

ANALES

**de la
sociedad mexicana
de
oto-rino-laringología**

órgano oficial

publicación bimestral

MEXICO • MARZO-ABRIL • No. 43 **1960**

Quemimetina Succinato

PRODUCTO DE INVESTIGACION DE LA CARLO ERBA S. p. A. DE MILAN

**SINTETIZADO EN 1952 Y
LANZADO AL MERCADO DESDE 1955**

**PRIMER CLORAMFENICOL
HIDROSOLUBLE
PARA USO ENDOVENOSO,
INTRAMUSCULAR O TOPICO**

CARLO ERBA
de México, S.A.

Miguel Angel de Quevedo 555

México 21, D. F.

Literatura exclusiva para médicos

Reg. No. 45212 S. S. A.

P. Méd. 2047/60 S. S. A.

brilla una nueva estrella
en el firmamento antibacteriano

ALTAFUR

marca registrada

el primer nitrofurano eficaz por vía oral
en las infecciones bacterianas generales

- Su espectro antimicrobiano abarca la mayoría de las infecciones comunes que se ven en la práctica diaria en el consultorio y en los hospitales.
- Marcada acción bactericida contra los estafilococos, estreptococos, neumococos, coliformes.
- La sensibilidad in vitro del estafilococo (incluyendo las cepas resistentes a los antibióticos) ha alcanzado el 100%.
- No se ha encontrado desarrollo de resistencia bacteriana significativa.
- Bajo porcentaje de efectos secundarios.
- No destruye la flora intestinal normal ni favorece el desarrollo exagerado de monilias (poca o ninguna excreción fecal).

Presentación: Frascos con 12 tabletas de 250 mg. cada una (adultos); frascos con 20 tabletas de 50 mg. cada una (pediátrica).

Posología media para adultos: Una tableta de 250 mg. cuatro veces al día, con los alimentos o leche.

Posología pediátrica media: 22-25 mg./Kg. de peso corporal diariamente, dividida en cuatro dosis.

PRECAUCION: La ingestión de alcohol en cualquier forma, ya sea medicinal o como bebida, debe evitarse durante la terapéutica con Altafur.

NITROFURANOS - una nueva clase de agentes antimicrobianos

EATON LABORATORIES

División de The Norwich Pharmacal Company
Norwich, New York, E. U. A.

Registro No. 54950 S. S. A. I.P. Med. No. 3586/60 S. S. A.

Representante: **CASA MORIN, S. A.**

Av. Popocatepetl No. 474
México 13, D. F.

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

MONTERREY No. 47-201

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

MESA DIRECTIVA

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

SOCIOS HONORARIOS

Presidente Honorario:	DR. DANIEL GURRIA URGELL.
Socios Honorarios:	DR. JOSE VICENTE MANERO.
	DR. CHEVALIER L. JACKSON.
	DR. PAUL H. HOLINGER.
	DR. GEORGE E. SHAMBAUGH.

SOCIOS FUNDADORES

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

SOCIOS CORRESPONDIENTES

Dr. Manuel García Curbelo	Dr. Francisco Maraños
1o. de Octubre No. 468	Espalter No. 15
Habana, Cuba.	Madrid, España.
Dr. Arthur J. Gracovaner	Dr. Alonso Roy
114 East 62 nd. St.	Apartado No. 131
New York, N. Y.	Panamá, Rep. de Panamá.
Dr. Ciro Leal Carneiro	Dr. Reinaldo de Villers
Domicilio Conocido.	Av. Aliados No. 13
Fortaleza, Ceará, Brasil.	Habana, Cuba.
Dr. Aristedes Monteiro	
Domicilio Conocido.	
Río de Janeiro, Brasil.	

SOCIOS ACTIVOS

MEXICO, D. F.

Dr. José T. Aguilera	Dr. Juan Andrade Pradillo
Durango No. 192	Emparan No. 39-1
Tels.: 28-91-25 y 10-50-92	Tels.: 12-43-56 y 14-17-14
México 7, D. F.	México 1, D. F.
Dr. Humberto Alcocer	Dr. Pedro Andrade Pradillo
Colima No. 330-4o. Piso	San Luis Potosí No. 44
Tels.: 35-37-85 y 25-61-23	Tel.: 11-55-53
México 7, D. F.	México 7, D. F.

Dr. Manuel Arrijoja 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.: 35-08-44

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 7, D. F.

Dr. Noé Barán

Medellín No. 86

Tel.:

México 7, D. F.

Dr. Isaias 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 Balcarcel

Medellín No. 94-2o. Piso.

Tel.: 11-25-44

México 7, D. F.

Dr. Andrés Bustamante Gurria

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 11, 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

Av. Chapultepec No. 500

Tels.: 25-36-11 y 35-23-56

México 7, D. F.

Dr. Eduardo de Gortari

Bucareli No. 181-1

Tel.: 12-51-79

México, 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. Rolando del Rosal

Tehuantepec No. 257-4o. Piso.

Tel.: 28-72-03

México 7, D. F.

Dr. Ramón del Villar

Amsterdam No. 295

Tels.: 28-59-29 y 23-11-69

México 11, 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

Tel.: 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. José Ganem Helu
Puebla No. 159
Tels.: 11-09-71 y 22-53-22
México 7, 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, 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
Tels.: 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 Cutiérrez Montesinos
Av. Revolución No. 416
Tel.: 15-56-73
México 18, D. F.

Dr. Gaspar Hernández
Jalapa No. 13
Tel.: 12-25-27
México 7, D. F.

Dr. Mariano Hernández G.
Oaxaca No. 96
Tel.: 11-65-53
México 7, D. F.

Dr. Francisco Hernández Orozco
Medellín No. 94-3er. Piso.
Tel.: 11-25-44
México 7, D. F.

Dr. Carlos Herrera Garduño
Dr. Mora No. 9 Desp. 25
Tel.: 18-36-90
México 13, 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. José 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 5, 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. Manuel Morín Santillán
Mérida No. 119
Tel.:
México 7, D. F.

Dr. Juan Oberhauser
Av. Baja California No. 196-503
Tels.: 23-14-74 y 14-31-69
México 7, D. F.

Dr. Ignacio Ortega Domínguez
Actipán No. 22
Tel. 24-86-19
México 19, D. F.

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

Dr. Rodolfo Olvera Olvera
Pasteur No. 115
Tel.: 21-20-40
México, D. F.

AHORA . . .
el nuevo y potente corticosteroide

Decadron *



actuando conjuntamente con hidrocortisona
de fenilefrina y sulfato de neomicina . . .
proporciona un nuevo nivel de eficacia
al tratar afecciones nasales
inflamatorias y alérgicas

DECADRON NASAL con Neomicina

un nuevo campo de acción para el más valioso
de los corticosteroides



Decadron

SOLUCION ACUOSA NASAL CON NEOMICINA

esteroide muy potente... la forma más accesible DECADRON, con la mayor actividad antiinflamatoria miligramo por miligramo, que cualquier otro corticosteroide, se presenta en una verdadera solución asegurando que la mayor cantidad del corticosteroide sea aprovechada rápidamente por la mucosa inflamada más...

- la acción descongestionante del hidrocloreto de fenilefrina – como agente vasoconstrictor contrae la mucosa nasal restaurando el drenaje normal y facilitando la respiración.
- la protección antibiótica del sulfato de neomicina – el antibiótico tópico más ampliamente usado, efectivo contra los gérmenes grampositivos y gramnegativos; rara vez causa irritación o reacciones alérgicas.

indicaciones:

Auxiliar en:

Rinitis alérgicas agudas y crónicas, rinitis vasomotora, rinitis alérgica con pólipos, y como tratamiento coadyuvante en la sinusitis.

presentación:

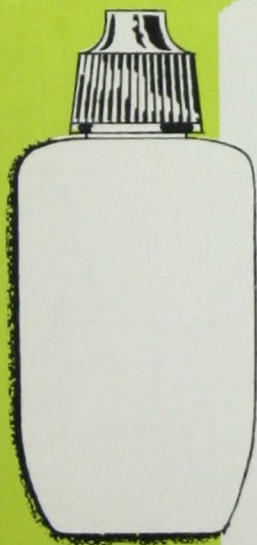
DECADRON en Solución Acuosa Nasal con Neomicina se presenta en frascos atomizadores de 15 ml.

fórmula:

Cada mililitro contiene:
21-fosfato de dexametasona 0.5 mg.
Hidrocloreto de fenilefrina 2.5 mg.
Sulfato de neomicina, (Equivalente a
3.5 mg. de neomicina base) 5.0 mg.



