

# ANALES

PUBLICACION BIMESTRAL  
Vol. V. N° 4. Noviembre-Diciembre de 1962

## DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

---

MESA DIRECTIVA :      Presidente:      BENJAMÍN MACÍAS J.  
(1962-1964)              Secretario:      FEDERICO REINKING  
                                  Tesorero:      IGNACIO ORTEGA  
                                  1.º Vocal:      RAMÓN DEL VILLAR  
                                  2º Vocal:      FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO

CONSEJO EDITORIAL :      Director:      RAMÓN DEL VILLAR  
                                  Editor:      FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO  
                                  Consejeros:      HUMBERTO ALCOCER  
  MIGUEL ARROYO G.  
  ISAÍAS BALANZARIO R.  
  ANDRÉS BUSTAMANTE GURRÍA  
  RICARDO TAPIA A.

### CONTENIDO

#### ARTICULOS ORIGINALES

Evaluación de los errores de construcción gramatical en el niño sordo . . .	177
Traqueostomía plástica permanente o fenestración traqueal . . . . .	185
El conducto lacrimonasal y la cirugía de la nariz . . . . .	189
Observaciones postoperatorias en la estapedectomía . . . . .	197

#### CASOS CLINICOS

Síndrome del nervio nasal. Presentación de tres casos . . . . .	205
---	-----

#### INFORMACION GENERAL

Cursos de la Universidad Michoacana . . . . .	IX
Curso de perfeccionamiento del Profesor Georges Portmann . . . . .	IX
V Congreso Latino Americano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología . . . . .	IX
Symposium Internacional sobre la Radiología en Otorrinolaringología . . . . .	X
XII Congreso Brasileño de Otorrinolaringología . . . . .	XI
Octavo Congreso Internacional de Otorrinolaringología . . . . .	XI
Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología . . . . .	XI

INDICE DE TRABAJOS DEL VOLUMEN V.

INDICE DE AUTORES DEL VOLUMEN V.

---

(An. Soc. Mex. Otorrinolar.)

Autorizada como correspondencia de segunda clase en la Administración de Correos número uno de México 1, D. F., el 10 de octubre de 1962.

*Se solicita canje. On demande l'échange. Exchange requested. Austausch erwünscht*

SUSCRIPCIÓN. México: Un año, \$ 100.00  $\frac{m}{n}$ . Países extranjeros: \$ 10.00 Dls. Números atrasados: \$ 20.00  $\frac{m}{n}$ .

Toda correspondencia debe dirigirse al Dr. Francisco Hernández Orozco.  
Av. Cuauhtémoc 118, Mezzanine B, México 7, D. F.

EFSA, Arquitectura 29, Copilco-Universidad, México 20, D. F.

## INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

Las colaboraciones para los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología podrán ser solicitadas por algún miembro del Consejo o espontáneamente enviadas por sus autores; en ambos casos pueden ser entregadas personalmente al Editor, o bien, enviarse a la dirección de la Revista.

Se publicarán los trabajos aceptados por el Consejo Editorial y que a su juicio llenen los requisitos siguientes:

1. Ser inéditos y relacionados con la especialidad.
2. Estar escritos en máquinas en papel tamaño carta, por una sola cara, a doble espacio, con márgenes izquierdo y derecho de 3 cm., y no exceder de 20 páginas. Cuando excedan este tamaño podrán ser publicados en un suplemento cuyo costo sería pagado por el autor.
3. Se entregará el original y una copia al carbón.
4. Tener como máximo 5 ilustraciones en blanco y negro. Cuando se sobrepase este número, el excedente será costado por el autor, así como el que se derive de las ilustraciones en color.
5. Las ilustraciones deben enviarse en tamaño postal (9 × 12 cm.) con un pie explicativo y el número con el que se citan en el texto. Al dorso, el nombre del autor y del trabajo. Cuando las ilustraciones no sean propias, el autor del trabajo deberá indicar claramente la procedencia y acompañarlas con la autorización escrita del autor original y del editor. Si el carácter de la ilustración no oculta la identidad del paciente, es indispensable que el autor obtenga una autorización escrita y la envíe junto con su trabajo.
6. El trabajo original seguirá de un modo general los siguientes lineamientos:
  - a) Introducción con la justificación del trabajo.
  - b) Material y métodos usados.
  - c) Resultados obtenidos.
  - d) Discusión.
  - e) Conclusiones.
  - f) Resumen.
7. En las comunicaciones de casos clínicos se tomarán en cuenta los siguientes puntos:
  - a) Revisión bibliográfica del tema.
  - b) Resumen del caso clínico con la exclusiva presentación de datos positivos.
  - c) Discusión comparativa de los datos bibliográficos con el caso objeto de la presentación.
  - d) Conclusiones.
  - e) Resumen.
8. El Consejo Editorial podrá admitir trabajos que no sigan exactamente los lineamientos estipulados en los incisos 6 y 7.
9. Presentar en forma correcta las referencias bibliográficas (según las indicaciones de *Quarterly Index Medicus*).

El resumen será traducido a otros idiomas por cuenta de la Revista. El Consejo Editorial será autorizado para modificar la forma, reducir y adaptar los trabajos. El Consejo Editorial notificará al autor en un plazo no mayor de 15 días sobre la aceptación o rechazo de su trabajo. No se regresan originales.

EVALUACION DE LOS ERRORES  
DE CONSTRUCCION GRAMATICAL  
EN EL NIÑO SORDO

SUSANA ALARDÍN GONZÁLEZ \*

En siete alumnos del Instituto Nacional de Audiología, con pérdidas auditivas severas, se aplicaron varios cuestionarios con el fin de evaluar sus errores de construcción gramatical y los resultados obtenidos con la enseñanza encausada hacia la corrección de ese aspecto del lenguaje. Se describe el método empleado.

Entre los errores que aparecieron con mayor frecuencia están la omisión de verbos, el cambio en el orden de las palabras y la presencia de palabras sobrantes.

Con el método usado se logró eliminar en un noventa por ciento los errores cometidos.

El presente estudio tiene por objeto tratar de conocer y evaluar los errores de construcción gramatical cometidos por los niños sordos y los resultados obtenidos con la enseñanza encausada hacia la corrección de este aspecto del lenguaje. Para esto es necesario conocer las dificultades en su adquisición, que para el niño sordo son varias.

En primer lugar, sus observaciones en la etapa prelingüística se dirigen más a los movimientos manuales y faciales que a los movimientos de los labios, que no le informan nada. La asociación es entonces de objeto con movimiento y no de objeto con lenguaje.

En segundo lugar, la etapa del almacenamiento del vocabulario es obviamente nula para el lenguaje oral.

En tercer lugar, el lenguaje mímico reemplaza al lenguaje oral, quedando el primero por debajo del segundo en cuanto a conocimiento claro y preciso de los objetos que lo rodean.

