C.).
8. Lederer, F. L. & Hardy, W. G.: "Treatment and Training of the Hard of Hearing: A Program of Physical and Psychological Therapy". Archives of Otolaryngology, Vol. 43, May 1946, pp. 429-461.
9. Lehman, A., Peck, A. W. & Samuelson, E. E.: "Ears and the Man". F. A. Davis Company, Publishers, 1926.
10. Morkovin, B. V., Kinkade, J. M. & Caziarc, D. R.: "Aural Rehabilitation: Psychological and Therapeutic Aspects". Published by the Coordinating Council of Societies for the Hard of Hearing in Southern California, 1946.
11. Morrissett, L. E.: "The Aural Rehabilitation Programa of the U.S. Army for the Deaf and Hard of Hearing". Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology, Vol. 55, Dec. 1946, pp. 821-838.
12. Nitchie, E. B.: "Lip-Reading Principles and Practices". Frederick A. Stokes Co., New York, 1930.
13. Pintner, R., Eisensohn, J. & Stanton, W.: "The Psychology of the Physically Handicapped". F. S. Grofts, New York, 1941. (Capítulos 5 y 6).
14. Silverman, S. R.: "Training for Optimum Use of Hearing Aids". The Laryngoscope, Vol. 54, Jan. 1944, pp. 29-36.
15. Stevens, S. S.: "Handbook of Experimental Psychology". John Wiley & Sons, Inc., New York and Chapman & Hall Ltd., London, 1951.
16. Whitehurst, M. W.: "Auditory Training Manual". Hearing Rehabilitation, 330 East, 63rd. St., New York 21, 1955.



Deltapirina

"Hormona"

Grageas

PREDNISONA
FENILBUTAZONA
AMINOPIRINA

1 mg.
125 mg.
125 mg.

ACCION

ANALGESICA Y
ANTI-INFLAMATORIA

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

DELTAPIRINA "HORMONA"

FRASCOS CON 20 Y 100 GRAGEAS

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

LABORATORIOS "HORMONA", S. A.
LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS REG. Núm. 48395 S. S. A. PROP. Núm. A-B-5357/57 S. S. A.



**EN LAS
INFECCIONES
RESPIRATORIAS**

niveles de tetraciclina
más elevados y rápidos en la
sangre / profilaxis adicional contra
la proliferación moniliásica
excesiva y sus posibles
complicaciones

eficaz contra los
microorganismos patógenos
comunes

MISTECLIN-V

Complejo del Fosfato de Tetraciclina + Nistatina (Micostatin) Squibb

CAPSULAS DE MISTECLIN-V
(COMPLEJO DEL FOSFATO DE
TETRACICLINA EQUIVALENTE A
125 ó 250 MG. DE CLORHIDRATO
DE TETRACICLINA Y 125.000
ó 250.000 UNIDADES DE MI-
COSTATIN); FRASCOS DE 8 y 12.

*Un siglo
de experiencia
inspira confianza*



SQUIBB

Nistatina—originalmente ensayada y clínicamente comprobada por Squibb

'MISTECLIN' Y 'MICOSTATIN' MARCAS REGISTRADAS

Reqs. Núms. 49336 y 45628 S.S.A.

"PRENSA MEDICA"

P. Med. 5008/59 S. S. A.

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

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 CORRESPONDIENTES

Dr. Manuel García Curbelo
1o. de Octubre No. 468
Habana, Cuba.
Dr. Arthur J. Gracovaner
114 East 62 nd. St.
New York, N. Y.
Dr. Ciro Leal Carneiro
Domicilio Conocido.
Fortaleza, Ceará, Brasil.
Dr. Francisco Marañes
Espalter No. 15
Madrid, España.

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

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

Dr. Reinaldo de Villers
Av. Aliados No. 13
Habana, Cuba.