MERCK SHARP & DOHME DE MEXICO, S. A. DE C. V.
SAN LORENZO No. 264, MEXICO, 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 11-20-04
México 7, D. F.

Dr. José Manuel Rangel Obregón
Victor 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. Antonio Rodríguez Alcaraz
Medellín No. 94-5o. Piso.
Tel.: 35-08-44
México 7, D. F.

Dr. Ramón Ruenes Fernández
Guanajuato No. 94
Tel.: 25-18-85
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.: 11-10-74 y 45-07-70
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 Sur 300-714
Tels.: 25-84-24 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.: 45-26-93 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 Ferríño
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. Salinas 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. 1693
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.

SINALOA

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
Veracruz, 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.



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

SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL HOSPITAL JUAREZ

Cursos de Actualización para Post-Graduados después de la
XIV Asamblea Nacional de Cirujanos.

- 1.—Gastroenterología.
- 2.—Gineco-Obstetricia.
- 3.—Alergología.
- 4.—Pediatria.
- 5.—Cirugía General.
- 6.—Paro-Cardíaco.
- 7.—Ortopedia y Rehabilitación.

México, D. F., 24 de febrero de 1960.

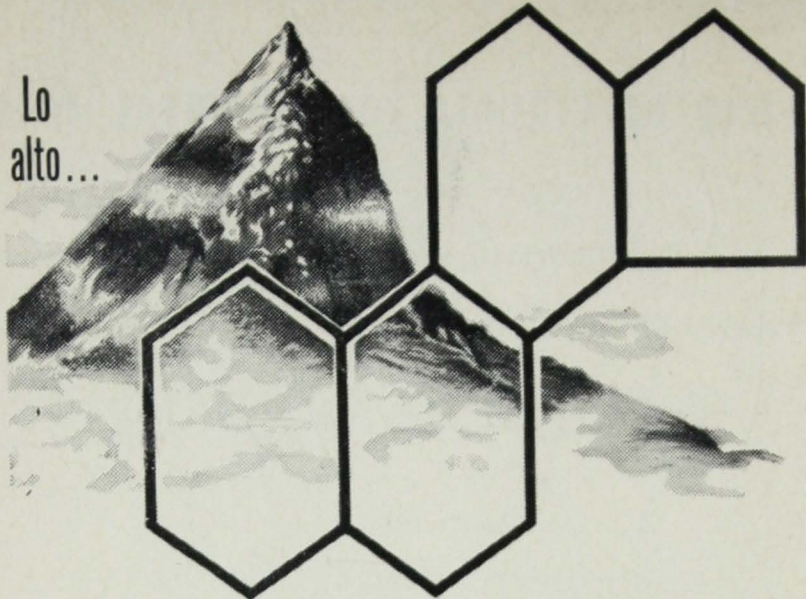
El Presidente

Dr. ISAAC MORALES SILVA.

El Secretario

Dr. RAMIRO VALDES Y VALDES.

Lo
alto...



...y lo bajo de

Ledercort*

Triamcinolona



... un nuevo corticosteroide creado por Lederle para reducir a su mínimo los obstáculos con que se ha tropezado hasta ahora para la terapia esteroidea.

Lo alto—un nuevo NIVEL ELEVADO de efectos antiinflamatorios a dosis más bajas (como término medio un tercio menos que las de prednisona o prednisolona).

Lo bajo—un nuevo NIVEL BAJO de efectos hormonales colaterales de los acarreados por todos los corticosteroides anteriores:

No hay retención de sodio • No hay pérdida de potasio • No se altera el equilibrio psíquico
Menos incidencia de úlcera péptica y osteoporosis

Indicado en:

• Artritis reumatoidea • Desórdenes alérgicos, incluso asma bronquial • Dermatitis • Muchos otros estados en los que los corticosteroides han resultado provechosos.

Tenemos a la disposición del Cuerpo Médico informes clínicos autorizados.



Envase: Frascos de 10, 15, 20, y 100 tabletas ranuradas de 4 mg.
Frascos de 10 y 20 tabletas ranuradas de 2 mg.

*Marca registrada

EDITADO POR: **LEDERLE LABORATORIES DIVISION** *Cyanamid Inter-American Corporation*
49 West 49 th. St., New York 20, N. Y.
REPRESENTANTES EXCLUSIVOS CYANAMID DE MEXICO, S. A. de C. V., DIVISION LEDERLE
Calzada de Tlalpan No. 3092 México 22, D. F.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Prop. AB-8149/58 S. S. A.

Reg. No. 30300 S. S. A.

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 III

MARZO - ABRIL DE 1960

NUM. 43

S U M A R I O

Tratamiento Médico de las Hipoacusias.— <i>Dr. Rafael Giorgana</i>	27
Ultimos Adelantos en Audiometría.— <i>Dr. Isaías Balanzario</i>	33
Prótesis Auditivas.— <i>Dr. Salvador Durán Torres</i>	41

REGISTROS PENDIENTES

MEDICAMENTOS ESPECIFICOS PARA LOS PADECIMIENTOS OTICOS



Elaborados especialmente para cada padecimiento
y cada parte anatómica del oído

AUDOSEDIN

(Antipirina, Benzocaína, Clorobutanol y Glicerina anhidra).

Solución analgésica, anestésica, descongestionante local de alta efectividad, para el tratamiento sintomático de otalgias y otitis media aguda catarral con integridad del timpano.

GOTAS O. M.

Analgésico local, especialmente indicado en todas las algias inherentes al pabellón auricular, conducto auditivo externo y tensión timpánica dolorosa por otitis media aguda catarral con integridad del timpano.

AUDOSEPTIN

(Sulfatiazol, Urea, Clorobutanol, Trietanolamina y Glicerina anhidra).

Constituye el mejor agente quimioterápico local, para el tratamiento de los procesos infecciosos del oído medio, ya que además de contener sulfatiazol, otro de sus ingredientes activos, la Urea, fluidifica exudado purulento, facilitando la penetración del agente quimioterápico. Encuentra sus indicaciones más precisas en Otitis media supurada con timpano perforado, Otitis crónica. Otorrea.

Posología: En todos los productos, la dosis es de 5 a 8 gotas (tibias) en el oído afectado, varias veces al día.

Sanyn Cía. Mfra. Química, S. A.

M. de Cervantes Saavedra No. 193 México 17, D. F.

Regs. No. 30506, 25340 y 29582 S. S. A.

P. Med. 5182/60 S. S. A.

SY-1/60

Tratamiento Médico de las Hipoacusias

Dr. Rafael GIORGANA.

LAMAMOS tratamiento médico de las hipoacusias a todas las medidas terapéuticas que se realizan en el consultorio para tratar de mejorar las condiciones de audición de un enfermo.

Es indiscutible que en los últimos 15 años nuestra especialidad, en este aspecto, ha evolucionado más quizá que en todas las épocas anteriores y si vemos que la cirugía del oído demuestra una actividad inusitada y descubre constantemente nuevas técnicas, también vemos que el aspecto médico camina con pasos más seguros y día a día le ofrece más al hipoacúsico para resolver su problema.

Indiscutiblemente que estos avances se deben al conocimiento mejor de la patología topográfica, es decir ya no nos conformamos con saber si la hipoacusia es perceptiva o conductiva y manifestarle a nuestro paciente dudas o inutilidad de la terapéutica, sino que al mismo tiempo que el tipo de hipoacusia tratamos de saber el sitio exacto de la lesión y la mejor manera de mejorar su condición según su caso. Así ahora los acútenos día a día van siendo menos misterio y los combatimos mejor.

