

ANALES

de la
sociedad mexicana
de
oto-rino-laringología

órgano oficial

publicación bimestral

MEXICO • JULIO-AGOSTO •

No. 45

1960

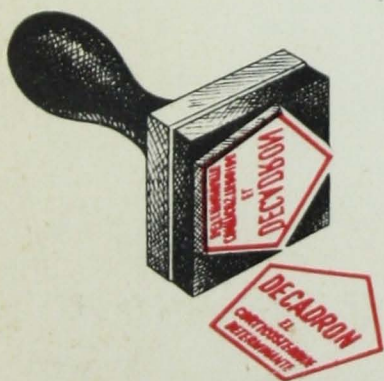
SEÑALA
UNA ENTRADA
A LA
"MADUREZ"
DEL TRATAMIENTO
CORTICOSTEROIDE

DECADRON*

(DEXAMETASONA)

EFICACIA TERAPEUTICA AUMENTADA

Unas: 28 veces más potente que la hidrocortisona . . .
7 veces más potente que la prednisolona . . .



SUPRESION CASI TOTAL DE LOS EFECTOS COLATERALES GRAVES

Los estudios clínicos y experimentales demuestran que DECADRON posee gran actividad antiinflamatoria, antirreumática y antialérgica. Con DECADRON los efectos colaterales son mínimos.



MERCK SHARP & DOHME DE MEXICO S. A. de C. V.
San Lorenzo No. 264
México, D. F.

INFECCION OTICA

OTALGIA

OTITIS

OTORREA

Se combaten con:

OTOGRAMIN

GOTAS PARA EL OIDO

Cloramfenicol + Biocidan + Aminobenzoato de etilo

2 a 3 gotas en cada conducto auditivo, 3 veces al día



Hecho en México por:
LABFARMEX, S. A.

Calz. México - Xochimilco No. 4832
México 22, D. F.

Reg. No. 41909. S.S.A.

Según fórmula de los:
LABORATOIRES CLIN-COMAR
PARIS-FRANCIA

P. Med. 12042/59

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



UVEGA

Hormona

**DESCONGESTIONANTE DEL TIMPANO
CON EFECTO ANALGESICO**

AUXILIAR EN LAS **OTITIS**

Presentación:

FRASCO-GOTERO



Literatura Exclusiva para Medicos

Reg. No. 19568 S.S.A.

P. Med. 1432 60

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

MONTERREY No. 47-201

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

MEŠA DIRECTIVA

Presidente: DR. HUMBERTO ALCO CER.
Secretario: DR. MARIANO HERNANDEZ G.
Tesorero: DR. ENRIQUE CULEBRO CARRERI.
1er. Vocal: DR. JORGE CORVERA BERNARDELLI.
2o. Vocal: DR. LUIS GONZALEZ RENTERIA.

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.
DR. MAURICE H. COTTLE.

SOCIOS FUNDADORES

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

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. Aristedes Monteiro
Domicilio Conocido.
Río de Janeiro, Brasil.
Dr. Francisco Maraños
Espalter No. 15
Madrid, España.
Dr. Alonso Roy
Apartado No. 131
Panamá, Rep. de Panamá.
Dr. Reinaldo de Villers
Av. Aliados No. 13
Habana, Cuba.

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.: 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. 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 Balcarcel
Medellín No. 94-2o. Piso.
Tel.: 11-25-44
México 7, D. F.

Dr. Andrés Bustamante Gurría
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 Gutiérrez 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.

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
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. 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 Ferrñño
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 Garza V.
2 Norte No. 1603
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.

Quemacetina 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.

nuevo...

LA REALIZACION DEL PROGRESO ANTIBIOTICO



Actividad antibiótica mucho mayor

Miligramo por Miligramo, la LEDERMICINA muestra de 2 a 4 veces la actividad de la tetraciclina contra los gérmenes susceptibles. Produce niveles significativamente más elevados de actividad sérica...



Con ingestión mucho menor de antibiótico

Proporciona más alto nivel de actividad en relación a su ingestión diaria en miligramos. Disminuye la probabilidad de efectos adversos en la mucosa intestinal o los de la interacción con el contenido gastrointestinal.



Ataque antimicrobiano máximo y sostenido

El alto nivel de actividad se mantiene característicamente constante y elimina las intermitencias de nivel. Se logra esto gracias a sus propiedades de notable estabilidad, resistencia a la degradación y excreción lenta.

y con

“un día más”

de actividad para proteger contra la recidiva

Mantiene la actividad durante uno o dos días después de suspenderse el tratamiento. Da muestras de extraordinaria eficacia contra la reaparición de la infección primaria o de invasiones bacterianas secundarias dos factores que a menudo se asemejan a “problema de resistencia”

INCREMENTA LAS BIEN CONOCIDAS VENTAJAS DE LA TETRACICLINA

Se suministra: LEDERMICINA, en cápsulas de 150 mg, frascos de 8, 16 y 100. Dosis para adultos: 1 cápsula cuatro veces al día.



Literatura exclusiva para médicos.
Pro. P. Méd 1445/60 S. S. A.
Reg. No. 54345 S. S. A.

LEDERMICINA

*Marca de Fábrica

EDITADO POR:
LEDERLE LABORATORIES DIVISION
Cyanamid Inter-American Corporation
49 West 49th St. New York 20, N. Y.

Demetilclortetraciclina Lederle
DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:
CYANAMID DE MEXICO, S. A. de C. V.
DIVISION LEDERLE
Calzada de Tlalpan No. 3092
México 22, D. F.

Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

B I M E S T R A L

DIRECTOR:

DR. JORGE CORVERA BERNARDELLI

Tel. 28-61-79

EDITOR:

DR. LUIS MÁRQUEZ

Querétaro No. 128, México, D. F.

Tel. 25-30-19

TOMO III

JULIO - AGOSTO DE 1960

NUM. 45

S U M A R I O

- Utilidad de la Exploración Otológica en el Diagnóstico de las Lesiones Ocupativas Intracraniales.—*Drs. Jorge Corvera B. y J. Manuel Luna G.* 71
- El Tratamiento Quirúrgico de las Parálisis Unilaterales.—*Drs. Andrés L. Delgado y Severino Tarasco C.* 78
- Nueva Lista de "Palabras" para Logaudiometría.
Dr. Ignacio Ortega 82

REGISTROS PENDIENTES

X I V
ASAMBLEA NACIONAL
DE CIRUJANOS

DEL 13 AL 19 DE NOVIEMBRE DE 1960

HOSPITAL JUAREZ.

MEXICO, D. F.

Utilidad de la Exploración Otológica en el Diagnóstico de las Lesiones Ocupativas Intracraneales

Dr. Jorge CORVERA B. (*)

Dr. J. MANUEL LUNA G. (**)

INTRODUCCION

El presente trabajo fue desarrollado con objeto de determinar si el examen otológico permite hacer diagnóstico de lesión con precisión suficiente para ser de utilidad clínica en el estudio rutinario de los enfermos con sospecha de tumor intracraneano.

Consideramos que 25 casos de lesiones ocupativas intracraneanas demostradas anatómicamente, en los que se practicó exploración otológica completa, constituyen una casuística que si ciertamente no es exhaustiva, sí es adecuada.