SOCIOS FUNDADORES

Dr. Juan Andrade Pradillo
Dr. Pedro Berruecos
Dr. Andrés Bustamante Gurría
Dr. Ramón del Villar
Dr. Daniel García Urgell
Dr. Mario González Ulloa
Dr. Gustavo Jerez Tablada

Dr. Manuel López y López
Dr. Federico Molas
Dr. Walter Reinking
Dr. Ricardo Tapia Acuña
Dr. Plutarco Torres Luquín
Dr. Luis Vaquero Sánchez

SOCIOS ACTIVOS

MEXICO, D. F.

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 7, D. F.
Dr. Juan Andrade Pradillo
Emparan No. 39-1
Tels.: 12-43-56 y 14-17-14
México 1, D. F.
Dr. Pedro Andrade Pradillo
San Luis Potosí No. 44
Tel.: 11-55-53
México 7, D. F.

Dr. Manuel Arrijoa Lima
Av. 20 de Noviembre No. 79-4
Tels.: 13-90-19 y 17-45-11
México 1, D. F.
Dr. Miguel Arroyo Guijosa
Medellín No. 94 Desp. 10
Tel.:
México 7, D. F.
Dr. Jaime Asch
Insurgentes No. 429-43
Tels.: 23-19-12 y 11-76-33
México, D. F.
Dr. Isaías Balanzario Rosas
Niza No. 6-203
Tels.: 11-91-97 y 11-35-13
México 6, D. F.

Dr. Mario Antonio Barrón y S.
Medellín No. 86
Tels.: 11-67-33 y 17-35-34
México 7, D. F.
Dr. Juan Becerril Carmona
Donceles No. 86
Tel.: 12-25-22
México 1, D. F.
Dr. Pedro Berruecos
Av. 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 7, D. F.
Dr. Andrés Bustamante Gurriá
Medellín No. 94
Tels.: 11-25-44 y 24-72-50
México 7, D. F.
Dr. Octavio Cal y Mayor
Rincón del Bosque No. 29
Tel.: 28-90-26
México 5, D. F.
Dr. Jaime Carrillo Jr.
Zacatecas No. 236
Tels.: 24-74-46 y 25-17-00
México 7, D. F.
Dr. Jorge Corvera Bernardelli
Insurgentes Sur No. 825-201
Tel.: 43-16-76
México, D. F.
Dr. Enrique Culebro Carreri
Sinaloa No. 84
Tel.: 11-52-87
México 7, D. F.
Dr. Efraín Dávalos
Medellín No. 94
Tel.: 11-25-44
México 7, D. F.
Dr. Andrés L. Delgado
Av. Nuevo León No. 221-3
Tel.: 15-05-16
México, D. F.
Dr. Leo Deutsch
Reforma No. 510-602
Tel.: 14-37-02
México 5, D. F.
Dr. Salvador Durán T.
Arista No. 24
Tel.: 26-99-03
México 3, D. F.
Dr. Victoriano M. de Acosta
Tehuantepec No. 257-201
Tels.: 25-36-11 y 35-23-56
México 7, D. F.
Dr. Eduardo de la Parra
Colima No. 330 4o. Piso
Tels.: 28-73-44 y 35-37-85
México 7, D. F.
Dr. Ramón del Villar
Amsterdam No. 295
Tels.: 28-59-29 y 23-11-69
México 11, D. F.