Por este motivo el sordo usa con mayor frecuencia el lenguaje mímico,

\* Profesora especialista en trastornos del lenguaje y la audición del Instituto Nacional de Audiología.

en el que emplea simplificaciones que le permiten con un solo movimiento expresar toda una idea.

Esta situación se refleja en la construcción del lenguaje oral, en el que se omiten las conexiones gramaticales entre una palabra y otra. Además, el orden lógico y sintáctico está alterado.

#### MATERIAL Y MÉTODO

El material con el que se contó estuvo compuesto de siete alumnos del segundo nivel escolar con las características mostradas en la tabla 1. En todos los casos la escolaridad fue de 4 a 5 años y la construcción lingüística deficiente, excepto en un caso en el que era elemental, pero aceptable.

TABLA 1

Datos generales de los alumnos del Instituto Nacional de Audiología tomados de los expedientes pedagógicos.

Nombre	Edad	Coefficiente intelectual	Grado de la pérdida auditiva	Voz	Conducta
B. G. A.	13 a. 4 m.	89	Anacusia bilateral	Gutural	Adaptable y cooperativa, se interesa por ayudar a sus compañeros
C. O. J.	10 a. 11 m.	72	Hipoacusia bilateral profunda	Ligeramente nasalizada	Fácilmente irritable
P. H. N.	10 a. 4 m.	95	Sordera subtotal bilateral	Ligeramente nasalizada, poco sonora	Presenta bruscos cambios de humor. Es líder del grupo
L. A. M. L.	9 a. 4 m.	79	Sordera subtotal bilateral	Gutural	Muy agresiva e inadaptada al grupo.
S. G. E.	11 a. 9 m.	76	Sordera subtotal bilateral	Nasal	Presenta desajuste emocional e inseguridad
V. B. S.	11 a. 9 m.	84	Sordera subtotal bilateral	Nasal	Cooperativa y adaptable
S. G. F.	13 a. 7 m.	97	Anacusia bilateral	Débil	Muy sensible y tímida

El método empleado para la evaluación de los errores y para la corrección de los mismos fue el de cuestionarios, basados en centros de interés relacionados con la vida diaria.

Fueron aplicados al grupo aumentando gradualmente su dificultad y con un cierto intervalo de tiempo entre cada uno; los pasos a seguir para su desarrollo fueron:

1. Iniciación del tema en estudio por medio de la presentación de grabados, juegos, cuentos, proyecciones; según el tema en estudio, con el objeto de dar conceptos claros acerca del mismo.

2. Comprendido el tema, se hizo la presentación de la primera pregunta explicándola objetivamente para facilitar la respuesta de cada alumno.

3. Se corrigió la construcción de la respuesta, ampliándola si era necesario, pero manteniendo la idea de los alumnos, la cual fue memorizada mediante los siguientes ejercicios:

a) Se analizaron objetiva y gráficamente cada uno de los elementos incluidos en la pregunta y la respuesta, identificados a través del entrenador auditivo y de la lectura labial.

b) Se formaron frases y oraciones con los elementos en estudio, conjugando los verbos que formaban parte de la pregunta y de la respuesta en todos los tiempos en que la escolaridad del grupo lo permitió.

c) Estudiadas y analizadas la pregunta y la respuesta, se procedió a sintetizarlas, en el orden en que fueron presentadas.

Todas las respuestas dadas por los alumnos se corrigieron colectivamente para hacerles notar sus errores. Fueron 17 los cuestionarios aplicados al grupo durante el año escolar, lo que dio un total de 119 cuestionarios y 1 575 preguntas.

El primer cuestionario, o cuestionario A, con 10 preguntas, aplicado al grupo antes de iniciarse el método en estudio, presentó un total de 119 errores que convencionalmente se tomaron como equivalentes a un 100 por ciento de errores cometidos.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Analizadas las 1 575 preguntas correspondientes a los 119 cuestionarios, se encontraron los siguientes tipos de errores:

1. Omisión de artículos.
2. Omisión de adverbios.
3. Omisión de verbos.

*Tipo de errores encontrados*

1. Omisión de artículos.
2. Omisión de adverbios.
3. Omisión de verbos.
4. Omisión de conjunciones.
5. Omisión de preposiciones.
6. Omisión de adjetivos.
7. Omisión de pronombres.
8. Omisión de sustantivos.
9. Cambio de tiempo en verbo.
10. Cambio de pronombre.
11. Cambio en orden de palabras.
12. Cambio del verbo.
13. Cambio de artículo.
14. Falta de concordancia en género y número.
15. Respuestas más contestadas.
16. Palabras que sobran.
17. Verbos mal conjugados.

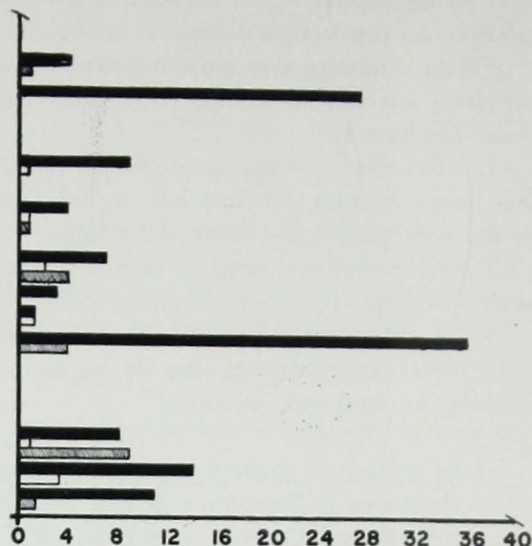


FIG. 1. Número de errores cometidos con el cuestionario "A" aplicado por primera vez (columna negra) y luego seis meses después (columna blanca), comparados con el cuestionario "B" (columna achurada) que presentaba mayor dificultad de comprensión y construcción gramatical, el cual fue aplicado a los siete meses de iniciado el estudio.

1. Omisión de artículos.
2. Omisión de adverbios.
3. Omisión de verbos.
4. Omisión de conjunciones.
5. Omisión de preposiciones.
6. Omisión de adjetivos.
7. Omisión de pronombres.
8. Omisión de sustantivos.
9. Cambio de tiempo en verbos.
10. Cambio de pronombre.
11. Cambio en orden de palabras.
12. Cambio de verbo.
13. Cambio de artículo.
14. Falta de concordancia en género y número.
15. Respuestas más contestadas.
16. Palabras que sobran.
17. Verbos mal conjugados.