MATERIAL Y METODO DE ESTUDIO

Con excepción de dos casos, vistos en forma privada, los exámenes clínicos con

(*) Encargado del Departamento de Otoneurología de la Unidad de Neurología y Neurocirugía del Hospital General.

(**) Residente de la Unidad de Neurología y Neurocirugía del Hospital General.

que cuenta este trabajo, fueron hechos a pacientes internados en la Unidad de Neurología y Neurocirugía del Hospital General.

A su ingreso a la unidad, los enfermos son sometidos a exploración general y neurológica y se elabora su historia clínica. Aquellos que manifiestan síntomas de afección de fosa posterior o síndrome de hipertensión intracraneana sin datos de localización son enviados de inmediato al departamento de otología; llegando con diagnóstico presuncional pero sin exámenes especiales, radiológico ni de laboratorio.

El presente estudio se basa en los primeros 25 casos sucesivos, en los que después de ser examinados por los autores, se confirmó lesión ocupativa.

Método de exploración.—Después de hacer interrogatorio dirigido al enfermo sobre síntomas otolaringológicos tales como vértigo, acúfeno, sordera, disfagia, disfonía, etc., se practica otoscopia, rinoscopia anterior y posterior, exploración de faringe y laringoscopia indirecta.

Posteriormente se explora motilidad ocular, se prueba la sensibilidad de la cara y la presencia de reflejos corneanos, se aprecia si existe asimetría o paresia faciales y se prueba la función olfatoria.

Todo lo anterior se hace rutinariamente; cuando se considera indicado se hace además estudio del gusto y pruebas cerebelosas.

Con los resultados de la anterior exploración se hace una valoración de la integridad funcional de los pares craneanos I, III, IV, V, VI, VII, IX, X y XII.

El VIII par se explora de la siguiente manera:

El primer paso consiste en practicar en todos los enfermos una audiometría tonal pura. Si esta muestra hipoacusia, se continúa con audiometría por vía ósea. Si la hipoacusia es unilateral perceptiva, se hacen pruebas de reclutamiento usando la técnica de Fowler y si es bilateral las pruebas de fatiga descritas por Durán y Arroyo y por Hood. En todos los casos de hipoacusia se practica logaudiometría con lista de palabras trisilábicas graves y fonemas monosilábicos sin sentido, ambas listas desarrolladas en el departamento con la cooperación del Departamento de Audiología del Hospital de la Raza.

Nunca usamos pruebas de diapasones ni voz cuchicheada por considerarlas inútiles si se cuenta con audiometría y logaudiometría adecuadas.

La exploración vestibular la practicamos de la siguiente manera:

Probamos la estación y la marcha ciegas anotando si hay desviación o caída sistematizada a un lado. En seguida investigamos la presencia de nistagmus espontáneo de la manera habitual ano-

tando si hay nistagmus en una o varias direcciones de la mirada y tratando de cuantificarlo de la manera descrita por Lindsay dibujando flechas en la dirección que siga el nistagmus, con uno a tres vástagos según la aptitud y una a cuatro plumas según la frecuencia. En seguida se explora el nistagmus optoquinético de la manera descrita por Cawthorne, Dix, Hallpike y Hood; se utiliza un cilindro movido por un motor eléctrico que gira a velocidad conocida (33 ó 45 r.p.m.) y modificando simplemente la posición del cilindro, se puede explorar el nistagmus horizontal a uno y otro lado así como el vertical hacia arriba y abajo.

En seguida se explora la presencia del nistagmus postural de la manera descrita por Cawthorne y colaboradores y se diferencia si existe nistagmus del tipo llamado por Hallpike "paroxístico benigno" o del tipo que el mismo autor considera "central". El primero sería el que aparece en una sola postura crítica y presenta latencia, fatiga y vértigo acentuados. El segundo sería aquel que se presenta en varias posiciones de la cabeza en el espacio, usualmente dirigido hacia el oído que se encuentra arriba, sin latencia o con latencia breve, sin fatiga y sin vértigo.

Como prueba de estimulación del laberinto, de rutina se utiliza solo la descrita por Cawthorne, Fitzgerald y Hallpike con una única modificación en el sentido de que utilizamos como estímulo agua a 44°C y 30°C que corre durante 30 segundos en lugar de 40, seg. En el estudio de las respuestas, se intenta registrar tanto su duración, como su frecuencia y amplitud relativas. La duración se anota desde el principio del estímulo

y no se intenta determinar la latencia, no porque se considere sin importancia, sino que en nuestras manos ha mostrado ser demasiado variable. Al cabo de 60 segundos de que se inició el estímulo, se cuenta el número de sacudidas nistágmicas que ocurren en 10 segundos y se aprecia la amplitud del nistagmus en este momento. Esta última se cuantifica con una + cuando apenas es perceptible, ++ ó +++ cuando la amplitud es normal y reservando ++++ cuando la amplitud a nuestro juicio es exagerada, considerándose así cuando la excursión del ojo es mayor que las $\frac{2}{3}$ partes de la distancia entre ambos ángulos palpebrales.

Tomando los tres datos, duración del nistagmus y amplitud y frecuencia en el "momento de culminación" (Torok), determinamos la presencia de paresia vestibular, dirección preponderante o lesión mixta.

En casos escogidos se ha registrado la respuesta por medio de la nistagmografía con el aparato de electroencefalografía.

Descrita brevemente la técnica consiste en colocar dos electrodos en los ángulos externos y dos en los ángulos internos de los párpados y excitar los vestibulos igual que en las pruebas térmicas normales. Indudablemente la nistagmografía representará en el futuro próximo la técnica más adecuada para estudiar la función vestibular. Hemos podido encontrar hallazgos en los trazos de nistagmografía en algunos casos de lesiones del tronco cerebral, pero nuestra experiencia todavía es muy limitada para poder valorar estas pruebas, por lo que el presente estudio no toma en cuenta los resultados de las vestibulografías efectuadas.

Interpretación de los hallazgos.

Después de efectuado el estudio completo, se reporta de la siguiente manera:

1) "En aquellos casos en que no hay hallazgos suficientes para sospechar lesión de fosa posterior".

2) En aquellos en que hay hallazgos en la exploración otoneurológica que señala lesión de fosa posterior, se intenta por medio de la correlación de dichos hallazgos, determinar la zona en que esta lesión se encuentra, diferenciando entre ángulos pontocerebelosos, línea media bulboprotuberancial en el piso del IV ventrículo, cara anterior del tallo cerebral, hemisferios cerebelosos y lesiones difusas.

RESULTADOS

Los siguientes cuadros sintetizan los resultados obtenidos.

El primero señala aquellos casos en que el estudio otológico excluyó lesión de fosa posterior (Tabla I).

Como se puede ver, se encuentran un meningioma, cuatro gliomas, un adenoma, un quiste porencefálico, un absceso y una malformación vascular que produjo hemorragia. Desde el punto de vista topográfico hay dos lesiones que afectan lóbulo frontal, una lóbulo occipital, tres lóbulo temporal, una en el compartimiento hipofisiario y tres en varios lóbulos.

El segundo cuadro muestra los casos en que el estudio dio datos que permitieron efectuar diagnóstico de lesión en la fosa posterior (Tabla II).