En cuanto a las hipoacusias perceptivas el concepto ha evolucionado en la siguiente forma...

Durante mucho tiempo se ha cometido el error de considerar a la hipoacusia perceptiva siempre como una entidad nosológica, olvidando que en un enorme porcentaje de los casos se trata de una manifestación sintomática de un padecimiento general con repercusión sobre la esfera auditiva y que mientras no se preste atención suficiente a la causa, difícilmente podrá combatirse el efecto. La terapéutica de la hipoacusia receptiva se ha visto limitada hasta la fecha al uso de vasodilatadores periféricos y vitaminoterapia ambas de un valor dudoso, ya que la utilización de estos medicamentos por el organismo, con el fin que se persigue, no se ha comprobado que sea efectiva, muchas veces por dosis insuficientes y otras por no tomar en cuenta el mecanismo de acción de cada uno de estos compuestos; así podríamos también hablar de los derivados del ácido glutámico, pantotenatos, compuestos hormonales, etc., sin llegar a una conclusión verdadera. Creemos que para sentar las bases de una te-

rapéutica médica adecuada en las hipoacusias perceptivas, se debe iniciar por el diagnóstico topográfico de la lesión y el conocimiento etiológico de la misma, investigando SIEMPRE en la historia clínica *general* todas aquellas causas que puedan tener como efecto el síntoma "sordera receptiva". No dejaremos de insistir en la absoluta necesidad de investigar cuidadosamente cada uno de los síntomas presentes en un cuadro de sordera receptiva; el acúfeno, tan rico en datos es frecuentemente olvidado y relegado a un lugar de síntoma molesto, sin tomar en cuenta que por sí mismo nos puede dar el diagnóstico integral del cuadro; el vértigo, con sus características tan perfectamente definidas, frecuentemente desvía nuestra atención y nos obliga a efectuar tratamiento sintomático lo que se traduce a la larga en el más absoluto de los fracasos; la hipoacusia misma, los fenómenos asociados (reclutamiento, otalgia, plenitud, etc.), pueden ser también interpretados como causa y no como efecto.

Para aclarar la tendencia actual en el tratamiento médico de las hipoacusias perceptivas principiaremos por enunciar la etiología más frecuente de las mismas, analizando posteriormente el tipo de terapéutica recomendable en cada grupo.

Existen los siguientes factores:

- Hereditarios.
- Congénitos.
- Degenerativos.
- Traumáticos.
- Tóxicos.
- Hipertensivos.

Infeciosos.

Vasculares.

- a).—Estenosis.
- b).—Hipotensión.
- c).—Hipertensión.
- d).—Hipodinámica.
- e).—Hipotomía.

Dismetabólicas.

- a).—Hipermetabólicas.
- b).—Hipometabólicas.

De las hipoacusias perceptivas de tipo hereditario poco es lo que puede ofrecer la terapéutica médica, ya que el factor genético produce alteraciones en tal grado profundas que casi siempre el único recurso que tenemos es la rehabilitación.

En las de tipo congénito más que recursos terapéuticos debemos hacer hincapié en el aspecto profiláctico, ya que el ataque durante el embarazo sea por tóxicos o virus y las lesiones producidas en el momento del parto pueden producir lesiones a tal grado profundas que hacen inútil todo intento de terapéutica quedando una vez más señalados estos casos a la rehabilitación.

En las lesiones de tipo degenerativo se puede intentar la terapéutica médica con resultados hasta ahora no completamente satisfactorios pues en la mayoría de los casos a lo más que se puede aspirar es a tratar de detener el proceso sin lograr la recuperación de la función perdida; las medidas higiénicas, dietéticas y vitaminoterapia encuentran aquí su mejor indicación.

En los padecimientos de tipo traumá-

tico las medidas terapéuticas pueden ser tan variadas como variadas son las causas de este tipo; desde la conmoción laberíntica hasta la destrucción por fractura hay una variedad tal de cuadros que sería complicado tratar de describir, en cada caso debe tratarse de combatir la causa con las medidas pertinentes efectuando exploraciones de la función auditiva frecuentemente para guiar nuestra terapéutica de acuerdo con la evolución del caso. El reposo, la Dramamina, Bonamina, Papaverina, etc., son recursos que nos pueden ayudar con gran eficacia.

En los problemas tóxicos no dejaremos de insistir nunca que la mayor importancia estriba en la profilaxis ya que el abuso de drogas con toxicidad selectiva para VIII par da cada día problemas más frecuentes tanto por la libertad de la prescripción como por desconocimiento de los efectos tóxicos de nuevos medicamentos; nos referimos en este caso a la neomicina y la kanamicina en las que se ha descrito efectos tóxicos para oído. Ante la presencia de un cuadro de este tipo, nuestra terapéutica debe dirigirse hacia la suspensión inmediata del medicamento, eliminación rápida del mismo y protección de las estructuras nerviosas del oído; se intentará el uso de desintoxicantes, (especialmente Pantotenatos), Bona m i n a , Bonadoxina y derivados del ácido glutámico.

Los problemas hipertensivos de oído interno deberá tratarse siempre de disminuir la tensión de los líquidos, el uso de los nuevos diuréticos no mercuriales, nos vienen a prestar gran ayuda en el manejo de estos problemas, pero el fac-

tor etiológico en este caso debe ser nuestra mira ya que es donde más frecuentemente se hace terapéutica sintomática y casi siempre dirigida al vértigo.

Largo sería tratar de enumerar la terapéutica de los problemas infecciosos que dan sintomatología en oído interno, por su propio peso cae que el tratamiento debe dirigirse siempre hacia la causa general y la terapéutica en oído deberá encaminarse siempre hacia la protección del mismo evitando las complicaciones que puedan presentarse en este terreno.

En los últimos tiempos se abre ante nuestros ojos un panorama muy extenso de padecimientos de oído interno que son atribuibles a problemas vasculares; se considera que un porcentaje enorme (80%) de los problemas de oído interno tienen un componente vascular; recordando los detalles anatómicos de la circulación de oído, la finura de la misma se nos hace fácil comprender la verdad de este aserto. Nunca debemos omitir la exploración cuidadosa de la circulación periférica, pues las causas señaladas (estenosis, hipotensión, hipertensión, hipodinamia e hipotonía) algunas veces son tan difíciles de descubrir por la variabilidad que tienen en su presentación. El otólogo debe estar capacitado para explorar la circulación con las maniobras carotideas, el rendimiento vascular, las pruebas del tono y dinámica vascular, etc. La terapéutica es tan variable como variables son las causas, los vasodilatadores periféricos, la Papaverina y los reguladores de la función tónica vascular, son recursos que debemos manejar en forma amplia y cantidad suficiente. La Histamina manejada

en forma correcta es un recurso valioso cuando se define su indicación precisa.

La hipoacusia receptiva muy frecuentemente se presenta en terrenos dismetabólicos, aquí es donde el otólogo no debe olvidar que es médico, debe investigar a fondo el terreno en el que se desarrolla el síntoma hipoacusia y relacionar los campos metabólicos presentes con el mismo; citaremos como ejemplo el fracaso de los derivados de tiroides disecados y el éxito de la tri-yodotiroxina en algunos tipos de sordera perceptiva en hipotiroides. Presentamos este ejemplo porque consideramos que sería muy largo enumerar todas las dismetabolas que pueden presentar asociado el síntoma insistimos solamente en la necesidad del conocimiento del terreno en que se desarrolla el síntoma para efectuar con éxito la terapéutica indicada en cada caso.

Terreno aparte son las hipoacusias de tipo central y las psicógenas las cuales caen en el terreno de la neurología, la psicología o la rehabilitación.