Dr. Eduardo de Gortari
Bucareli No. 181-1
Tel.: 12-51-79
México 6, D. F.
Dr. Alfonso Espinosa Grande
Av. Chapultepec No. 178
Tel.: 11-04-80
México 7, D. F.
Dr. Eligio Esquivel Medina
Sinaloa No. 10 4o. 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 7, D. F.
Dr. Manuel Fernández Posada
Guerrero No. 2-202
Tels.: 21-24-21
México 3, D. F.
Dr. Mario Galindo Hernández
Palma Norte No. 335 Desp. 1
Tels.: 21-60-36 y 20-67-77
México 1, D. F.
Dr. Alberto Gallegos Domínguez
Av. Revolución No. 42-7
Tels.: 15-37-03 y 15-48-13
México 18, D. F.
Dr. Máximo García Castañeda
Leibnitz No. 1 7o. Piso
Tels.: 25-53-03 y 43-05-28
México 5, D. F.
Dr. Rafael Giorgana
Tonalá No. 79 2o. Piso
Tels.: 14-05-30 y 14-05-80
México 7, D. F.
Dr. Armando González Gomar
Dinamarca No. 88 1er. Piso
Tels.: 28-03-41 y 28-06-44
México 6, D. F.
Dr. Luis González Rentería
Monterrey No. 47 1er. Piso
Tel.: 28-62-67
México 7, D. F.
Dr. Rafael González Rivas
Tonalá No. 79
Tel.: 14-05-30 y 14-05-80
México 7, D. F.
Dr. José Luis González Salas
Arista No. 24
Tel.: 26-99-03
México 3, D. F.
Dr. Armando Gutiérrez Montesinos
Tajín No. 627
Tel.: 23-77-67
México, D. F.
Dr. Gaspar Hernández
Jalapa No. 13
Tel.: 12-25-27
México 7, D. F.
Dr. Mariano Hernández G.
Medellín No. 94 5o. Piso
Tel.: 35-08-44
México 7, D. F.

- Dr. Carlos Herrera Garduño
Dr. Mora No. 9 Desp. 25
Tel.: 18-36-90
México 7, D. F.
- Dr. Gustavo Jeréz Tablada
Tabasco No. 332
Tels.: 14-98-25 y 11-21-42
México 7, D. F.
- Dr. Luis G. Labastida
Uruguay No. 182-9
Tel.: 22-25-80
México 1, D. F.
- Dr. Manuel López y Lopez
Regina No. 7
Tels.: 12-51-57 y 12-01-08
México 1, D. F.
- Dr. Benjamín Macías Jr.
Leibnitz No. 1 7o. Piso
Tel.: 25-50-58
México 5, D. F.
- Dr. Benito Madariaga Rangel
Tonalá No. 178 3er. Piso
Tels.: 25-57-66 y 27-42-09
México 7, D. F.
- Dr. Vicente Manero
Oaxaca No. 92 2o. Piso
Tels.: 43-01-47 y 11-29-65
México 7, D. F.
- Dr. Ernesto Manero
Oaxaca No. 92 2o. Piso
Tel.: 43-01-47
México 7, D. F.
- Dr. Efrén Marín
Orizaba No. 185
Tels.: 46-34-80 y 14-12-65
México 7, D. F.
- Dr. Fernando Meléndez C.
Mariano Escobedo No. 536
Tel.: 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 1, D. F.
- Dr. Juan Oberhauser
Av. Baja California No. 196-503
Tels.: 23-14-74 y 14-31-69
México 7, D. F.
- Dr. César Ortiz Jara
Mazatlán No. 192-2
Tels.: 15-11-48 y 15-63-47
México 11, D. F.
- Dr. Rafael Pacchiano
Amores No. 96
Tels.: 23-67-80 y 23-34-15
México 12, D. F.
- Dr. Angel Pérez Aragón
Río Sena No. 88
Tels.: 11-21-82 y 23-01-39
México 5, D. F.
- Dr. Ernesto Pérez Fuentes
J. García Icazbalceta No. 78
Tel.: 46-24-16
México 5, D. F.
- Dr. Raúl Pérez Herrera
Berlín No. 31-301
Tels.: 46-20-19 y 20-07-61
México 6, D. F.
- Dr. Guillermo Pérez Villasante
Monterrey No. 101 1er. Piso
Tels.: 11-17-50 y 11-20-94
México 7, D. F.
- Dr. José Manuel Rangel Obregón
Víctor Hugo No. 79
Tel.: 11-49-00
México 5, D. F.
- Dr. Benito Rebolledo Vergara
Tonalá No. 15
México 7, 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
"Clínica Ollervides"
Av. Chapultepec No. 408
Tel.: 25-10-20
México 7, D. F.
- Dr. Daniel Roldán Posada
Durango No. 108 Esq. Jalapa
Tel.: 25-41-46
México 7, D. F.
- Dr. Roberto L. Sánchez
Querétaro No. 131
Tel.: 46-43-28
México 7, D. F.
- Dr. Leonardo Silva Espinosa
Bahía de Magdalena No. 117
Tels.: 11-11-15 y 11-10-74
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
Av. Insurgentes 300-715
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.
- Dra. Isabel Torices
Salvador Díaz Mirón No. 154
Tel.: 16-24-42
México 4, D. F.
- Dra. Gabriela Torres Courtney
Cerrada de Tlaxcala No. 12
Tel.: 11-80-20
México 7, D. F.
- Dr. Plutarco Torres Luquín
Av. Chapultepec No. 349
Tels.: 14-53-15 y 28-74-48
México 7, D. F.