De las ocho lesiones limitadas a fosa posterior, cuatro afectaban primordialmente el ángulo pontocerebeloso y cuatro la línea media. Cinco lesiones afectaban otras zonas del encéfalo además de la

fosa posterior, un cordoma, un caso de carcinomatosis metastásica, un caso de tuberculosis encefálica y dos cisticercosis.

El tercer cuadro muestra los casos en que el estudio otológico no fue útil (Tabla III). En uno de ellos se diagnosticó lesión de fosa posterior que no existía y en el otro no hay evidencia que permita afirmar la exactitud del diagnóstico señalado. A la luz de casos posteriores, creemos sin embargo que debe clasificarse como error diagnóstico.

COMENTARIO

Es evidente que la utilidad del estudio otológico en enfermos neurológicos es múltiple; similarmente a lo que ocurre en el caso de la oftalmología, su papel principal es hacer el diagnóstico de padecimientos de órgano periférico y excluir de esta manera los padecimientos que, dando síntomas auditivos caen propiamente dentro de la esfera neurológica por tener asiento en las estructuras nerviosas centrales.

Sin embargo, estableciendo otra vez el paralelo con la oftalmología, la otología puede ser ayuda considerable a la neurología haciendo diagnóstico de lesiones que afectan las vías de conexión cocleares y vestibulares, diagnóstico que por supuesto no puede ser más que topográfico.

La extensión y riqueza de conexiones de los sistemas del VIII par y en particular del sistema vestibular, que ocupa zonas del vermis cerebeloso, prácticamente todo el piso del IV ventrículo, los cuerpos restiformes y llega hasta los cuerpos anteriores de la médula, hace que las lesiones ocupativas de la fosa posterior de al-

guna magnitud necesariamente afecten parte de las vías vestibulares.

El estudio minucioso de la función vestibular y el uso de estímulos auditivos y vestibulares cercanos al umbral de excitación de estos sistemas, permiten descubrir alteraciones mínimas que necesariamente se escapaban en la época de los diapasones y el agua de hielo.

Necesariamente, los diversos tumores son más o menos ricos en sintomatología según su naturaleza.

Los neurinomas del nervio acústico son los más fáciles de diagnosticar porque producen la mayor y más precoz destrucción de estructuras cocleovestibulares y estudios exhaustivos recientes especialmente de Toennis y Hallpike muestran que la seguridad diagnóstica inclusive en lo que respecta a su naturaleza es muy alta.

En nuestra limitada experiencia, hemos encontrado que es posible distinguir claramente entre los neurinomas y otros tumores del ángulo.

Los primeros dan alteraciones cocleovestibulares totalmente fuera de proporción con la lesión a otros pares craneales.

El caso 84-P presentaba un neurinoma del acústico que producía anacusia, inexcitabilidad total del vestíbulo y en otros pares, solo una ligera depresión del reflejo corneal.

Por el contrario los tumores extrínsecos al VIII lo afectan con la misma intensidad que a otros pares vecinos.

El caso 137-I presentaba un meningioma que invadía el ángulo pontocerebeloso y daba como síntomas pérdida del 10% de la función auditiva, afección dis-

creta de la función vestibular y, ya presente, paresia facial periférica.

Los tumores de la línea media del IV ventrículo son también ricos en hallazgos y se caracterizan por producir severa afección vestibular bilateral con función coclear prácticamente normal.

Especialmente importante en nuestro medio es el diagnóstico de la cisticercosis de fosa posterior. Creemos nosotros reconocer en estos casos cierta sistematización en los síntomas, ya que se caracterizan por afectar todas las estructuras cocleo-vestibulares en forma simétrica, pero en grado muy moderado. Originalmente pensamos que esto se debía a hipertensión en el IV ventrículo y consecuentemente a presión pareja sobre todo el piso y a elongación de las vías vestibulocerebelosas; pero después de estudiar algunos casos de necropsia, inclusive varios que no están en esta serie por no haber tenido exploración otológica completa, creemos que quizá, una explicación más correcta sería la leptomeningitis basal que se encuentra en la cisticercosis tan frecuentemente.

No deja de ser curioso señalar que los dos casos en que se encontraron síntomas otológicos que nos hicieron pensar en afección de fosa posterior que no existía, se trataba de lesiones circunscritas al lóbulo temporal izquierdo. Quizá si esto sigue ocurriendo en el futuro podríamos elucubrar sobre sus posibles razones.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial entre tumor de fosa posterior y tumor de fosas anterior y media, el estudio otológico mostró en esta serie, ser de utilidad práctica, ya que de hecho acertó en el diagnóstico en el 92% de los casos.

RESUMEN

Se presentaron 25 casos que forman el total de las lesiones ocupativas intracraneales demostradas, estudiadas en el Departamento de Otoneurología de la Unidad de Neurología y Neurocirugía del Hospital General hasta el 27 de julio de 1959.

Los pacientes presentaban síntomas de fosa posterior o hipertensión craneana sin datos de localización.

Se hizo diagnóstico topográfico correcto en 23 de los casos; en 13 de los cuales se afirmaba la presencia de lesión en fosa posterior y en 10 de ellos se excluía esta. En dos casos no se hizo diagnóstico correcto; en uno de ellos se afirmó la existencia de lesión de fosa posterior que posteriormente se demostró que estaba en fosa media y en el otro el diagnóstico otológico no fue concluyente.

En la serie actual, el diagnóstico otológico fue correcto señalando o excluyendo lesiones en fosa posterior en 92% de los casos y no fue útil en el 8%.

T A B L A I

CASOS EN QUE EL EXAMEN OTONEUROLOGICO SEÑALO LESION DE FOSA POSTERIOR

Caso	Sexo	Edad	Comprobación anatómica	D i a g n o s t i c o
A) LESIONES UNICAS EN FOSA POSTERIOR:				
112-I	F	13	Q	ASTROKITOMA GRADO II DEL IV VENTRICULO, ADHERIDO AL BULBO EN LA LINEA MEDIA.
8-I	M	19	A	MEDULOBLASTOMA DEL VERMIS CEREBELOSO.
4-XII-58 (7)	M	26	A	LEUCEMIA ALEUCEMICA; CLOROMA DEL ANGULO PONTO CEREBELOSO DERECHO.
68-P	F	52	Q	NEURINOMA DEL ACUSTICO DERECHO.
84-P	F	26	Q	NEURINOMA DEL ACUSTICO IZQUIERDO.
137-I	F	28	Q	MENINGIOMA DEL CLIVUS, QUE INVADIA ANGULO PONTO CEREBELOSO DERECHO.
66-I	M	28	A	SIRINGOBULBIA.
127-I	M	17	A	HIDROCEFALIA INTERNA, UN CISTICERCO EN EL VERTICE INFERIOR DEL IV VENTRICULO.
B) LESION UNICA QUE INVADIA FOSAS POSTERIOR Y MEDIA:				
43-I	M	70	Radiológica	CORDOMA DE APOFISIS BASILAR Y PUNTAS DE PEÑASCOS.
C) LESIONES MULTIPLES EN FOSA POSTERIOR Y FUERA DE ELLA:				
86-I	F	16	Q	TUBERCULOMAS MULTIPLES.
4-I	F	35	A	METASTASIS DE CARCINOMA MAMARIO.
45-I	F	27	A	LEPTOMENINGITIS BASAL. UN CISTICERCO EN LOBULO OCCIPITAL DERECHO.
56-I	F	40	A	LEPTOMENINGITIS BASAL. CINCO CISTICERCOS, DOS EN FOSA POSTERIOR Y TRES FUERA DE ELLA.