Por lo que toca a los problemas conductivos podemos dividirlos en dos grupos:

a) Los padecimientos del pabellón y conducto auditivo externo, de los que vale la pena señalar las otitis externas determinadas por traumatismos durante la natación y las forunculosis y las micosis que parece que han aumentado en su frecuencia y para los que hemos visto, según cada caso, que el uso de los revulsivos, antibióticos y cortisona local mejora mucho su condición.

b) Padecimientos de la caja del tímpano, divididos en dos:

1.—*Del tímpano mismo.* Miringitis bullosa. Engrosamiento de la membrana. Perforaciones.

Es importante saber si los cambios encontrados son debidos a padecimientos propios de la membrana o a consecuencia de un padecimiento interno o externo para así aplicar su terapéutica, de tal manera de saber puncionar o no una bulla, hacer el tratamiento de las pequeñas perforaciones con ácido tricloracético o plantear la forma de una timpanoplastía.

2.—*De la caja.* Otitis media catarral. Otitis media congestiva. Otitis mucosas. Aerootitis. Otitis adhesivas. Acúfenos.

Aunque algunas de ellas tienen un común denominador es conveniente saber en qué momento nos encontramos, para según su caso, hacer la terapéutica indicada y así poder prescribir la paracentesis y los valsalsas controlados, que en la actualidad nos dan una seguridad mayor en nuestros resultados.

Prolija a inútil sería nuestra labor al tratar de señalar la terapéutica en cada caso pues cada uno de ellos tiene su propia indicación y los tratados y artículos se ocupan de manera especial en ellos; pero sí nos toca señalar el momento terapéutico en que nos encontramos. Indudablemente que el desarrollo de la Medicina en los últimos años y el descubrimiento de los antibióticos nos enfrenta a problemas más y más complejos, pero al mismo tiempo esta evolución se nos acerca cuando encaminamos nuestros pasos hacia dos metas:

1o.—Diagnóstico.

2o.—Profilaxis.

10.—Para el diagnóstico de las hipoacusias dos son los aliados inseparables del otólogo que en la actualidad se hacen totalmente indispensables para su trabajo rutinario, el Audiómetro y el examen con amplificación. La Audiometría nos sirve no sólo para determinar el tipo de curva clásica en las hipoacusias, sino que nos permite seguir paso a paso la evolución de nuestra terapéutica y el grado de la misma, controlando resultado y presión en los valsalvas, evolución y permanencia de las paracentesis, estado de ocupación o vacío de la caja, control de la trompa de Eustaquio, variantes de los acúfenos, etc. en tal forma que nos señala la necesidad de prestarle mayor importancia a la búsqueda de nuevos signos audiométricos que nos dirijan mejor en el diagnóstico (Carhart con su nicho) y descubramos actualmente que en algunos casos de caja ocupada la curva sea semejante a la del trauma acústico con caída en 4000. Indudablemente que la asociación de audiometría con otoscopia amplificada son la ecuación importante del problema pues en la misma forma que la audiometría nos orienta más y más, la otoscopia nos complementa este estudio y nos permite ver cosas que hasta hace poco tiempo pasaban inadvertidas, a tal grado, que ahora podemos con más facilidad entender lo que Ledéter ha nombrado "El romance del Tímpano" refiriéndose a su patología. Efectivamente casi con seguridad podemos apreciar los pormenores timpánicos, su espesor, estado de abombamiento o depresión, movimiento, presencia de bridas, a veces cadena osicular, perforaciones y a través de ellas cadena osicular,

ventana redonda presencia de fungosidades, colesteatomas, falsos tímpanos, etc., todo esto se puede hacer con el uso del microscopio que ha dejado de ser útil solo en la sala de operaciones y pasa a ser un colaborador inapreciable de la clínica. Ver con el microscopio es asomarse a otro mundo en el oído y su complemento la fotografía es gozar de nuestros problemas en color y cinemascopio.

20.—En cuanto a la profilaxis pensamos que es nuestra misión principal y que si es importante el conocer de los trastornos tóxicos o vasculares que se presentan en el oído interno, más importante es prevenirlos y avisar al cardiólogo que los espasmos o las trombosis de las auditivas pueden ser el primer aviso de un padecimiento más importante; descubrir los trastornos endócrinos e ilustrar a enfermos y médicos que el manejo de las drogas es un peligro y que no sólo las quininas y los salicilados pueden dejar lesiones irreversibles sino que las estreptomycinas y últimamente algunos de espectro más amplio pueden hacerlo (Kanamycina y Neomicina). Esta campaña de orientación e ilustración debe ser constante pues es pavoroso el número de personas que claudican de sus oídos por esta causa. Especial interés debe tener en el especialista el descubrimiento en los niños de estos casos para mejorar su condición; que si es importante diagnosticar una aerootitis, más importante lo es el poder balancear las presiones para evitar el progreso de su hipoacusia; que si es importante saber la presencia de una hipoacusia en un niño, más importante lo es el poder restablecer

su audición con una paracentesis o la extracción de un tapón mucoso de la caja; que si es importante descubrir una perforación timpánica, más importante lo es el saber que mejora su hipoacusia con el cierre de la misma por medios médicos o la indicación de una timpanoplastia; en

fin que si es muy importante el conocimiento y diagnóstico preciso de las hipoacusias, más importante es saber que en muchos casos su profilaxis es posible y los medios de que disponemos en la actualidad nos permite estar mejor preparados para la lucha contra las hipoacusias.

Ultimos Adelantos en Audiometría

Dr. Isaías BALANZARIO (*)

SI bien en esencia la Audiometría es la medida de la audición, ni sus normas, ni la unidad de medida, ni la naturaleza y sentido de las desviaciones de lo normal, son simples determinaciones. Constituye una técnica cuyas bases firmes son la electroacústica, la fisiología, la patología y la psicología. Es también un método de investigación pues no es posible medir por el estudio de unos cuantos factores, el funcionamiento de un órgano, si no se ha penetrado en el mecanismo íntimo del mismo.

Es básica para la Otorrinolaringología y la Audiología, pero sus alcances no son ni podrán ser tan grandes para que ante un audiograma se pueda dilucidar el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Para que adquiera jerarquía y rango, debe interpretarse con el examen clínico completo y con los exámenes de laboratorio y gabinete.

Los 2 grandes aspectos siguen siendo la Audiometría en el niño y la Audiometría en el adulto ya que tienen cada una

de ellas características muy especiales. (La primera ha sido tratada casi en forma integral por el Dr. Berruecos).

La segunda sigue conservando sus 3 aspectos: Audiometría con diapazones, electrónica tonal pura y logaudiometría. La audiometría electrónica a tonos puros tanto liminar como supra-liminar cuenta con nuevas interpretaciones. Sólo algunos ejemplos: Palva y Ojala determinaron los umbrales de conducción ósea en oídos con otitis media purulenta, antes y después de la miringotomía y cuando han sanado; aun cuando la mayoría de los oídos mostraron umbral normal en todas las pruebas, una minoría mostró aumento del umbral antes de la miringotomía con mejoría al sanar el oído. Interpretan el inicial descenso del umbral como debido a una disminución de la movilidad en las ventanas redonda y oval, concluyendo que en los estados supurativos y en procesos adhesivos, el aumento del umbral óseo no es indicativa necesariamente de un trastorno senso-neural.

R. Carhart opina que el audiograma de conducción aérea todavía sigue proporcionando información substancial de

(*) Médico del Hospital Juárez, del Inst. Nac. de Audiología, Prof. de la U.N.A.M.

importancia diagnóstica; la ilustración más demostrativa es la curva con muesca mostrando pérdida auditiva a las altas frecuencias que permite sospechar trauma cústico.

La relación entre los 2 perfiles aéreos en el mismo sujeto tienden también a distinguir variedades de hipoacusia: los trazos simétricos bilaterales son relativamente comunes en algunas condiciones como en las hipoacusias congénitas endógenas. Los trazos con ligera disimetría se observan en las hipoacusias por hipoxia al nacimiento o en la otosclerosis. Los trazos completamente asimétricos en que se afecta primero o exclusivamente un oído puede deberse a virus, neurinomas del acústico, trastornos vasculares.