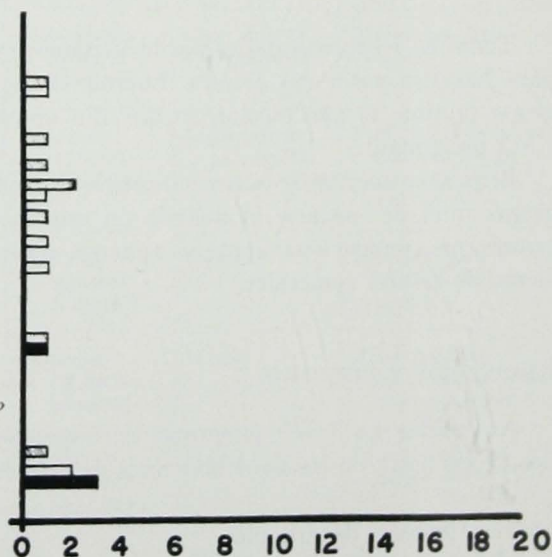


FIG. 2. Cuestionario "C" aplicado a grupos de nivel superior e inferior (columnas blancas y achuradas) y al grupo en estudio (columna negra).

4. Omisión de conjunciones.
5. Omisión de preposiciones.
6. Omisión de adjetivos.
7. Omisión de pronombres.
8. Omisión de sustantivos.
9. Cambio de pronombres.
10. Cambio en el orden de las palabras.
11. Cambio de verbo.
12. Cambio de tiempos en el verbo.
13. Cambio de los artículos.
14. Falta de concordancia en género y número.
15. Respuestas mal contestadas.
16. Palabras sobrantes.
17. Verbos mal conjugados.

Entre los errores que aparecieron con mayor frecuencia en el cuestionario A están la omisión de verbos, el cambio en el orden de las palabras y la presencia de palabras sobrantes (fig. 1).

Seis meses después de haber trabajado con el método fue aplicado nuevamente el cuestionario A, obteniéndose 9 errores, los que corresponden a un 7.5 por ciento de los obtenidos en la primera aplicación.

El cuestionario B, que presentaba mayor dificultad de comprensión y construcción gramatical, tuvo un total de 20 errores, cuyo porcentaje equivalió a un 16 por ciento. En este cuestionario algunos errores, en lugar de disminuir, aumentaron (fig. 1).

El cuestionario C fue aplicado a otros grupos de nivel superior e inferior para comparar los resultados con el grupo en estudio. Se eligió el mejor trabajo de cada grupo con el objeto de graficarlos para encontrar la calidad de la construcción y el número de errores cometidos (fig. 2).

Después de un período de dos meses de vacaciones escolares fueron aplicados los cuestionarios A y B, obteniéndose un aumento considerable de errores con los siguientes datos:

El cuestionario A, en el que se obtuvo un 7.5 por ciento de errores, presentó un 9.2 por ciento, y el cuestionario B, con un 16 por ciento, aumentó a un 23.5 por ciento, lo que corresponde a 11 y 33 errores, respectivamente (fig. 3).

Se aplicó por último dos veces el cuestionario C con un intervalo de un mes entre cada uno, con el objeto de observar si los errores disminuían o si se quedaban estancados, atribuyéndose esto a un posible agramatismo de tipo difásico.

*Tipo de errores encontrados*

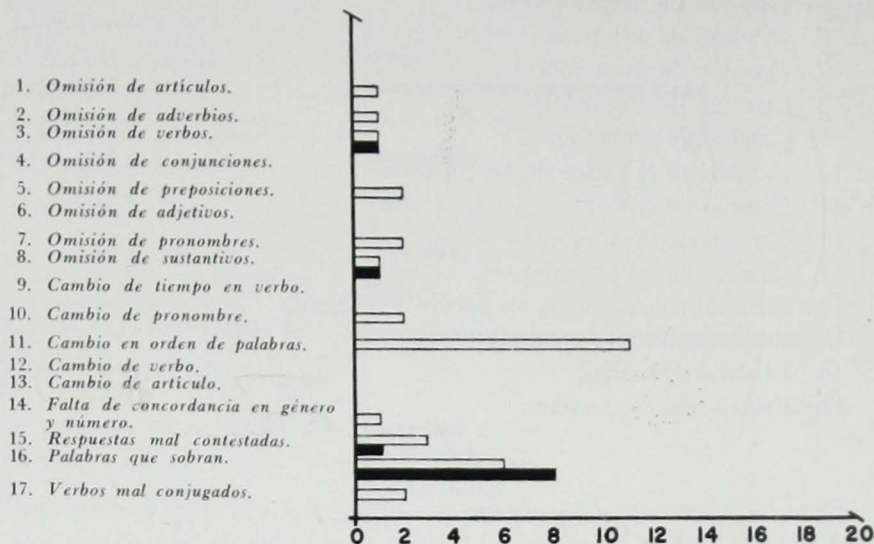


FIG. 3. Errores cometidos en el cuestionario "A" (columna negra) y en el "B" (columna blanca) aplicados después de un período de vacaciones escolares de dos meses. Hay un aumento considerable de errores, más aparente en el cuestionario "B".

Tales errores residuales quedaron representados por palabras sobrantes y cambios en el orden de las palabras.

### CONCLUSIONES

1. Con el método usado se logró eliminar un 90.8 por ciento de los errores de construcción cometidos en el año escolar de 1959.
2. El método usado tomó más en cuenta la construcción del lenguaje que la comprensión del mismo; por lo tanto, debe procurarse establecer un trabajo paralelo para resolver ambos problemas en iguales condiciones.
3. Se logró obtener de los alumnos el uso de las conexiones gramaticales del lenguaje, tendiendo paulatinamente a dejar de ser telegráfico.
4. Se obtuvo el conocimiento de los errores de construcción más frecuentes con el niño sordo y un criterio para evaluarlos.
5. Conocidos los errores de construcción y la frecuencia con la que aparecen individualmente y en grupo, pueden realizarse ejercicios específicos tendientes a la corrección de cada uno.
6. Los errores residuales son más difíciles de corregir debido a la poca importancia que tienen para el niño sordo en función de las oraciones.
7. Los cuestionarios aplicados después de las vacaciones escolares de



invierno (dos meses) dan un aumento considerable en el porcentaje de errores, por lo que puede juzgarse su influencia negativa. Para resolver tal problema debe educarse a los padres y encargados de "Casas Hogar" con el fin de que se continúe las enseñanzas de la escuela o por lo menos se ejercite lo aprendido durante el año escolar.

SUMMARY

Seven pupils of the "Instituto Nacional de Audiología", with severe hearing losses where asked to answer several questionnaires in order to evaluate their errors of grammatical construction and the results obtained with the technique aimed to the correction of this aspect of language. The method used is described.

The errors that appeared most frequently are: omission of verbs, change in the adequate order of words and the use of superfluous words.

With the technique used 90 per cent of the errors was eliminated.

RÉSUMÉ

Chez sept élèves de l'Institut National d'Audiologie avec pertes auditives sévères on a appliqué plusieurs questionnaires dans le but d'évaluer leurs erreurs de construction grammaticale et les résultats obtenus avec l'enseignement dirigé vers la correction de cet aspect du langage. On décrit la méthode employée.

Parmi les erreurs de grande fréquence on trouve: l'omission des verbes, l'altération de l'ordre des mots et la présence de paroles supplémentaires.