T A B L A I I

CASOS EN QUE EL ESTUDIO OTONEUROLOGICO EXCLUYO LESION DE FOSA POSTERIOR

Caso	Sexo	Edad	Comprobación anatómica	Diagnóstico
87-1	F	45	Q	MENINGIOMA FRONTAL PARASAGITAL DERECHO.
85-1	F	52	A	GLIOBLASTOMA FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO.
110-1	F	26	Q	QUISTE PORENCEFALICO OCCIPITAL DERECHO.
6-1	F	28	A	ASTROCITOMA FRONTAL DERECHO.
10-1	F	19	Q	NEUROASTROCITOMA TEMPORAL DERECHO.
44-1	F	29	Q	ASTROCITOMA OCCIPITO TEMPORO PARIETAL DERECHO.
53-1	F	63	Q	ADENOMA CROMOFOBICO DE LA HIPOFISIS.
80-1	M	40	Q	HEMATOMA SUBDURAL CRONICO FRONTO PARIETO TEMPORAL DERECHO.
73-1	M	26	Q	ABSCESO TEMPORAL DERECHO.
122-1	M	25	Arteriograf.	MALFORMACION VASCULAR HEMORRAGICA EN TERRITORIO DE LA COROIDEA ANTERIOR DERECHA.

T A B L A I I I

CASOS EN QUE EL ESTUDIO OTONEUROLOGICO EQUIVOCO EL DIAGNOSTICO

Caso	Sexo	Edad	Comprobación anatómica	Diagnóstico otológico	Diagnóstico anatómico
57-1	F	16	Q	HIPERTENSION DE IV VENTRICULO	ABSCESO TEMPORAL IZQUIERDO.
75-1	M	36	Q	LESION DE FOSA POSTERIOR, LINEA MEDIA	ASTROCITOMA TEMPORAL IZQUIERDO.

El Tratamiento Quirúrgico de las Parálisis Unilaterales

Dr. Andrés L. DELGADO (*)

Dr. Severino TARASCO C. (**)

LA inmovilidad de una cuerda vocal presenta múltiples problemas de orden diagnóstico que han sido estudiadas por múltiples autores y en la mente de cada uno de nosotros existe una imagen clara del tipo de problema que se presenta por lo que sólo queremos enfatizar el hecho de que la inmovilidad de una cuerda es sólo un signo de un padecimiento de severidad variable que requiere un estudio cuidadoso.

Desde el punto de vista anatómico, las lesiones que causan una inmovilidad de una cuerda pueden estar situadas en varios sitios unas originando una verdadera parálisis y otras dando lugar a una inmovilidad por trastornos mecánicos. El cuadro No. 1 tomado con ligeras modifica-

ciones del publicado en el libro de Lederer y Hollender presenta en síntesis el sitio de las lesiones y las posibles parálisis asociadas cuya presencia ha dado lugar a una serie de síndromes como el de Collet Sicard, Vernet, Schmidt, Tapia, etc. Se ha agregado al cuadro el título de glándula tiroides pues la cirugía de esta glándula produce frecuentemente parálisis o paresias en un 0.3% de todos los tiroides operados según la mayoría de los autores, de acuerdo con Thornell pensamos en la existencia de dos ramas del recurrente, una para la abducción y otra para la adducción. Topográficamente considerada, etiológicamente los factores causantes son también múltiples siendo igualmente los factores de tipo pronóstico.

(*) Jefe del Servicio de Otorrinolaringología y Broncoscopia del Instituto Nacional de Neumología, Otorrinolaringólogo del Hospital de la Raza.

(**) Laringo-foniatra del Instituto Nacional de Audiología del Instituto Mexicano de la Audición y el Lenguaje y del Hospital Infantil.

En el terreno de la laringología propiamente dicho, existen también lesiones que darán lugar a la falta de movilidad y frecuentemente se plantea el diagnóstico diferencial entre una parálisis y una fijación, el cuadro No. 2 presenta los puntos principales a diferenciación. Muy

comunmente una artritis cricoaritenoides trófica, para diferenciarlas hay que tomar en cuenta varios factores: la desnivelación de las C.V. que en la parálisis R. la C.V. enferma está más baja que la C.V. sana y en la artritis C.A. la C.V. afectada está por encima de la sana. La atrofia de las C.V. es de valor considerable, ya que nunca se observa en la artritis C.A. y la vibración intrínseca de la musculatura cordal que nunca se presenta en la parálisis R. Para dilucidar estos cambios será de capital importancia practicar el estudio estroboscópico de las C.V.

Establecido el diagnóstico de parálisis, son numerosos los factores que se deben tomar en cuenta y que normarán la conducta terapéutica a seguir. El primer hecho importante a establecer, es el conocimiento de la causa que dio lugar a la parálisis y su pronóstico, es evidente que todo tratamiento encaminado a la corrección de una disfonía, cuando el factor causal es un padecimiento grave es inútil, por otro lado, cuando la causa es traumática, digamos la manipulación quirúrgica del nervio, es indispensable establecer un compás de espera antes de intentar un procedimiento quirúrgico para corregirla pues puede haber en todos los casos una recuperación fisiológica del nervio.

Laringológicamente es importante considerar las distintas clases de parálisis tomando en cuenta la posición de la cuerda y la presencia o no de vibraciones; pudiendo existir según Husson siete clases distintas de las cuales se presentan resumidas en el cuadro No. 3.

1.—Parálisis de la ABDUCCION Con adducción y vibración conservadas.

2.—Parálisis de la ADDUCCION Con abducción y vibración conservadas.

3.—Parálisis de la VIBRACION Con abducción y adducción conservadas.

4.—Parálisis de la ADDUCCION Y VIBRACION con abducción conservadas.

5.—Parálisis de la ABDUCCION Y VIBRACION con adducción conservadas.

6.—Parálisis de la ABDUCCION Y ADDUCCION con vibración conservadas.

7.—Parálisis de la ABDUCCION, ADDUCCION Y VIBRACION.

De acuerdo con el tipo que encontramos variará la terapéutica que aplicamos sin olvidarnos que sólo hacemos mención de las parálisis unilaterales: en la primera no hay nada que hacer, pues la respiración se asegura por la C.V. sana y en oposición con la enferma, dará una voz casi normal. En la número dos la C.V. en adducción puede realizar la voz con las características de la primera. En la número tres la voz es realizada aunque desprovista de armónicos y con timbre raspado y opaco. En los tipos 4, 5, 6 y 7 la terapéutica rehabilitatoria se impone y logra siempre una mejoría del débito fonatorio, esto requiere un gran esfuerzo del paciente ya que deberá someterse a disciplina rigurosa, siempre con control periódico de sus condiciones laríngeas. La terapéutica por ejercicio tiende a condicionar un soplo espiratorio más amplio y potente para compensar el escape de aire y la fatiga que esto produce, además de la disfonía existente.