En términos generales, todavía se sostiene el criterio de la importancia en la relación de los umbrales de conducción aérea y ósea (gap) pues ayudan a distinguir los trastornos senso-neurales de las hipoacusias por trastornos del oído medio o externo.

La audiometría tonal supraliminar adquiere cada vez mayor importancia a tal grado que Luscher afirma que "no puede ser considerado como totalmente aclarado un trastorno auditivo más que cuando se conozca su comportamiento en el campo supraliminar". Los fenómenos acústicos que investiga son: el fenómeno del recruitment, el poder discriminativo de las variaciones de intensidad, los fenómenos de adaptación, el enmascaramiento por ruidos, el fenómeno de fatiga, el de adaptación. Las pruebas son numerosas, las más conocidas: la del Balance de Fowler, la de Békesy, Hennebert, Luscher, Denes-

Nawton, Veckmans, Jerger, Bruines, Altes-Huizinga, Langenbeck, Bocca, Hood, Carhart, Gellé, etc.

La audiometría de la palabra o logaudiometría es imprescindible ya que no es una exploración al "oído elemental" sino al oído a "nivel psíquico" basándose en los conocimientos de la psicoacústica y en el estudio del proceso del decifrar en la corteza cerebral, de los mensajes verbales; proceso que últimamente está siendo estudiado desde el punto de vista de la teoría de la información. Sus 2 pruebas clásicas, determinación del umbral de inteligibilidad y del porcentaje de captación no son ya las únicas; E. Bocca ha propuesto otras 6 para investigar electivamente la función de los centros corticales y evidenciar sus trastornos. De esta manera trata de hacer semiología de la audición cortical. Su valor no consiste solamente en el auxilio al diagnóstico de las cerebropatías temporales sino en la posibilidad de evidenciar trastornos del proceso psíquico de la audición cuya importancia práctica ha sido hasta la fecha más o menos ignorada, pero que es de grandísima trascendencia.

Vista así de manera práctica la audiometría, es fácil comprender la imposibilidad de exponer en esta ocasión y con la amplitud debida, ni siquiera alguno de sus principales capítulos. Por esta circunstancia y tomando en cuenta la naturaleza de los puntos que se van a tratar, enfocaré esta exposición al capítulo sobre LA AUDIOMETRIA EN CIRUGIA PARA LA MOVILIZACION DE ESTRIBO. Se aplica para:

1.—Para la selección de casos operatorios.

2.—Para determinar la meta funcional durante la intervención quirúrgica.

3.—Para predecir los resultados.

4.—Para la evaluación y registro de los resultados.

5.—Para ser guía del cirujano.

6.—Para orientar al audiólogo para planear la rehabilitación.

Me concretaré a los puntos 2 y 5 comprendidos en la **AUDIOMETRIA TRANSOPERATORIA DE LA MOVILIZACION DEL ESTRIBO.**

La experiencia acepta que ni la palpación digital ni la visualización son suficientes para asegurar una maniobra correcta y confiar en la movilización óptima del estribo; el cirujano confiaba también en la respuesta verbal del paciente que está bajo la acción de sedantes y anestesia local; éstos eran los únicos medios poco confiables para analizar el resultado de la técnica quirúrgica.

Se sabe bien que es posible aplicar una presión constante o intermitente sobre el cuello del estribo y lograr muy a menudo una movilización satisfactoria, pero al aplicar esta presión sin guía que controle su grado y duración, es factible dislocar la articulación incudo-estapedial, fracturar una o ambas cruras, si la fijación de la platina es muy grande. Por consecuencia, una presión o maniobra más allá del punto necesario para obtener el máximo de lisis será peligrosa, pue-

de dislocar el mecanismo del sistema membrana timpánica-cadena osicular. Por otra parte, también es posible que por falsa sensación táctil, el otólogo crea que ha realizado una excelente movilización cuando en realidad ha sido incompleta, privando al paciente de la oportunidad para su restauración funcional integral.

Se comprende entonces la necesidad de utilizar la audiometría transoperatoria que sea guía a las maniobras quirúrgicas para alcanzar los mayores resultados con el mínimo de peligros.

Muchas han sido las técnicas pero la que me parece muy útil como lo demuestran los amplios estudios clínicos y estadísticos, es la de Víctor Goodhill, técnica llamada: **"AUDIOMETRIA QUIRURGICA NOMOGRAFICA EN LA ESTAPEDIOLISIS.**

Sus hallazgos se anotan en dos cuadros formados por un sistema de coordenadas.

Sobre la línea de las abscisas del primer cuadro están la fecha y las frecuencias 500, 1,000, 2,000 y 4,000 C/s que son las consideradas como significantes en la inteligibilidad de la palabra. En la línea de las ordenadas están los umbrales para esas mismas frecuencias; de las conducciones ósea y aérea antes de la operación, los umbrales de conducción aérea de 4 etapas durante la operación y los umbrales en diferentes fechas del postoperatorio.

El propósito de la audiometría quirúrgica nomográfica en la estapediolisis, es la detección de los cambios de umbral en los diferentes momentos de la intervención quirúrgica y para lograrlo se hace

en 4 etapas específicas que constituyen el mínimo requerido:

Primera etapa o tiempo:

Se realiza después de enuclear el anillo fibroso timpánico y de levantar la cantidad suficiente de colgajo de membrana timpánica. Ya que la caja del tímpano ha sido descubierta, se vuelve a cerrar momentáneamente procurando colocar el colgajo en su lugar de origen. El propósito es obtener una imagen audiométrica real de las condiciones presentes, es decir, membrana timpánica traumatizada y la masa incudo-maleolar modificada ligeramente como consecuencia de la manipulación. Se llevan los resultados y se compararán con los del tiempo No. 4.

Segundo tiempo:

Se hace inmediatamente después del primero, con caja timpánica abierta después de levantar, voltear y hechar hacia adelante la mitad posterior de la membrana timpánica.

Tercer tiempo:

Se efectúa al terminar las maniobras a través de la masa incudo-estapedial y cuando a juicio del cirujano la movilización ha sido suficiente; se guía por este momento y en forma empírica, porque el enfermo oye mejor su voz. El resultado se comparará con el del segundo tiempo; se evidenciará mejoría del umbral si la movilización ha sido buena. Es el punto crítico de la operación, puede requerir la repetición de las maniobras respondiendo

a la indicación que nos ofrece la técnica nomográfica que dentro de un momento describiremos.

Cuarto tiempo:

Se hace cuando el colgajo que representa la mitad posterior de la membrana se ha colocado en su sitio y el resultado se compara con el del primer tiempo. También aquí el grado de mejoría puede ser mayor si el cirujano se guía por medio de la información nomográfica.

Del estudio clínico y estadístico de 190 casos, V. Goodhill llega a la conclusión que el número de decibeles en las 4 frecuencias, que indican la mejoría de la audición, no son una guía suficiente para el cirujano ya que en operados con los éxitos más grandes, el grado de variación de los umbrales no es muy grande; por otra parte, cuando la variación es muy grande no se presenta siempre en todas las frecuencias lo que pudiera desorientar al cirujano.

En un intento para obtener un método informativo útil, que sea confiable guía quirúrgica, el autor ha ideado la AUDIOMETRIA QUIRURGICA NOMOGRAFICA (término de la raíz griega "nomos" que significa "ley"), de donde nomograma se refiere a ley o regla gráfica.

Nomograma en la audiometría cuando se moviliza estribo

Se forma utilizando el umbral de inteligibilidad equivalente según la fórmula de Fletcher que consiste en promediar

las 2 mejores respuestas de las frecuencias 500, 1,000 y 2,000 c/s; la cifra según amplios estudios estadísticos, tiene el mismo valor que el umbral de inteligibilidad. Así se obtiene sólo una cifra tanto para la conducción ósea como para la conducción aérea que representa el promedio mencionado. Esta única cifra, fácil de graficar, valorar e interpretar representará el umbral de inteligibilidad equivalente tanto en el pre-operatorio como en los cuatro tiempos durante la operación y en el post-operatorio. Los valores del umbral de inteligibilidad equivalente se anotan en el nomograma se irán comparando para indicar al cirujano los objetivos para los tiempos 3 y 4.