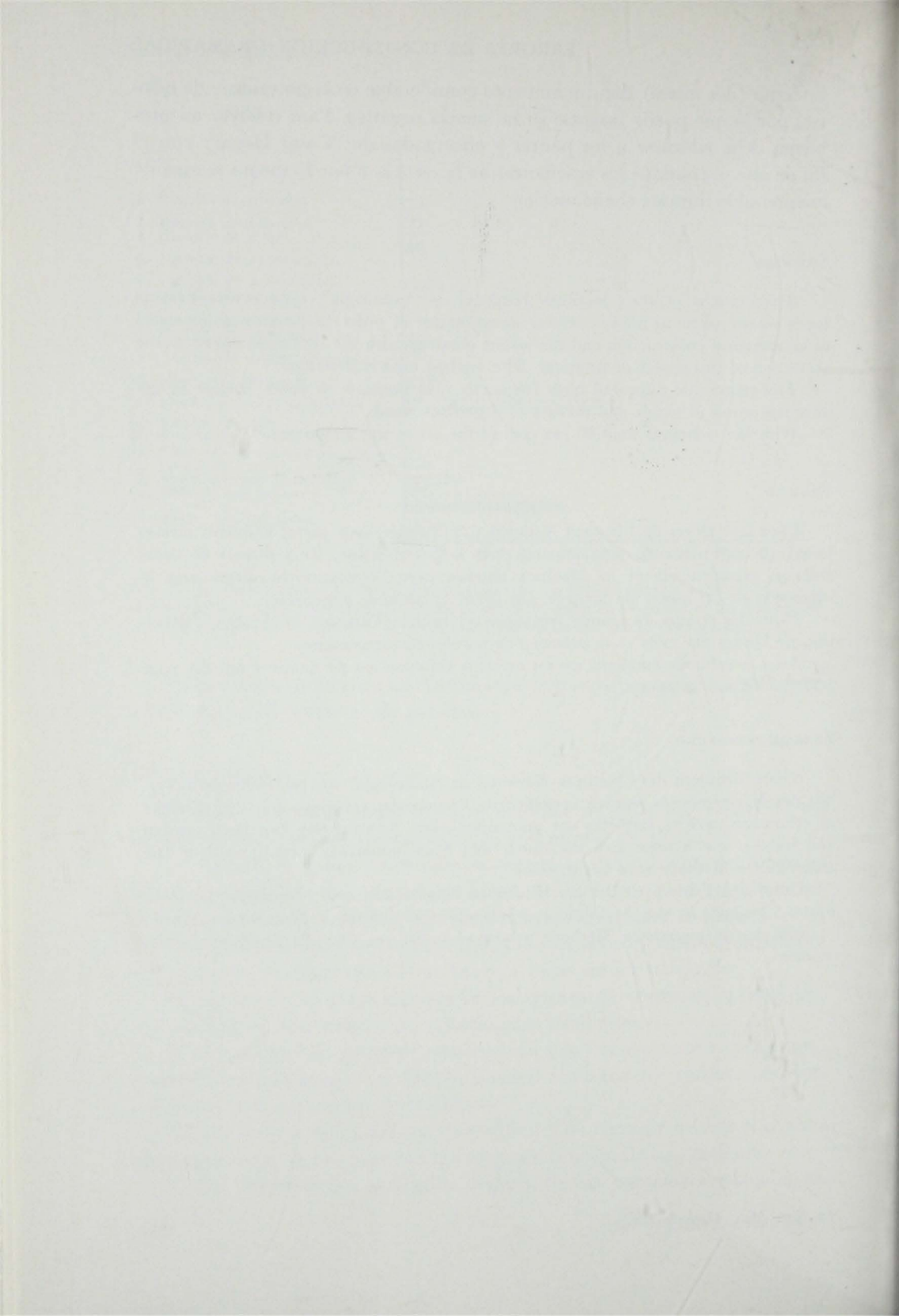
Avec la méthode employée on est arrivé à l'élimination de quatre vingt dix pour cent des erreurs commises.

ZUSAMMENFASSUNG

Sieben Schülern des "Instituto Nacional de Audiología" mit weitgehendem Verlust des Hörvermögens wurden verschiedene Fragebogen vorgelegt, mit dem Zwecke zu erforschen, welche Irrtümer der grammatikalischen Konstruktion begangen werden und welches die Erfolge sind die durch den Sprachunterricht erzielt werden. Die angewendete Methode wird beschrieben.

Unter den Fehlern welche am häufigsten aufscheinen, sind: Auslassen der Zeitwörter, Irrtümer in der Anordnung der Worte und Gebrauch überzähliger Worte.

Mit der angewendeten Methode gelang es in 90 per zent die Irrtümer auszuschalten.



## TRAQUEOSTOMIA PLASTICA PERMANENTE O FENESTRACION TRAQUEAL \*

ALFONSO MANJARREZ B.

Se describe la técnica de la fenestración traqueal, según Roquey y Thompson, y se mencionan sus indicaciones.

Se presenta el trabajo experimental verificado en diez perros y los resultados obtenidos, así como los resultados en cuatro enfermos crónicos, encontrándose el procedimiento de utilidad y con ventajas sobre la traqueostomía clásica.

Con el nombre de fenestración traqueal se designa a la intervención quirúrgica que tiene por objeto la formación de un conducto traqueocutáneo permanente, protegido por dos pliegues de piel que, al separarse, proporcionan una vía de acceso directa a la tráquea y que al unirse forman una cavidad virtual que no permite el paso de aire ni secreciones, no interfiere la función fonatoria y conserva el reflejo de la tos.

Ante la necesidad de una vía corta y fácil de utilizar en los padecimientos supurativos traqueobronquiales, Roquey y Thompson (1956) desarrollaron la siguiente técnica:

1. Incisión transversal de 7 a 8 cm. de longitud sobre la cara anterior del cuello, por debajo del cartílago cricoides, y dos más paralelas, arriba y abajo de la primera, hasta la aponeurosis superficial del cuello, para formar dos colgajos de piel.

2. A través de la primera incisión se hace otra, también de dirección transversal y de 5 cm. de longitud, sobre la aponeurosis superficial del cuello.

3. Se separan longitudinalmente los músculos anteriores del cuello, hasta dejar al descubierto la tráquea.

4. Se resecan dos anillos traqueales, en una longitud de 1.25 cm., quedando de esta manera, en la tráquea, una ventana cuadrangular.

5. Los colgajos de piel formados previamente se suturan en sus extremos a la mucosa traqueal, con catgut crómico 00, de tal manera que cada uno de ellos cubra dos de los bordes de la ventana.

6. Se unen los tercios distales de los colgajos, con seda 000, para formar un tubo de piel.

\* Trabajo de ingreso. Leído en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología (octubre de 1962).