Es necesario provocar una acción mus-

cular de la C.V. sana más enérgica y brusca para ayudar a una hiper-adducción compensadora, disminuyendo la abertura glótica. Es posible también, obtener ayuda con posiciones adecuadas del cuello, que compriman la abertura glótica, por la presión ejercida sobre las paredes externas del cartilago tiroides, que se aproximan una a la otra aumentando así la potencialidad de la hiper-adducción. Es necesario también elevar el tono de la voz del enfermo para "borrar" el tono sombrío de los tonos graves, haciendo también que la musculatura arivocal y tiro vocal trabaje con mayor energía.

Como ya he mencionado, siempre (cuando el enfermo coopera), es posible obtener una mejoría NO una curación. Sin embargo esta mejoría en ocasiones es mínima, a pesar del esfuerzo realizado o bien porque el paciente no puede ser sometido a intenso trabajo de rehabilitación.

El tratamiento rehabilitatorio es instituido a la mayor brevedad en todos los casos con objeto de establecer sus posibilidades de éxito y además para crear el compás de espera del cual se habló arriba. En general su éxito estará relacionado indirectamente con el tamaño de espacio a llenar dando mejores resultados probablemente en los grupos 2, 3, 4 y 5.

Cuando la cuerda paralizada es prácticamente invisible encontrándose en una posición cadavérica (6 y 7) y con una marcada atrofia, los resultados de la rehabilitación no dejan mucho que desear por lo que la necesidad de encontrar algún otro método nos hizo experimentar el que es motivo del presente trabajo.

La anastomosis del nervio recurrente seccionado tiene resultados bastante pobres y los pocos reportes en la literatura revisada son en el sentido de fracasos.

Basados en el trabajo de Konig y en las discusiones con Proud, Holinger, consideramos que el único método satisfactorio consistiría en poder aproximar la cuerda paralizada a la cuerda sana con objeto de reducir el espacio muerto y facilitar la fonación.

El procedimiento se ha hecho tal y como lo describió Konig, es decir, mediante la aplicación de un injerto de cartilago subperióstico en la cara interna del cartilago tiroides entre dicho cartilago y la cuerda vocal.

El procedimiento extraordinariamente sencillo se practica con anestesia local con objeto de obtener una evaluación inmediata de los resultados obtenidos en la forma que se presenta en la grabación. El cartilago costal se introduce a través de una pequeña ventana hecha en la cara anterolateral del cartilago tiroides como a medio cm. de la línea media, el pedazo de cartilago es fijado al esqueleto laríngeo mediante un punto de seda 000 y la incisión horizontal del cuello es cerrada por planos.

Quizá el mayor inconveniente del procedimiento es la intolerancia del cartilago cosa que nunca hemos visto y la reabsorción del mismo a través del tiempo, creemos que la aparición de problemas de obstrucción respiratoria es una eventualidad muy remota si se hace la valoración previa del espacio que debe recorrer la cuerda paralizada.

SUMARIO

1.—Se hace una somera discusión sobre la etiología de las parálisis laríngeas haciendo hincapié en la diferenciación entre fijación y parálisis.

2.—Se discuten las posibilidades de tratamiento rehabilitatorio.

3.—Se presenta un método quirúrgico para la corrección de la disfonía consecutiva a las parálisis recurrenciales.

4.—Se presenta una grabación demostrativa.

Nueva Lista de "Palabras" para Logaudiometría

Dr. Ignacio ORTEGA (*)

EL estudio de la capacidad auditiva de una persona, hecha con tonos puros, da una idea bastante aproximada de su aptitud para la percepción de ondas sonoras. En la vida diaria, nunca o excepcionalmente percibimos tonos puros, por lo que una medición precisa de las ondas sonoras que normalmente escuchamos, nos hará un diagnóstico más cerca de la verdad.

Con el lenguaje, cualquiera que el sea, es nuestra forma de comunicación. Y en nuestro caso, la capacidad para la percepción auditiva del lenguaje hablado es lo que nos interesa conocer lo más exactamente posible.

El lenguaje hablado lo podemos definir como la emisión de sonidos articulados que expresan ideas. Toda lengua es un vasto conjunto de palabras, y cada palabra un sonido o conjunto de sonidos, que expresan una idea, completa o incompleta. Las palabras se convinan entre sí, y, merced a esta función, nos permite expresar lo que pensamos o sentimos.

Recordemos que el idioma castellano

(*) Audiólogo del Hospital de la Raza, I.M.S.S.

está compuesto de 28 letras, 5 de ellas vocales y el resto consonantes.

Los sonidos vocales se emiten de modo claro, en forma aislada cambiando para cada una de ellas la forma y tamaño de la cavidad de resonancia, en tanto que las consonantes deben ser pronunciadas con el auxilio de una vocal y debido a que es una vibración exclusiva de las cuerdas vocales, es necesario hacer ciertos movimientos en lengua, labios, velo de paladar, etc. y modificar completamente la cavidad de resonancia para poder ser emitidos.

Cuando una vocal precede a una consonante, y debido a los movimientos que deben hacerse para pronunciar esta, tendremos que dar cierta modulación a la vocal preparando el movimiento que hemos de efectuar, y esto es una de las causas que dan la entonación al lenguaje hablado.

Las vocales aisladas o como terminación de una palabra, siempre se pronuncian de una misma manera, que le es característica a cada una de ellas: son las vocales relajadas.

Todos los datos enunciados, son inte-

resantes para poder enfocar nuestro estudio a la lista de fonemas a que posteriormente nos vamos a referir.

Para el estudio de la capacidad auditiva del lenguaje, actualmente se usan en México listas de palabras que siguen una serie de normas que se utilizaron para el idioma inglés.

En E.E.U.U. las primeras pruebas que se hicieron no llevaban un fin de diagnóstico audiológico. Fueron hechas por la Bell Telephone, y era con el objeto de probar la fidelidad en los diferentes medios de comunicación. Para esto se estableció una serie de preguntas que tenía que contestar la persona examinada, oraciones y palabras aisladas que tenía que repetir. De estos estudios, aunque como ya dije no llevaban un fin de diagnóstico audiológico, sacaron en conclusión que lo más fácil de percibir en el idioma inglés son las oraciones, después las bisilábicas doblemente acentuadas, las polisilábicas, las monosilábicas y por último las mosilábicas con sentido y sin él. Con estas bases se formaron las listas para el estudio logaudiométrico en inglés.

Para la elaboración de estas listas, se tomaron las palabras más fáciles de percibir, o sean las bisilábicas doblemente acentuadas, y las más difíciles que como ya dije resultaron ser los monosilábicos sin sentido. Esta última lista se intentó elaborarla en la siguiente forma: En tres cajas se metieron papeles con una letra escrita, en dos de ellas consonantes y en la tercera vocal; se fueron sacando sucesivamente una letra consonante, una vocal y una consonante, y así formaron palabras de tres letras, dos consonantes y una vocal. La finalidad de esto era formar mo-

nosilábicos sin sentido, pero debido a que el idioma inglés es monosilábico por excelencia, la mayoría de las palabras formadas de esta manera tenía algún significado. Por esta razón fueron desechados los monosilábicos sin sentidos y en su lugar se hicieron listas de monosilábicos con sentido.