El nomograma se construye con un sistema de ordenadas que corresponden a la pérdida de la audición en db y un sistema de abcisas que corresponden a los diferentes tiempos o fechas de la audiometría.

El umbral de la conducción ósea preoperatoria se dibuja por una línea entrecortada horizontal y establece el objetivo quirúrgico o sea el umbral de inteligibilidad 2 semanas del post-operatorio.

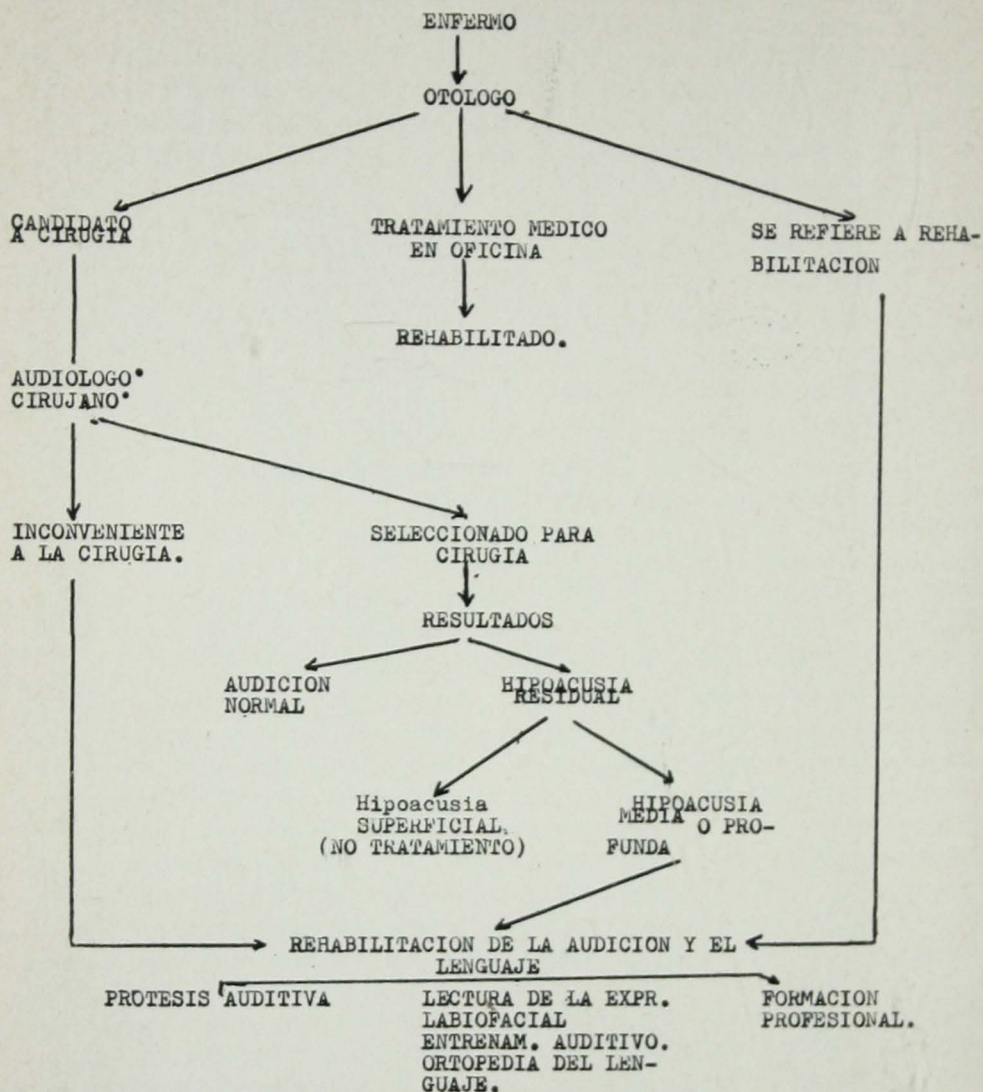
El momento crucial en la movilización del estribo está en el tiempo No. 3 cuando el cirujano ha producido cierto grado de presión y probablemente cierto grado de movilidad de la platina; en este instante hay que decidir si se suspenden o se continúan las maniobras. Una pequeña mejoría de la audición puede hacer pensar erróneamente en que los esfuerzos han conducido al éxito de tal manera que el otólogo da por terminada la intervención quirúrgica pero sin conseguir la ga-

nancia ideal que pudo existir. Por otra parte, las maniobras con presiones desordenadas e intensas y sin control audiométrico puede ser desastroso por fractura de las cruras.

Si se sigue la técnica de extirpación de platina, injerto de vena y aplicación del tubo de polietileno, al colocar el yunque sobre éste, se hará la audiometría.

Es en este tiempo No. 3 cuando pueden aplicarse y aprovecharse algunos elementos de predicción para indagar si las maniobras han sido adecuadas. Ya hemos dicho antes que como elemento de predicción no nos sirve sólo la cifra de db que representa la ganancia ya que tendrá un valor muy distinto de acuerdo con las diferentes relaciones que hay entre los umbrales de conducción ósea y aérea (Gap). Por ejemplo, cuando la relación es de 20 db — 40 db en un sujeto y de 15 db — 65 db en otro, evidentemente que una ganancia de 10 db no tendrá el mismo valor en ambos casos.

Por todo esto se considera muy útil y deseable formular previamente una ruta, que represente la meta y sirva de guía; esta guía es una diagonal recta que pasa por 2 puntos. Un punto está en la intersección de la línea que representa el umbral pre-operatorio de la conducción ósea con la línea que representa la primera fecha en que se hace la audiometría postoperatoria. El segundo punto corresponde al umbral de inteligibilidad equivalente del tiempo No. 2. Esta línea diagonal representa la tendencia según los datos estadísticos obtenidos de 76 casos con éxito. Esta línea diagonal llamada de predicción nomográfica marcará las relaciones



ideales con los umbrales de los tiempos 3 y 4. Si caen arriba de la línea, es decir, a la izquierda, es que los resultados son óptimos. El umbral en el tiempo No. 3 puede caer debajo de la línea de predicción aunque todavía puede esperar mejoría de la audición; si cae demasiado bajo indicará dislocación en el sistema de transmisión producida en esa etapa de la operación. El umbral en el tiempo No. 4 varía según el cuidado con que se cierra el oído medio y caerá siempre arriba de la línea de predicción ya sea que el "gap" sea grande o pequeño.

En los fracasos, el umbral del tiempo No. 4 tiene casi el mismo valor que el del tiempo 1 y el umbral de 2 semanas de post-operatorio tendrá el mismo nivel o más bajo que el pre-operatorio. Baja del umbral a 2 semanas del post-operatorio indicará complicación, hemorragia, etc. Ya algunos médicos en nuestro medio lo han adoptado y ojalá pronto nos comuniquen sus experiencias.

Como se ve esta técnica al parecer vigila nuestras maniobras, señala una meta, aleja de los fracasos, guía nuestros pa-

sos, anuncia errores y controla al enfermo en el post-operatorio.

CONCLUSIONES

1.—Se exponen en forma panorámica algunos adelantos de la audiometría clínica.

2.—Se indica cuál es el papel de la audiometría en los servicios de otorrinolaringología y rehabilitación.

3.—Se describe la técnica nomográfica de la audiometría trans-operatoria en la movilización del estribo, de Víctor Goodhill.

4.—Parece ser guía confiable a las maniobras quirúrgicas para obtener los máximos resultados.

BIBLIOGRAFIA

1.—**Ettore Bocca:** El Diagnóstico de las sorderas corticales. Acta Otorrinolaringológica Ibero-Americana, No. 6, 1956.