Dr. Luis Vaquero S.
Maestro Antonio Caso No. 150-1
Tels.: 16-53-69 y 16-53-85
México 1, D. F.
Dr. Carlos Valenzuela Ezquerro
Petrarca No. 332-1
Tels.: 14-07-81 y 20-65-61
México 5, D. F.

Dr. Ricardo Villanueva
Av. Juárez No. 145-7
Tels.: 12-32-21 y 11-90-88
México 1, D. F.
Dr. Joaquín Zermeño
Tacuba No. 33-303
Tel.: 10-24-39
México 1, D. F.

SOCIOS ACTIVOS FORANEOS

CHIAPAS

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

CHIHUAHUA

Dr. Ignacio Peraldi Ferriño
Edificio Central Médica
Cd. Juárez, Chih.

COAHUILA

Dr. Jesús García López
Hospital Carbonífera
Nueva Rosita, Coah.
Dr. Alfonso Garibay Fernández
Hidalgo y Rodríguez
Torreón, Coah.
Dr. Oliverio Lozano Rocha
Rodríguez No. 351 Sur
Torreón, Coah.
Dr. Gilberto Martínez
Zaragoza No. 308
Saltillo, Coah.

HIDALGO

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

SOCIEDAD DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE GUADALAJARA, JAL.

González Ortega No. 23

Dr. Gabriel Camarena G.
Pedro Moreno No. 884
Guadalajara, Jal.
Dr. Rodolfo Cortés Ochoa
Prisciliano Sánchez No. 1095
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. Félix Michel
Pavo No. 112
Guadalajara, Jal.
Dr. Edmundo Montes de Oca
Av. Alcalde No. 281
Guadalajara, Jal.
Dr. José Sánchez Cortés
Justo Sierra No. 367
Guadalajara, Jal.

Dr. J. Jesús Vital
González Ortega No. 23
Guadalajara, Jal.

MICHOACAN

Dr. Francisco Rivadeneyra
"Centro Médico Morelia"
Morelia, Mich.

MORELOS

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

NUEVO LEON

Dr. Adolfo Garza
Diego Montemayor No. 716
Monterrey, N. L.
Dr. Roberto Garza González
Padre Mier No. 321 Desp. 105
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. J. L. Salina Surio
Escobedo No. 584 Sur
Monterrey, N. L.
Dr. Oscar Treviño Landois
Hidalgo No. 135 Ote.
Monterrey, N. L.

OAXACA

Dr. Alberto Narváez
Edificio 5 de Mayo No. 8-104
Oaxaca, Oax.

PUEBLA

Dr. Ignacio Bauza González
13 Sur No. 301
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. 97
San Luis Potosí, S. L. P.
Dr. José C. Sánchez Castillo
Av. Juárez No. 160
San Luis Potosí, S. L. P.