Estas mismas bases fueron tomadas por el Dr. Berruecos, el Dr. Tato y otros para la elaboración de las liaras en español.

En español, hay únicamente alrededor de 200 palabras monosilábicas, que son utilizadas en su mayoría para la prueba de captación a mononivel. Por esta razón, en español si se pueden hacer listas de monosilábicos sin sentido que como ya dije se intentó hacer en inglés y no fue posible. Nosotros hemos elaborado listas de monosilábicos sin sentido, que son base para la prueba que describiremos posteriormente, y a las que les vemos la posibilidad de ser usadas como prueba de captación a mononivel en la logaudiometría.

La lista fue hecha de una consonante seguida de una vocal. La tercera letra, o sea la consonante final, no fue incluida debido a que como ya se expresó antes, hay que darle cierta entonación a la vocal que la precede y esto trae como consecuencia que una persona por esta simple entonación aunque no la haya percibido correctamente, sepa de que fonema se trata.

La lista de monosilábicos sin sentido, ha sido aplicada por Hertz en una prueba audiológica que difiere en algunos aspectos de la de captación a mononivel de la logaudiometría clásica.

En la prueba de captación a mononi-

vel, la prueba parte de intensidades fijas que se determinan por el aumento de 25 a 30 decibeles por encima del umbral determinado por la lista de bisilábicas. Se busca porcentaje de palabras repetidas correctamente.

La prueba de Hertz, parte de palabras repetidas correctamente y se busca intensidades.

Esta prueba ha tenido serios problemas que la han hecho poco aceptada en la clínica debido y son los problemas ya enunciados anteriormente sobre los fonemas sin sentido en el idioma inglés.

La prueba de Hertz fue la utilizada por nosotros, utilizando nuestras listas de monosilábicos sin sentido en español.

TECNICA DEL TRABAJO

Se elaboraron listas de fonemas sin sentido, uniendo una consonante y una vocal, no fueron balanceadas fonéticamente pero sí numéricamente; es decir, no se tomó en cuenta el mayor uso en lenguaje corriente, de ciertas letras con relación a otras, pero sí que hubiera el mismo número de unas y otras. Para esta determinación nos basamos en que si se prueban tres o cuatro veces la "A" y la "U" por ejemplo, y en estas tres o cuatro veces son percibidas correctamente, no es necesario probar 5 veces más la "A" aunque sea más usada que la "U", o dicho en otra forma, al hacer un estudio audiométrico con tonos puros, no es necesario probar 10 veces más los tonos 1000, 2000 y 4000, aunque sea la gama de tonos que percibimos más frecuentemente.

La lista así elaborada fue grabada en una reproductora de cinta magnética.

Para hacer el trazo de captación en personas normales, fueron seleccionadas un grupo de personas, todas ellas entre los 18 y 22 años, la mayoría estudiantes de enfermería y a las cuales se les interrogó sobre antecedentes patológicos otorinolaringeos, desechándose a las que lo tuvieran positivos, y se les practicó a todas ellas, audiograma previo con tonos puros, dándose límite de tolerancia de 5 decibeles con relación al 0 en todas las frecuencias. Fueron 76 en total.

Una vez seleccionado el personal para efectuar la prueba, a cada una de ellas se le pasaron dichas listas buscando el número de decibeles que contestaran correctamente el 25% de las palabras, el 50, el 75 y el 100%. Una vez teniendo cuatro puntos de referencia se trazó una curva, el promedio de todas las curvas obtenidas, dio como resultado la curva de la figura No. 2.

En el 50% de captación fueron desechados el 10% de las personas que lo captaron a menor intensidad y el 10% de las que lo captaron a mayor decibelaje, el resto se tomó como término medio encontrándose una variación de 5 decibeles. Estos mismos cinco decibeles fueron tomados como variación normal en los demás porcentajes de captación, anotándose con puntos las personas que se salieron de los 5 decibeles que se tomó como variación normal.

A este mismo personal que se utilizó para obtener esta curva, se le pasó la lista de monosilábicos que actualmente se usa en el Hospital de la Raza para la prueba de captación a mononivel y se encontraron los siguientes resultados que muestra la figura No. 1. Como se ve en ella, el