7. Se suturan los tercios medio y proximal, con seda tres 0, quedando dos pliegues valvulares sobre el orificio.

8. Se sutura el resto de la herida, cubriendo las superficies cruentas.

Posteriormente, estos mismos autores ejecutan esta técnica en diez y siete personas que sufrían de: enfisema seco, siete; enfisema húmedo, siete; enfermedad fibroquística del páncreas, uno; tuberculosis pulmonar muy avanzada, uno; bronquiectasias bilaterales, uno; con los siguientes resultados:

- a) Paliativo en seis, incluyendo en este grupo a los individuos cuyo malestar mejoró, la tolerancia a los ejercicios fue mayor, el ritmo respiratorio y del pulso decrecieron y su color mejoró.
- b) Marcadamente paliativos en cinco, comprendidos aquí aquellos enfermos que mostraron mejoría en su ventilación pulmonar, más tolerancia a los ejercicios y ya no requirieron la aplicación de oxígeno.
- c) Rehabilitación en tres, en los que además de la mejoría demostrada en los del grupo anterior, podían atender a sus necesidades personales sin auxilio y desambular varias cuadras.
- d) Marcada rehabilitación en tres. Su condición mejoró hasta el grado de permitirles atender a sus ocupaciones habituales, si ellos lo deseaban.

Wolcott <sup>6</sup> y sus asociados practicaron esta intervención en siete casos, comparando los resultados con los obtenidos en otros once tratados con traqueostomía clásica, sin encontrarle más ventaja que la eliminación del uso de la cánula traqueal.

Está indicada como tratamiento paliativo en algunos padecimientos broncopulmonares crónicos en los que se enfrenta la necesidad de hacer aspiración de secreciones periódicamente, pues la insuficiencia respiratoria de estos enfermos les impide eliminarlas por sí mismos; se aprovecha además la fenestración, para instilar medicamentos y para realizar exploraciones como broncoscopias y broncografías. Específicamente, sus indicaciones son las siguientes: enfisema seco o húmedo; enfermedades supurativas pulmonares que comprenden bronquiectasias bilaterales infectadas, pulmones poliquísticos, enfermedad fibroquística del páncreas y absceso pulmonar no quirúrgico. Otros padecimientos que se benefician con este procedimiento son la tuberculosis pulmonar muy avanzada y poliomiелitis bulbar irreversible.

En 1959 iniciamos nosotros la experimentación de la técnica en animales en la siguiente forma:

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se desarrolló la técnica en 10 perros, de acuerdo con los tiempos de Roquey y Thompson. Los dos primeros que se operaron, murieron en el posoperatorio, por aspiración de sangre, pues se les dio una dosis excesiva de

barbitúricos que fue dosificada en la misma forma que para otras intervenciones mayores, permaneciendo el animal bajo el efecto anestésico y con los reflejos inhibidos varias horas después de la intervención. Esto se solucionó aplicando únicamente 0.20-0.30 gm. de Nembutal, intraperitonealmente, e infiltrando el campo operatorio, con Rucaina al 1%. Los dos perros siguientes se destrozaron la herida con sus patas, aunque sobrevivieron. Esta eventualidad fue resuelta con un peto protector que les impedía traumatizarse la herida. En los seis animales restantes la traqueostomía se conservó y tuvimos oportunidad de controlar la evolución de los perros por períodos de dos a seis meses, durante los cuales los conductos se mantuvieron en buenas condiciones.

Convencidos de la seguridad del procedimiento, lo practicamos entonces en cuatro enfermos seleccionados por el Servicio de Neumología: dos con enfisema pulmonar senil generalizado y grandes bronquiectasias infectadas, uno con pulmones quísticos y otro con bronquiectasias basales, bilaterales, también infectadas. Obtuvimos los siguientes resultados de acuerdo con la clasificación de Roquey y Thompson: en dos, paliativos; en uno, marcadamente paliativo, y en el último marcadamente rehabilitado.

#### COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La aspiración de las secreciones se practica con sondas de Roquey y Thompson, que son catéteres semirígidos, radiopacos y con una curvatura en el extremo distal, que permite dirigirlo hacia los bronquios principales e inclusive a los secundarios, logrando así aspiraciones electivas. En nuestra escasa, hasta ahora, experiencia personal, le hemos encontrado a esta técnica la ventaja máxima de permitir a los pacientes deambular, salir a sus ocupaciones, etc., con el conducto de su traqueostomía cerrado. Como han sido enfermos crónicos, periódicamente caen en inflamaciones pulmonares, obteniendo alivio rápidamente y con escasas molestias, por la aspiración de sus secreciones a través de su estoma traqueal.

#### SUMMARY

A technique is described for tracheal fenestration according to Roquey and Thompson, and its indications mentioned.

The results obtained by the use of this technique in an experimental series of ten dogs is presented as well as the results obtained with four chronic patients. The findings prove the usefulness and the advantages of this technique compared to the classical tracheostomy.

#### RÉSUMÉ

On décrit la technique de la fenestration de la trachée selon Roquey et Thompson et on donne ses indications.

On présente le travail expérimental vérifié sur dix chiens et les résultats obtenus ainsi comme les résultats chez quatre malades chroniques trouvant le procédé utile et avec d'avantages sur la trachéostomie classique.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Trachealfenestration nach Roquey und Thompson wird beschrieben und die Indikationen werden erwähnt.

Die Experimente in zehn Hunden und die erzielten Resultate werden vorgestellt, ebenso wie die Resultate an 4 chronischen Kranken. Die Nützlichkeit und die Vorteile des Verfahrens gegenüber der klassischen Tracheostomie werden hervorgehoben.

REFERENCIAS

1. ROQUEY, E. E.: Surgical Technic of Traqueal Fenestration. *J. Surg.* 94:486, 1957.
2. ROQUEY E. E., y THOMPSON, S. A.: Blazsik Traqueal Fenestration as a new method of treatment of advanced enphysema, *New York State J. of Med.*, 58: 3607, 1958.
3. ROQUEY, E. E., y THOMPSON, S. A.: The evolution and early results of traqueal fenestration". *The Am. Rev. of Tuberculosis and Pulmonary Diseases.*, (773) June 1959.
4. ROQUEY E. E., y RAPAPORT I.: Traqueal Fenestration. Experimental aspect. *Dis. of the Chest.*, 30:224, 1956.
5. ROQUEY E. E., y THOMPSON, S. A.: Selective Bronquial suction catheteers and their aplication. *Am. J. Surg.* (552). Oct. 1958.
6. WOLCOTT, W.; KIRMAN, M., y THOMAS, J.: Traqueal Fenestration: A critical evaluation. *Des. of the Chest.* (229) Marzo, 1960.

## EL CONDUCTO LACRIMONASAL Y LA CIRUGIA DE LA NARIZ \*

TOMÁS I. AZUARA \*\*  
RAMÓN RUENES \*\*\*  
SALVADOR PÉREZ P. \*\*\*\*

Se hace un estudio anatómico y radiográfico del conducto lacrimonasal en relación con diferentes intervenciones quirúrgicas en sus inmediaciones. Se señalan las posibilidades de lesión y sus diferentes tipos y se propone la observancia de preceptos que tienden a eliminarlas.