SINALOEA

Dr. Armando Olivera Quiroz
Rosales No. 155 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. Luis Gutiérrez Sánchez
Aurora No. 118 Sur
Tampico, Tamps.

Dr. Mario Mena Treviño
Matamoros No. 508
N. Laredo, Tamps.
Dr. Alberto L. Valdés
Abasolo y Sexta
H. Matamoros, Tamps.
TOLUCA, MEX.

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

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 Tiburcio
Juárez No. 101
Veracruz, Ver.
Dr. Roberto Said Laserre
Av. 2 Norte y Calle 8 Oriente
Poza Rica, Ver.

ZACATECAS

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

SOCIOS ADSCRITOS

Dr. Jorge Caraza
Uruapan No. 3
Tels.: 11-22-50 y 20-12-69
México 7, D. F.
Dr. Julio Cueva Velázquez
Jalapa No. 113
Tels.: 14-36-16 y 14-65-67
México 7, D. F.
Dr. Francisco Durán Acosta
Insurgentes No. 254-503
Tel.: 11-09-29
México 7, D. F.

Dr. Eduardo Echeverría
Zacatecas No. 236
Tels.: 25-17-00 y 14-87-24
México 7, D. F.
Dr. Mario González Ulloa
Tuxpan No. 23
Tels. 11-83-87 y 11-68-64
México 7, 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.

SOCIOS ACTIVOS EN TRAMITE

Dr. Tomás I. Azuara S.
Tonalá No. 79
Tels.: 14-05-30 y 14-05-80
México 7, D. F.
Dr. Andrés Bustamante Balcarcel
Medellín No. 94 2o. Piso
Tel.: 11-25-44
México 7, D. F.
Dr. Rolando del Rosal
Tehuantepec No. 257 1er. Piso
Tel.:
México 7, D. F.
Dr. José Ganem Helu
Puebla No. 159
Tels.: 11-09-71 y 22-53-22
México 7, D. F.

Dr. Francisco Hernández Orozco
Medellín No. 94 3er. Piso
Tel.: 11-25-44
México 7, D. F.
Dr. Manuel Morín Santillán
Mérida No. 119
Tel.:
México 7, D. F.
Dr. Rodolfo Olvera Olvera
Pasteur No. 115
Tel.: 21-20-40
México, D. F.
Dr. Ramón Ruenes Fernández
Guanajuato No. 94
Tel.: 25-18-85
México 7, D. F.