2.—**Raymond Carhart:** Audiometry in Diagnosis. Laryngoscope. Vol. LXVII. March. 1958.

3.—**Víctor Goodhill:** The surgical Audiometric Nomograph in stapediolysis. Archives of Otorryngology. Vol. 63, April, 1956.

PROTESIS AUDITIVAS

Dr. Salvador DURÁN TORRES.

EL desarrollo de algunos trabajos sobre el mismo tema en nuestro medio, nos obliga a referir conceptos complementarios y a repetir otros que por la importancia que revisten es menester hacer hincapié.

El aspecto general del tema engloba dos factores fundamentales que sucintamente analizaremos:

- a) *El aspecto Profesional y*
- b) *El aspecto Comercial.*

a) *Aspecto Profesional.*—Verifica un estudio de la Hipoacusia estableciendo un Diagnóstico, revisa los caracteres anatómicos y funcionales del oído para una mejor y más adecuada adaptación. Descubre las lesiones conductivas, las Cortipatías o las que asientan en las vías auditivas. Obtiene porcentajes de ganancia que se obtienen con el auxiliar eléctrico, define por último si un audífono debe o no usarse y cuáles son las formas de su uso, manteniendo vigilancia sobre los resultados que se obtengan.

b) *El aspecto Comercial* dirige propaganda en ocasiones equivocada, consiguiendo el cliente se establece una situación

formada por el elástico gusto del comprador manejado por el gracioso arte del buen vender; la prueba de conversación libre por sí sola determina la elección. Termina la labor, el comprador que paga de contado y no molesta más, completa la operación mercantil perfecta.

Hecha la distinción entre la actitud mercantilista y la actitud estrictamente profesional, se hace necesario hermanar los dos aspectos sin confundirlos.

El recetar un audífono debe ser el final de un completo estudio, al equipo diagnóstico hay que añadir un técnico audiometrista. Reprobamos absolutamente el despacho de auxiliares sobre la base del empirismo, de la conveniencia mercantil u otras condiciones que no sean las de una base científica.

Frente a la imposibilidad de que un Gabinete Audiológico privado, cuente con todo el conjunto de audífonos existentes en el mercado y solo se concrete a mantener un stock que ofrezca la mayor variedad por lo que hace a respuestas técnicas, obliga por este hecho al expendedor a rodearse de los medios necesarios para elaborar un estudio correcto y completo del

caso y así ajustar la conducta más adecuada. Esta solución es más racional que la condicionada solamente por el gusto o necesidad del comprador-vendedor.

CONDICIONES QUE DEBEN EXIGIRSE A UN AUDIFONO

a) Correcta Amplificación.—Deben dar 60 db de amplificación en promedio, con el carácter progresivo ascendente de los 300 a los 3000 c/s, teniendo una diferencial de 25 db de la amplificación inicial inferior a la superior de agudos.

b) Ausencia de Ruido Inducido o el producido por Retro-alimentación.—Es claro que cualquier ruido extraño emanado del propio aparato estorba grandemente a la audición.

c) Amplia Gama Tonal.—La mayoría abarca de los 250 c/s hasta cerca de los 4000 c/s, las variaciones son múltiples según la marca y los distintos tipos de receptores. Lo ideal es dar a la pérdida la ganancia selectiva a dicha pérdida, para conseguirse esta finalidad era menester construir un audífono para cada hipoacusia, de allí que el ajuste sea solo aproximado, teniendo por una parte y como guía la gráfica de la pérdida tonal y por otra la curva de ganancia que el receptor ofrece.

Creemos que la limitación actual que dan los audífonos modernos al campo de frecuencias de la palabra restan gran fidelidad; la imposibilidad técnica de construir audífonos con una amplia gama tonal, es un obstáculo para una correcta audición. La suma de los armónicos en la voz humana invaden frecuencias de mayor banda, de allí que el hipoacúsico

quede limitado en su posibilidad auditiva a un campo realmente estrecho.

d) Mínima Distorsión.—Se explica que cuanto más modificaciones se encuentren en la "calidad" del sonido, mayor será la dificultad para oír. Agreguemos que junto a una Distorsión del aparato, se puede sumar la Distorsión del Organó de Corti y ya nos explicamos esa incomodidad de muchos enfermos que solo oyen un murmullo ilegible amplificado.

La Distorsión puede modificar la calidad, puede sumar armónicos extraños, puede deformar la frecuencia misma o hacer variar la amplificación.

e) Que el Audífono sea cómodo, resistente, de costo razonable, mantenimiento económico, poco aparente y sencillo en su manejo, son condiciones secundarias que deben señalarse.

MÉTODOS EN LA INVESTIGACION DIAGNOSTICA

Reune los estudios Otológico, Audiométrico y si el caso lo amerita el Psicológico.

Estudio Otológico: Comprende la revisión de conductos externos, tímpanos, existencia de vértigos, cefaleas o acúfenos que pueden presentar factores de suma validez al estudio de la Adaptación de un Auxiliar Eléctrico.

Estudio Audiométrico:

1o.) Estudio Tonal con el Audiómetro común, explorando además las siguientes características:

a) Reclutamiento Tonal o Prueba de Fowler.

b) Prueba de Lusher (Diferencial Limen).

c) Prueba de Fatiga a Umbral.

d) Búsqueda de Umbrales de Molestia que en ocasiones tienen que buscarse fuera de las posibilidades del Audiómetro común ayudándonos de un Oscilador de Audio y un Amplificador. Esta exploración nos reporta una zona de tolerancia a la amplificación y nos permite asegurar que un umbral de molestia muy cercano al umbral real (8 ó 10 db) pronostica un Audífono mal tolerado y nos indica por sí solo una Cortipatía.

2o.) Estudio Logoaudiométrico que nos ofrece la Pérdida para la palabra y los Porcentajes de Captación, como estudio complementario la búsqueda del Reclutamiento Logoaudiométrico.

La Prueba a Campo Libre con fonemas balanceados, es prueba selectiva para la Adaptación de Audífono. Se realiza formando grupos de 20 bisilábicos con valor de 5% cada uno, la repetición completa de ellos nos da el 100%. Se calcula una intensidad tal que de un porcentaje mínimo sin el auxiliar; se coloca el audífono en el oído que va a probarse y se va aumentando el volumen del Audífono hasta obtener el porcentaje máximo o sea la amplificación óptima, obtenido este porcentaje se le resta al que se obtuvo sin auxiliar y tenemos la GANANCIA. Es útil la Prueba de Intermodulación que ofrece Ruido blanco simultáneo al paso de las palabras y que no debe abatir la ganancia más allá de un 15%, esta prueba puede usarse además con ventaja en el entrenamiento auditivo del auxiliar eléctrico.

Elegido ya el Auxiliar que va a usarse, se realiza la conversación libre, que nos da un índice de Adaptación Social; le hablamos al enfermo en voz natural, frente a él, preguntamos cómo nos escucha, le aclaramos las dificultades de oír una "voz eléctrica", le advertimos que con el uso y entrenamiento adecuado cada vez oirá mejor, le ponemos a su disposición un Centro de Entrenamiento que le eduque su oído y le resuelva sus problemas de audición. Entonces la esperanza del Hipoacúsico será sólida y el resultado óptimo.

Estudio Psicológico: Se hará si el caso lo requiere, sobre todo dirigido al estudio de la personalidad y buscando interferencias emocionales que puedan ser obstáculo importante a la Adaptación.

INDICACIONES PARA EL USO DE UN AUXILIAR

a) Hipoacusias Conductivas Puras con porcentajes de Captación arriba del 80% ofrecen el grupo más ventajoso.

b) Hipoacusias Mixtas de predominio Conductivo sin indicios de Cortipatía, pueden considerarse como buenos casos a la Adaptación.

c) En Hipoacusias muy profundas de franco predominio perceptivo cuya severidad de la lesión motivó la falta de lenguaje o la regresión del mismo, DEBEN USAR AUDIFONO, pero orientando su uso al plan pedagógico para adquirir lenguaje.

d) Las Hipoacusias de predominio perceptivo sin Cortipatía evolutiva, con lenguaje completo pero deformado, tienen indicación pero auxiliados por el entrena-

miento en lectura labial y clínica de Lenguaje.