CURVA DE CAPTACION DE MONOSILABICOS A NIVELES FIJOS

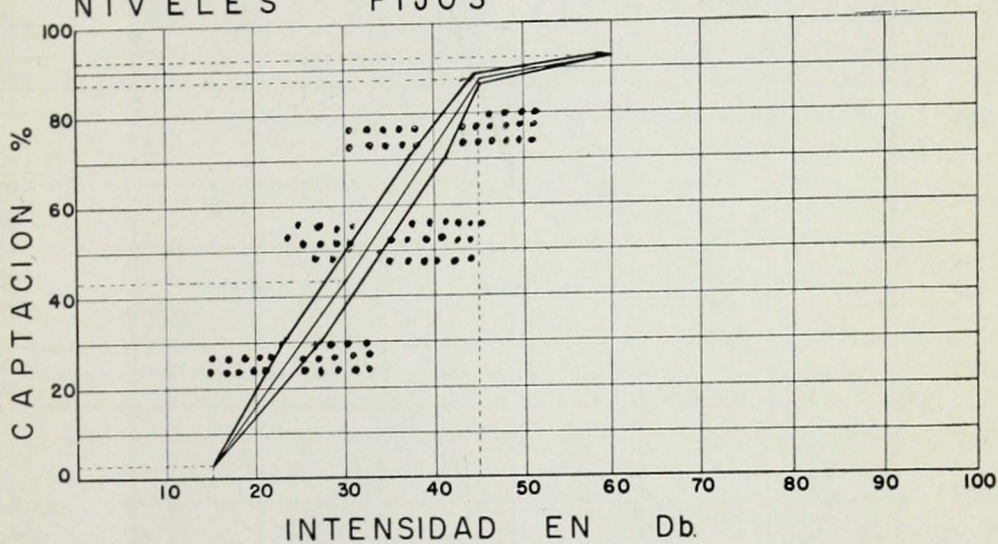


Fig. 1

CURVA NORMAL

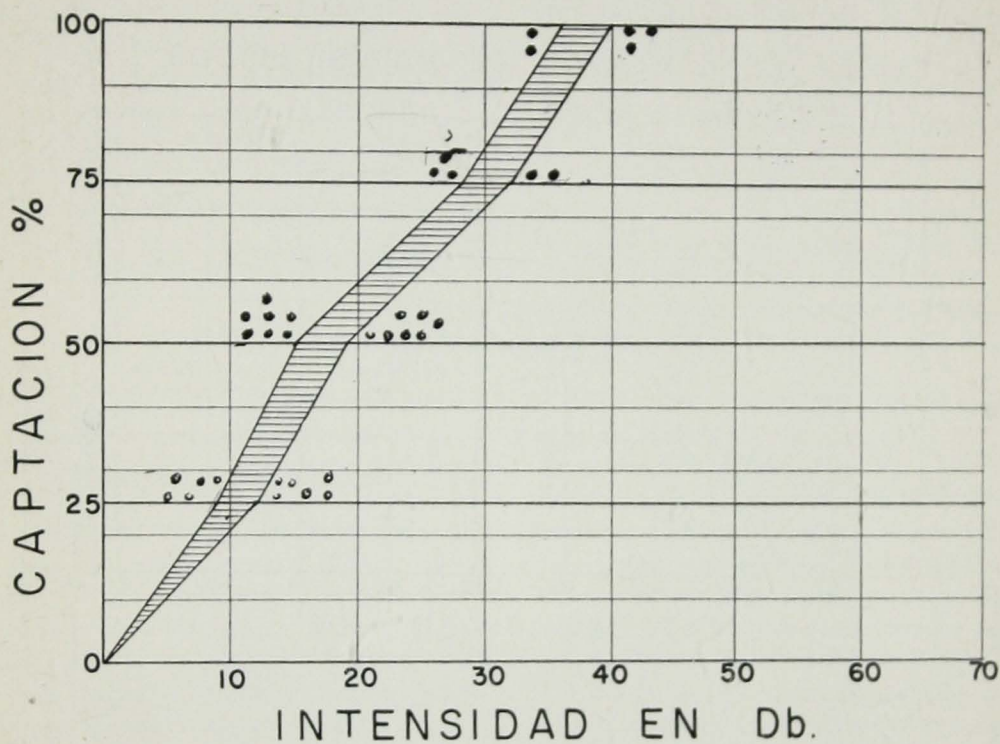


Fig. 2

HIPOACUSIA CONDUCTIVA

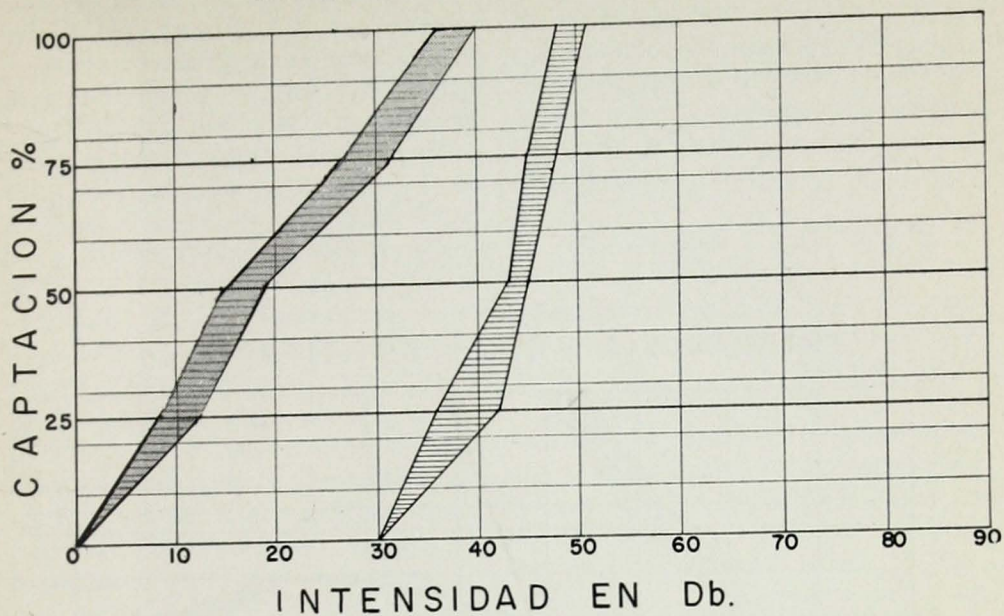


Fig. 3

HIPOACUSIA MIXTA SIN CORTIPATIA

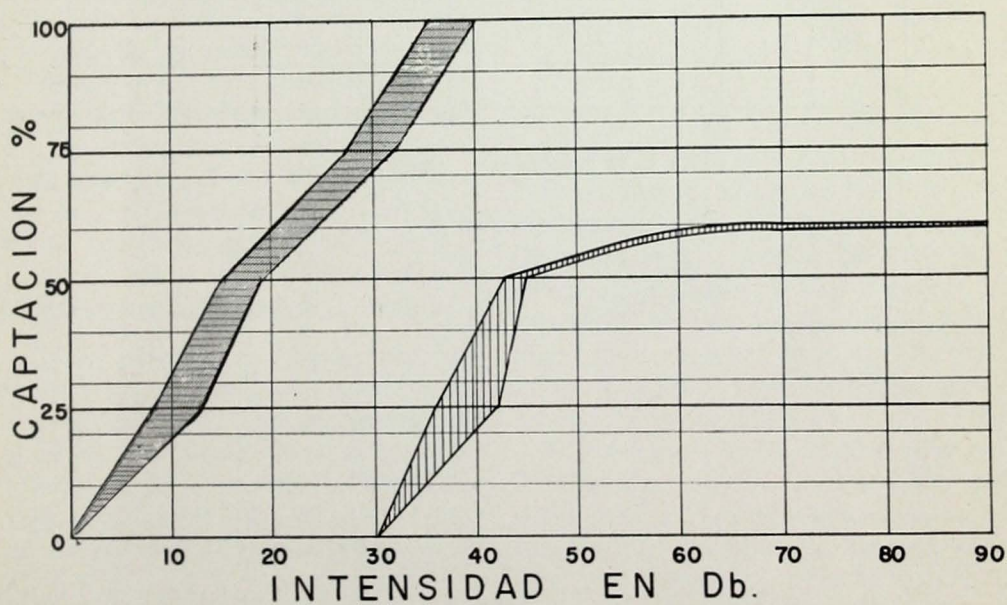


Fig. 4

HIPOACUSIA CON CORTIPATIA

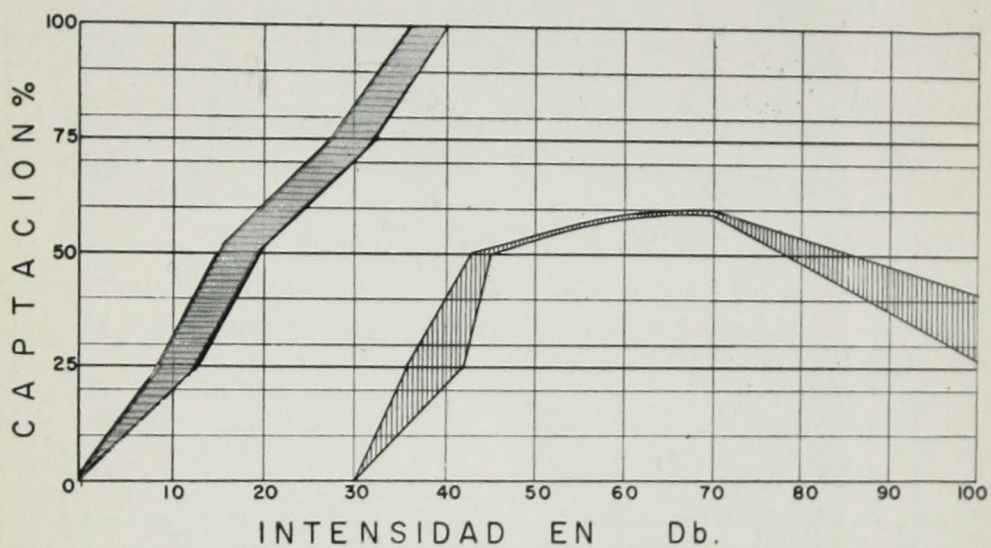


Fig. 5

50% de captación se encontró en 33 decibeles y no se llegó al 100% de captación. Estos niveles tan bajos son explicables si se toma en cuenta que en el español hay únicamente alrededor de 200 monosilábicos, muchos de ellos tienen diptongos, otros triptongos, dos consonantes juntas, etc. motivos todos ellos que hacen difícil su percepción. Como se puede ver claramente, el porcentaje de personas que se salieron de los 5 decibeles que se tomó como variación normal es mucho mayor que en la figura anterior.