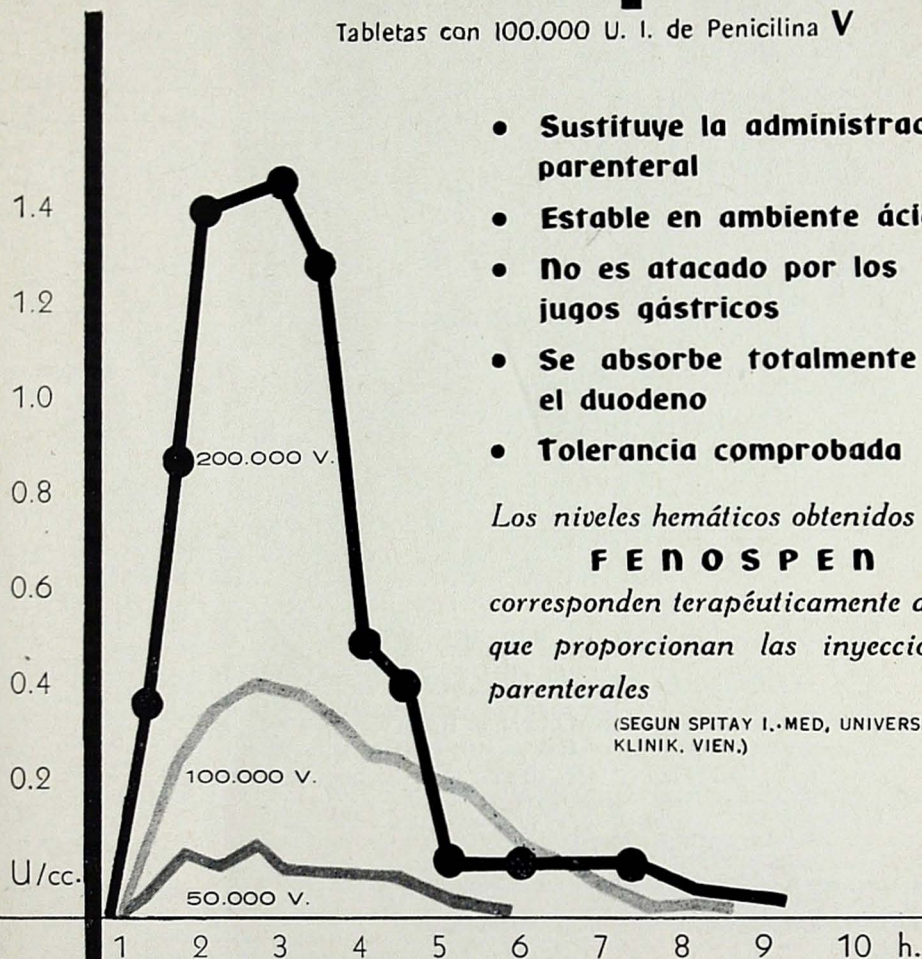
fenospen

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
FENOSPEN
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

Farmitalia



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

QUEMICETINA SUCCINATO

ERBA

- **EL PRIMER CLORAMFENICOL HIDROSOLUBLE**
IL Farmaco - Vol. IX, Fasc. I, Pág. 23
- **44% MENOS TOXICO QUE EL CLORAMFENICOL PURO**
IL Farmaco - Vol. IX, Fasc. I, Pág. 24
- **7 a 9 VECES MENOS TOXICO QUE EL GRUPO DE LAS TETRACICLINAS**
IL Farmaco - Vol. IX, Fasc. I, 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. I, 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. I, 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 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)

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.

**Cuando
los gérmenes
patógenos
y
el trauma
se combinan
para producir
otitis
Furacin
Marca de Nitrofurazona
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 previamente 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 tópicamente 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. No. 36926 S.S.A. 36954 S.S.A. 34108 S.S.A.

Prop. No. ABF1-12418/56 S.S.A.

EN EL
DOLOR
EN
OTORRINOLARINGOLOGIA

POR VIA RECTAL

SUPRAL

SUPOSITORIOS

Cada supositorio contiene:

Acido 55 Dialil Barbitúrico (Dial)	0.03 g.
4 Dimetil Amino 1.5 Dimetil Fenil Pirazolona (Piramidon)	0.20 g.

INTRAMUSCULAR
O
INTRA VENOSO

PIRAMETIL

AMPOLLETAS

Cada ampolleta contiene:

Fenildimetilpirazonametilaminome- tasulfonato sódico	1.0 g.
Agua bidestilada c.b.p.	2.0 g.

PERMITEN OBTENER UNA ACCION ANALGESICA EN OTALGIAS,
SINUSALGIAS, CEFALEAS Y EN EL DOLOR FARINGEO POR
AMIGDALITIS O CONSTRICTIVOS A LA AMIGDALECTOMIA.

DOSIS Y MODO DE EMPLEO:

SUPRAL

Uno a cuatro supositorios al día, pro-
porcionalmente en los niños.

PIRAMETIL

Una ampolleta intramuscular o intra-
venosa, repetida hasta 3 veces al día
si es necesario.



ESPECIALIDADES PARA OIDOS, NARIZ Y GARGANTA

Chicago 34-5

Tel.: 23-20-71

México 18, D. F.

Reg. No. 46476 S. S. A. y 44625 S. S. A.
Literatura exclusiva para médicos No. A-B-11377/58.