CONTRAINDICACIONES

a) Las Anacusias.

b) Las Sorderas Subtotales reducidas a las frecuencias 128 c/s, 256 c/s y 500 c/s.

c) Las Hipoacusias perceptivas con una Cortipatía evolutiva que denuncie umbrales de molestia presentes en todas las frecuencias de la palabra.

d) En todas las Hipoacusias Perceptivas en donde se persiga fin rehabilitario para conseguir lenguaje y que no se acompañe de un plan pedagógico pre-establecido.

ENTRENAMIENTO AUDITIVO

Los Centros de Rehabilitación Aural de los EE. UU. conforme a los trabajos que iniciaran Carhart y Thompson, deben ser adaptados a nuestras necesidades contando con el auxilio oficial de los Centros Audiológicos de mayor concentración como son el Instituto Nacional de Audiología y el Hospital de la Raza del I.M.S.S. En estos Centros deben señalarse la progresión de los horarios para el uso del auxiliar, la forma conveniente para iniciar el aprendizaje de la nueva voz, el aumento gradual de su uso, las revisiones periódicas antes de dejar al enfermo en libertad para su manejo autónomo. Deben contar con Clínicas de Lenguaje y Lectura Labial. Es menester un Gabinete de Psicología que complete en ocasiones los Diagnósticos y establezca el plan Psicoterápico cuando así lo requiera el caso. Es fuerza mencionar que el Instituto

Nacional de Audiología inicia ya este programa y lo lleva a la práctica como una realidad actual. Creemos así mismo que un Ingeniero en Electrónica completará la unidad, aclarando las dudas de orden técnico, resolviendo las consultas referentes a funcionamiento del material amplificador de prueba, etc.

Varios han sido ya los intentos para la Legislación y Reglamento de la venta de Audífonos, sin haberse llevado a la práctica ninguna propuesta hasta hoy. En virtud de que nuestra acción se dirige estrictamente a la posición profesional, creemos que debe limitarse nuestra conclusión a la aprobatoria que dictamine un conjunto de especialistas sobre el trabajo serio y científico de cada una de las casas expendedoras de Audífonos, otorgando una aprobatoria que útil o no, dará un sello de garantía a las firmas comerciales.

CONCLUSIONES

1o.—Se distingue claramente el aspecto mercantilista del profesional.

2o.—Deben realizarse todos los recursos actuales de Diagnóstico antes de recetar un Audífono, impidiendo así el libre recetario de Aparatos.

3o.—Vigilar el entrenamiento de la Prótesis marcando normas convenientes en Centros suficientemente dotados, con el auxilio de Clínicas de Lenguaje, Lectura Labial y Depto. Psicológico.

4o.—Contar con un Centro oficial de investigación electrónica que analice las características de los Audífonos y norme criterios técnicos en el terreno médico.

5o.—La Sociedad Mexicana de Otorri-

nolaringología, debe aprobar sancionando aquellas marcas de aparatos que se ajusten a la Etica:

a) Comprobando que se receta conforme a una correcta adaptación y contando

por tanto con un Gabinete de Diagnóstico suficientemente dotado, y

b) Moderando una propaganda que debe ser ajustada a normas veraces y no de desorientación.

XIV ASAMBLEA NACIONAL DE CIRUJANOS

PLAZA DE SAN PABLO NUM. 13

MEXICO, D. F.

INSTITUTO ASAMBLEAS NACIONALES DE CIRUJANOS

PRESIDENTE EJECUTIVO

DR. RAFAEL MARTINEZ ZAMUDIO

DIRECTOR DEL HOSPITAL JUAREZ

COMITE ORGANIZADOR:

PRESIDENTE:

DR. ALEJANDRO CASTANEDO K.

RELACIONES EXTERIORES:

DR. JACINTO ARTURO SANCHEZ

SECRETARIO GENERAL:

DR. EDUARDO CASTRO DE LA PARRA

SECCION TECNICA:

DR. JUAN BETANCOURT

SECRETARIOS

ACTIVIDADES CIENTIFICAS:

DR. JESUS ACOSTA YSAIS

ACTIVIDADES SOCIALES:

DR. J. DE JESUS MARIN

ACTIVIDADES QUIRURGICAS:

DR. ROBERTO PRADO PEREZ

FINANZAS:

DR. LUIS GARCIA FIGUEROA

PRENSA Y PROPAGANDA:

DR. LUIS BAZ E.

INFORMACION CIENTIFICA:

DR. HORACIO MARTINEZ ROMERO

RELACIONES PUBLICAS:

DR. ISMAEL UGALDE NIETO

COORDINADOR DE CONGRESOS:

DR. DAVID CONTRERAS

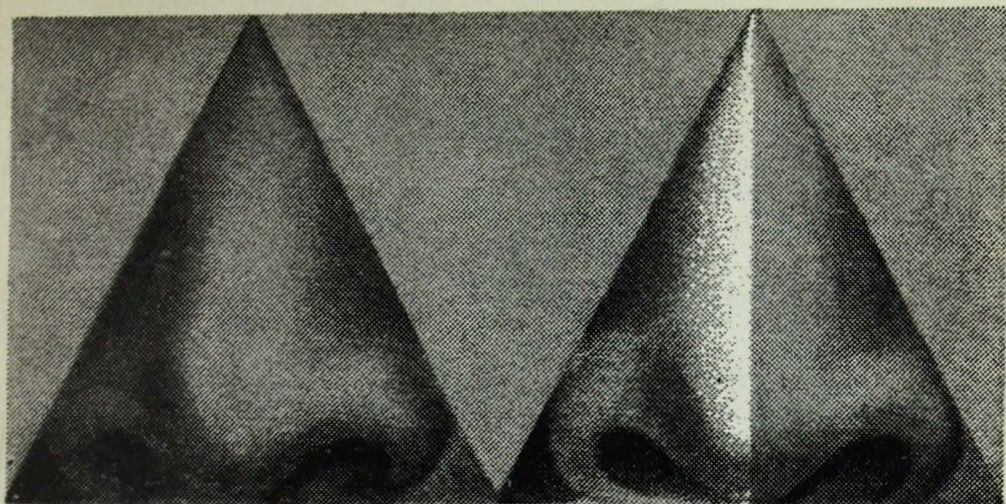
SOCIEDAD DE CIRUGIA:

PRESIDENTE:

DR. ISAAC MORALES SILVA

SECRETARIO:

DR. RAMIRO VALDES Y VALDES



Otrivina[®]

descongestiona la nariz durante varias horas
no provoca hiperemia reaccional

(clorhidrato de 2- (4'- terciobutil 2',6-dimetilfenilmetil-) imidazolina)

Gotas nasales

Solución al 1 por mil (Solo para adultos): frasco de 10 ml.

Solución al 0.5 por mil (Para niños): Frasco de 10 ml.

Reg. No. 53251 S. S. A. [®] Marca registrada

Literatura exclusiva para médicos P. Med. No. 4524 / 60 S. S. A.

C I B A

UTIL EN EL DOLOR

CONSECUTIVO A LA AMIGDALECTOMIA

ASPERVIT

CHICLE MEDICINAL

Reg. No. 46419 S. S. A

Desarrolla los efectos analgésicos del Acido
Acetil Salicílico, cuando ha pasado al
torrente circulatorio.

FORMULA:

Chicle	0.35 g.
Acido Acetil Salicílico	0.25 g.
Vitamina B-1	0.020 g.



DOSIS Y MODO DE EMPLEO:

Masticar una pastilla cada dos horas sin exceder diez en veinticuatro horas.

EXCLUSIVA PARA MEDICOS

No. AB11404/58 S. S. A.