Una vez establecida la curva de captación en personas normales, se intentó hacerla en enfermos, el número de estos fue reducido, por lo que estas curvas son susceptibles de modificación en estudios posteriores.

Entre los enfermos con hipoacusias conductivas puras, que fueron 8, se encontró el nivel de captación de 25% y 50% rechazado hacia la derecha en relación de la curva que se obtuvo en personas normales, y en los niveles de 75 y 100% con tendencia a unirse a la de personas sanas. Datos explicables puesto que una vez sobrepasado el umbral de decibeles que detiene el proceso patológico que ocasiona la hipoacusia, hay un órgano de percepción sano que, llegando a cierta intensidad en decibeles capta el mismo porcentaje que el oído normal.

En los enfermos con hipoacusias perceptivas sin cortipatía, que fueron 5, los niveles de 25 y 50% se encontraron rechazados igualmente hacia la derecha, tornándose posteriormente en una línea horizontal. Esto es debido a que un órgano de percepción lesionado llega a un

porcentaje de captación y no mejora por el aumento de la intensidad.

Por último en cuatro enfermos con cortipatía, la curva llega a un nivel máximo de captación tornándose posteriormente descendente debido al reclutamiento que presentan estos enfermos.

CONCLUSIONES

Se presenta una lista de monosilábicos sin sentido que ofrece las siguientes ventajas.

1º La lista de monosilábicos sin sentido que hicimos, se comporta de una manera más consistente que las que actualmente se usan en logaudiometría y que son monosilábicos con sentido, y esto lo demuestran las siguientes cifras:

En el 25% de captación se salieron del término medio tomado como tolerancia 10 personas contra 22 que se salieron de la lista actualmente usada; en el 50% fueron 14 contra 28; el 75% cinco contra 26 y además, llegó al 100% de captación lo que no lo hizo la actualmente usada.

2º No varían los resultados en nuestra prueba por el nivel cultural que una persona tenga. Esto, como todos nos hemos dado cuenta, da lugar a que las listas que actualmente se usan haya una variación de captación muy grande; Se encuentra alta en las personas de mayor cultura y baja en las de poca cultura, lo que se explica fácilmente por la integración cortical que se efectúa al escuchar alguna palabra que tenga un sentido.

3º Debido a la forma como está hecha la lista, una consonante seguida de una vocal, esta por ser terminación de palabra, siempre se pronunciará en una mis-

ma forma no dando lugar a que el enfermo la capte por la sola entonación.

4º Pueden ser usadas en cualquier parte de habla castellana. Uno de los motivos por lo que ha sido abandonada la logaudiometría en algunas partes de EE.UU. es la diferencia de entonación de un estado a otro, por lo que no se le pueden hacer pruebas logaudiométricas a una persona del sur si la lista está grabada por una gente del norte, el enfermo presenta un nivel de captación bajo y que no concuerda con el estudio tonal.

5º Por todos estos motivos, creo que al clínico se le pueden dar cifras más exactas y se puede valorar la mejoría de un enfermo, después de una intervención con datos más precisos.

SILABAS SIN SENTIDO DE DOS LETRAS

BA
TU
DO
BI
SE
PA
MO
PI

YI
ÑE
MA
LU
GO
KE
GA
FU

NE
YA
JU
DI
JE
FA
DU
BO
SI
ÑA
SU
PO
NI
YE
GU
YO
JI
FE
KA
BU
RI
BE
SA
PU
NO
SO
KI
TE
RA

NU

KO
TI
RE
NU
RO
NI
ME
LA
FO
LI
GUE
DA
KU
TO
PE
TA
RU
ÑO
MI
JA
MU
LO
GUI
DE
LE
NA
YU
JO
FI

y
después
de operar...



protección antibacteriana

FURACIN actúa-interrumpiendo el metabolismo enzimático de las bacterias—sin efectos sobre la regeneración tisular humana. FURACIN tiene amplio espectro antibacteriano e incluye organismos que han desarrollado resistencia hacia otros agentes.

FURACIN provee así una protección contra la infección de las heridas quirúrgicas o traumáticas.

La base hidrosoluble de FURACIN permite la canalización, ayuda a la cicatrización mecánica y al control de la infección. Este nitrofurano —no es antibiótico ni sulfonamida— conserva su eficacia en presencia de sangre, pus y suero.

FURACIN® POMADA

MARCA DE LA NITROFURAZONA

EXTIENDA FURACIN pomada: Nitrofurazona 0.2% disuelta en una base de polietilenglicoles hidrosolubles, semejante a un ungüento. Tarros con 35.4 g., 141 g. y 453.6 g.

PULVERIZE FURACIN solución: Nitrofurazona 0.2% en un vehículo líquido de polietilenglicoles 65% un agente humectante 0.3% y agua. Frasco con 118 ml.



EATON LABORATORIES
División de The Norwich
Pharmaceutical Co. Norwich, N. Y.



NITROFURANOS—un nuevo tipo de
agentes antimicrobianos distintos a los
antibióticos y las sulfonamidas.

Representante:

Casa Morín, S. A.

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

Regs. Nos. 31258 y 32290 S. S. A.

Prop. No. A-B-Ff-4516/58 S. S. A.

' ' D E S T A F R I N A ' '

COLORHIDRATO DE FENILEFRINA 0.030 g. POR COMPRIMIDO

- COMBATE LA OBSTRUCCION NASAL SIN AFECTAR LA FISIOLOGIA DE LA MUCOSA NASAL.
- ELIMINA LA POSIBILIDAD DE PARALIZAR LA CORRIENTE CILIAR NASAL PUESTO QUE NO SE APLICA LOCALMENTE.
- SU ACCION SUAVE Y PROLONGADA NO PRODUCE VASODILATACION COMPENSADORA, Y POR LO TANTO, EVITA UNA DE LAS CAUSAS DEL USO CRONICO DE LOS VASOCONSTRICTORES.
- SU DISTRIBUCION POR EL TORRENTE SANGUINEO HACE QUE ACTUE UNIFORMEMENTE SOBRE TODA LA MUCOSA NASOSINUSAL.

VASOCONSTRICTOR Y BRONCODILATADOR POR VIA ORAL

INDICACIONES:



Como sintomático a la obstrucción nasal debido a:

- Rinitis vasomotora
- Rinitis alérgica, estacional o perenne
- Gripa
- Fiebre de heno

Como broncodilatador en:

- Asma
- Bronquitis asmático.

DOSIS:

½ a 1 comprimido 3 veces al día o según indicación médica.

Debe utilizarse con precaución en enfermos hipertensos o arteriosclerosos.

Reg. No. 53125 S. S. A.

Prop. No. 4451/60 S. S. A.

LABORATORIOS ORLA, S. A.

Chicago 34-5

México 18, D. F.

Tel. 23-20-71