El objeto de presentar este pequeño trabajo es el deseo de intentar una demostración lo más gráfica posible de las relaciones quirúrgicas de las porción inferior del conducto lacrimonasal.

Es grande la inquietud que generalmente se experimenta cuando se realizan cualquiera de las intervenciones durante cuyo curso puede herirse tan importante elemento, ya sea directamente durante las manipulaciones quirúrgicas, o indirectamente por medio de presión, bridas cicatrizales, edema, infección, etc.

Afortunadamente, la porción inferior del conducto posee un poder de regeneración que sobrepasa en múltiples ocasiones los límites de lo imaginable, y es debido a esto, que cuando le lesionamos, no siempre estamos en condiciones de percatarnos de ello, ya sea por la rapidez con que se restituya su funcionamiento, o por la poca costumbre que tengamos de evidenciar los síntomas tempranos de dicha lesión.

### MATERIAL Y MÉTODO

Para hacer objetivo nuestro propósito nos valimos de dos hemicráneos de cadáver obtenidos por un corte sagital con sierra. A los especímenes así

\* Leído en la Asamblea Nacional de Cirujanos (20 de noviembre de 1962).

\*\* Jefe de la Sección de Rinología. Hospital 20 de Noviembre. I.S.S.S.T.E.

\*\*\* Radiólogo del Instituto Nacional de Audiología.

\*\*\*\* Residente del Servicio de Otorrinolaringología. Hospital 20 de Noviembre. I.S.S.S.T.E.

obtenidos, se les eliminó el septum para tener a la vista la cara lateral de las fosas nasales, y se introdujo por el orificio inferior del conducto lacrimonasal un alambre maleable de cobre, con el objeto de ocuparlo con un medio suficientemente opaco (fig. 1 y 2).

Se realizaron las operaciones que se enumerarán más adelante, y se tomaron radiografías en AP y lateral, para encontrar las relaciones que se trataban de demostrar.

El conducto lacrimonasal, tiene su trayecto esculpido en su primera porción o porción intraósea, a través del únguis, lámina papirácea del etmoides, cara nasal de la pared interna del maxilar superior y después entre éste y la cabeza del cornete inferior. Su segunda porción, meática o submucosa inferior, desde el cornete inferior hasta el orificio inferior, cuya desembocadura en relación con el piso de las fosas nasales, varía entre 6 y 22 milímetros y en sentido ánteroposterior en la unión del cuarto anterior en el tercio posterior del cornete inferior.

Dicho orificio termina en una válvula bilabiada o válvula de Hasner, cuya ausencia ya sea congénita o traumática, ocasiona infecciones ascendentes espontáneas o por inyección de aire y secreciones a través del conducto al provocar presión intranasal positiva tal como sucede al sonarse.

#### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En primer término se practicó una antrotomía simple (transmeática inferior, encontrando que el orificio practicado (en el caso de desembocaduras un poco posteriores y bajas del conducto lacrimonasal) puede muy fácilmente ser lesionante, sobre todo en fosas nasales estrechas donde no es posible introducir el trocar en la forma adecuada (fig. 3).

Hay que hacer notar que nuestro espécimen tenía una desembocadura de las más altas y anteriores, y a pesar de haber practicado la antrotomía en un sitio aceptablemente posterior, distan unos milímetros el uno de la otra, aun cuando ocupando un plano paralelo hacia afuera, como veremos más adelante.

Durante la realización de una ventana en el meato inferior, semejante a las que se practican en las operaciones del tipo de la de Caldwell Luc, nos encontramos con los siguientes hechos:

1. La ventana, en sentido lateral, ocupa una proyección que fácilmente haría pensar en la necesidad de lesión del conducto en una buena extensión, como lo demuestran las radiografías laterales, para las cuales se les aplicó polvo de bario sobre el borde de pérdida de sustancia (fig. 4).

2. Si se limita el borde de dicha pérdida con un alambre maleable de cobre, (fig. 5) se aprecia un resultado semejante, pero inconcluyente como el anterior, para lo cual, ya con este contraste, logramos una radiografía de



frente, que ampliamente demuestra el gran desplazamiento de los planos ocupados, siendo el más interno el que corresponde a la desembocadura del conducto y el externo a la pared lateral en el sitio en que se practicó la operación (fig. 6).

A continuación se practicó una osteotomía lateral tal como se hace durante la movilización de la pirámide nasal ósea. Dicha osteotomía se ejecutó lo más baja posible, es decir, sobre la línea basal que es aquella coincidente con la arista del ángulo diedro formado por el plano de la mejilla y el de la cara lateral de la nariz, usando el instrumento que se considera más agresivo para la mucosa nasal, que es la sierra, por la gran probabilidad que tiene de provocar displaceraciones muy amplias si por descuido entra en contacto con elementos blandos.

Encontramos que el plano ocupado por la sección ósea es mucho más anterior al que corresponde el conducto lacrimonasal, siendo mayor la distancia cuanto más baja se considere la relación, y se supone que la posibilidad de lesión puede remotamente existir sólo cuando los cortes de las apófisis ascendentes de los maxilares se hagan más afuera y atrás de la línea basal, lo cual no tan sólo es prácticamente imposible, sino absolutamente innecesario (fig. 7).

Una de las intervenciones más novedosas por su relativamente corto tiempo de empleo y sus espectaculares resultados, es la inserción de materiales óseos, cartilaginosos o inertes en la pared lateral de las fosas nasales, en un espacio creado por despegamiento del mucoperiostio y desarticulación del cornete inferior.

Se usa de una incisión practicada en el surco del ala de la nariz, a través de la cual se hace disección roma hasta encontrar el borde lateral de la cresta piriforme; por esta vía se despega el mucoperiostio y se llega por arriba a la articulación de la cabeza del cornete inferior, la cual se desarticula por medio de un cincel. Es en este momento cuando, si se insiste en ir muy atrás con dicho instrumento, se pone en peligro inminente de lesión la última porción intraósea del conducto.

Si la disección se lleva más arriba del cornete inferior, puede llegarse a la porción que queda sobre el canal de la cara interna del maxilar, la cual aún puede ser despegada con cierta facilidad si se tiene el cuidado de hacer el citado despegamiento siempre en íntimo contacto con el hueso, no siendo esto valedero si se llega a la porción más alta donde deja de ser un canal para convertirse nuevamente en un conducto óseo, sitio en que es segura la ductura del conducto lacrimonasal. Afortunadamente, en términos generales, no es necesario ir tan alto.

El espacio creado con la disección descrita se rellena con diferente tipos de materiales como ya se señaló, procurando llevar los elementos externos



FIG. 1. Radiografía en anteroposterior con el conducto lácrimonasal canalizado con un alambre de cobre maleable.



FIG. 2. Radiografía que muestra las relaciones del conducto lácrimonasal en vista lateral.



FIG. 3. Antrotomía transmeática inferior en vista lateral.



FIG. 4. Ventana en meato inferior según se hace en la operación de Caldwell Luc.



FIG. 5. Ventana bordeada con alambre de cobre maleable en vista lateral.



FIG. 6. Relaciones en vista anteroposterior de la ventana practicada en meato inferior. Nótese el plano externo que ocupa en relación con el conducto lácrimonasal.



FIG. 7. Vista lateral de una osteotomía externa con tracción hacia adelante por medio de un gancho, para separar sus bordes.



FIG. 8. Vista anteroposterior de una inclusión de material radioopaco en pared lateral de fosas nasales provocando gran desplazamiento del conducto lácrimonasal hacia la línea media.

de la nariz lo más cerca posible de la línea media, provocando un desplazamiento muy importante de las vías lacrimales inferiores (fig. 8), hacia adentro, pudiendo dar lugar a diferentes tipos de lesión, a saber:

1. Ruptura durante la inclusión del material.
2. Acodamiento del límite superior.
3. Disminución de la luz por presión externa.
4. Ruptura por ulceración por presión persistente.
5. Obstrucción temporal por edema.
6. Obstrucción permanente por fibrosis.
7. Infección a través de cualquiera de las condiciones patológicas arriba señaladas, o por insuficiencia traumática de la válvula de Hasner.

#### CONCLUSIONES

1. Las antrotomías o ventanas del meato inferior no lesionarán la porción inferior de las vías lacrimales inferiores, siempre y cuando se practiquen lo más abajo posible y se sobrepasa hacia atrás el límite de la unión del tercio medio con el anterior del cornete inferior.

2. No es aceptable la posibilidad de lesión del elemento en estudio a través de osteotomías laterales en ninguno de sus niveles útiles.

3. Las conclusiones de la pared lateral de las fosas nasales suelen crear varios problemas, los cuales pueden evitarse en medida de lo posible si se observan las siguientes precauciones:

- a) Despegamiento mucoperióstico siempre introduciendo los instrumentos en contacto lo más íntimo posible con la pared ósea.
- b) Desarticulación de la cabeza del cornete inferior con un solo golpe de cincel de intensidad muy discreta.
- c) No seguir el despegamiento más allá de un par de milímetros por arriba del borde superior del cornete inferior.
- d) Inclusión muy cuidadosa de los fragmentos, que no deberán tener astillas o aristas cortantes.
- e) No incluir los fragmentos a gran presión.
- f) Usar técnicas lo más asépticas posible.
- g) No usar taponamientos a presión.
- h) Usar cualquier elemento capaz de eliminar a la mayor brevedad posible el edema y la formación de fibrosis.

#### SUMMARY

An anatomical and radiological study is made of the lacrimonasal duct in relation to the different surgical procedures used near this region. The possibilities of damage and its different types are pointed out. The observance of precepts that tend to eliminate these lesions are described.

RÉSUMÉ

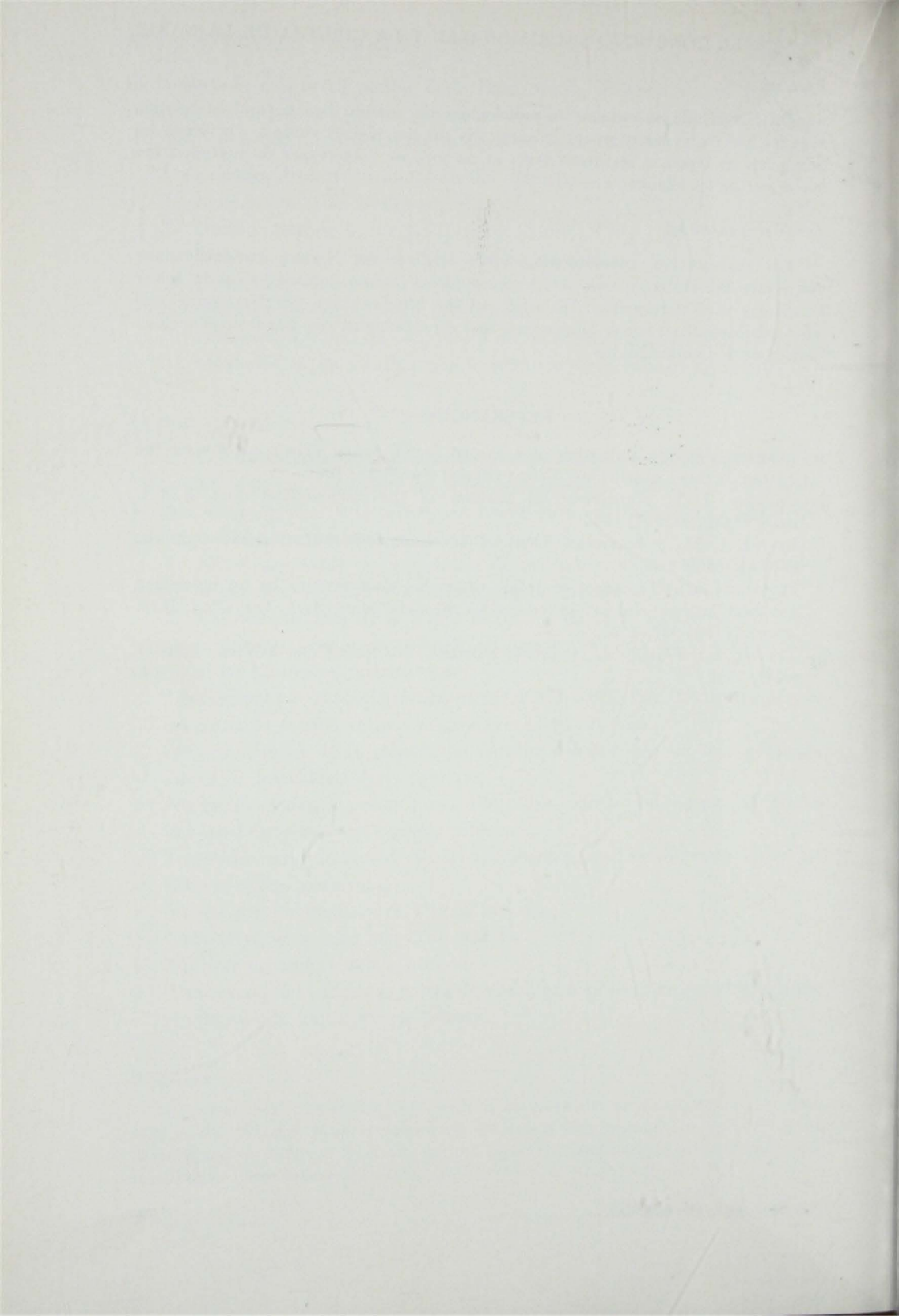
On fait l'étude anatomique et radiologique du conduit lacrimonasal en relation avec les différentes interventions chirurgicales sur des régions voisines. On décrit les possibilités de lésion et ses divers types et on propose l'observance de préceptes qui ont le but de les éliminer.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein anatomisches und radiographisches Studium des Nasalen Lacrimalkanals und seiner Beziehung zu den verschiedenen chirurgischen Interventionen in seiner Umgebung wird durchgeführt. Es wird auf die Möglichkeiten der Verletzung und ihrer verschiedenen Formen hingewiesen und die Methoden die dieselben vermeiden können werden vorgeschlagen.

REFERENCIAS

1. ALEKSEEV, B. N.: Application of a special sound during plastic surgery on the inferior lacrimal canaliculus. *Vestn. Oftalm.* 74:80-85, 1961.
2. CASSADY, J. V.: Developmental anatomy of the naso-lacrimal duct. *A.M.A. Arch. Opht.*, 47:141, 1952.
3. LEVITT, J. M., y KRAVITZ.: Lacrimal air anomalies. *A.M.A. Arch. Ophtalm.* 61:9-13, 1959.
4. MONMANY, R.: Treatment of cronic catarrhal dacryocystitis by an indwelling polythene lacrimal catheter introduced by the nasal route. *Arch. Soc. Oftal. Hisp. Amer.* 21:385-388, 1961.
5. TESTUT, L.: *Tratado de Anatomía Humana*. Ed. Salvat. 9a. Edición. Tomo I y III, 1958.



## OBSERVACIONES POSTOPERATORIAS EN LA ESTAPEDECTOMIA \*

MIGUEL ARROYO GÜIJOSA \*

IGNACIO ORTEGA DOMÍNGUEZ \*

En pacientes operados de estapedectomía con injerto de vena según la técnica de J. Shea, se hicieron estudios audiométricos periódicos desde las 48 horas hasta los 180 días. Los exámenes incluyeron pruebas de reclutamiento y fatiga. Se hizo también la investigación completa del estado de la rama vestibular del octavo par. Con los hallazgos de estos estudios los autores describen un síndrome al que denominan "síndrome laberíntico total postoperatorio". Consiste en un síndrome de cortipatía de tipo transitorio con recuperación sub-total del órgano de Corti y un síndrome vestibular de tipo periférico también transitorio con recuperación funcional total.

Después de un buen número de casos operados, en los que se realizó estapedectomía, todos ellos seguidos de injerto de vena según la técnica de Shea, con colocación de tubo polietileno entre éste y el yunque, hemos podido notar hechos muy interesantes.

Todo enfermo operado tiene la sensación de haber mejorado su audición desde la mesa de operaciones y en las primeras 48 horas, aunque en los días siguientes inmediatos, por el contrario, vuelve a creer que su audición bajó aún a límites inferiores al preoperatorio. Sin embargo, el paciente acusa oír algunos ruidos que antes no oía, como el timbre de la casa, el teléfono, etc.; además se queja de que los ruidos intensos le molestan.

Toda la sintomatología subjetiva del operado tiene fundamento en los datos obtenidos en los estudios audiológicos de control, y así es que se encuentran en ellos una curva audiométrica típica, los umbrales de molestia altos, que explican la llamada algiacusia y no hipercusia como llaman algunos autores y que nosotros creemos que no existe. La discriminación de las palabras es baja y la ganancia en frecuencias bajas es buena en general.

Los síntomas tienen cambios en realidad tempranos. Además de las características de audición anotadas, los operados sufren mareos (otros les

\* Leído en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

\*\* Del Instituto Mexicano del Seguro Social.

llaman "vértigos") acompañados de nistagmus espontáneo o de movimiento (quinético) de primero, segundo, o tercer grado.

El mareo o vértigo es de tipo giratorio, o de hundimiento rápido, la mayoría de las veces con sensación de resplazamiento de los objetos que rodean al enfermo, siguiendo la dirección hacia el lado operado.

El nistagmus espontáneo o desencadenado por movimientos, sobre todo angulares, de la cabeza, o bien agravado por éstos, tiene siempre su componente rápido al lado opuesto al operado, y cuando cambian bruscamente la posición de la cabeza, hemos comprobado nistagmus giratorios y en algunas ocasiones hasta vertical. Son, por supuesto, nistagmus que se agotan, que no se repiten al reanudar la postura desencadenadamente o lo hacen cada vez con menor intensidad, que se acompañan de signos vagosimpáticos acentuados: palidez, náuseas, vómitos, sudoración, etc.

Se ha comprobado muchas veces, al incorporar al enfermo, lateropulsión con dirección de la caída hacia el lado operado que se agrava al cerrar los ojos, o bien, en otros casos, la falta de control visual las desencadena, es decir, hay Romberg positivo; la desviación segmentaria sigue la misma suerte, es decir, es hacia el lado operado.

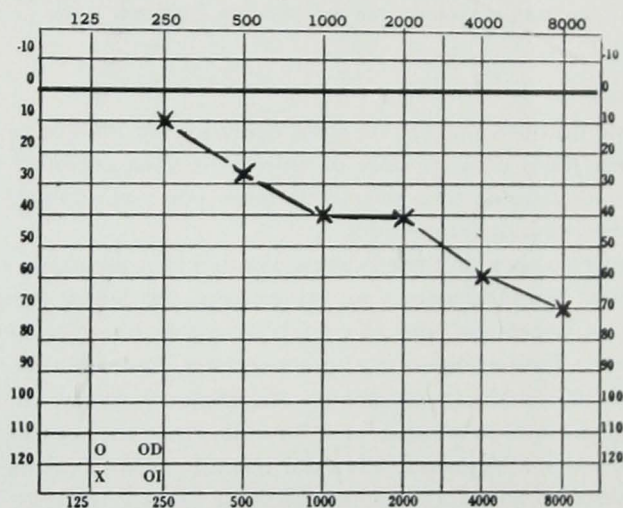


FIG. 1. Curva promedio de las audiometrías de control tomadas entre las 48 horas y los 10 días.

Toda esta sintomatología vestibular va desapareciendo en realidad rápidamente en la mayoría de los pacientes hasta quedar éstos asintomáticos después de los 20 días. Las pruebas térmicas hechas a los 60 días después de operados dan datos normales, o iguales a los preoperatorios.

Los resultados obtenidos en los estudios audiométricos de control son los siguientes:



## OBSERVACIONES POSTOPERATORIAS EN LA ESTAPEDECTOMIA

1. En las audiometrías tomadas entre las primeras 48 horas y los 10 días hay ganancia bastante notable en la frecuencia 250, punto que hemos comprobado en estudios mas tardíos; que casi siempre no sube más de este nivel (0o 20db.), la curva se dirige hacia abajo, teniendo su punto final a nivel de las frecuencias 4.000 y 8.000 ciclos, hasta los 70,80 y 90 decibeles (fig. 1).

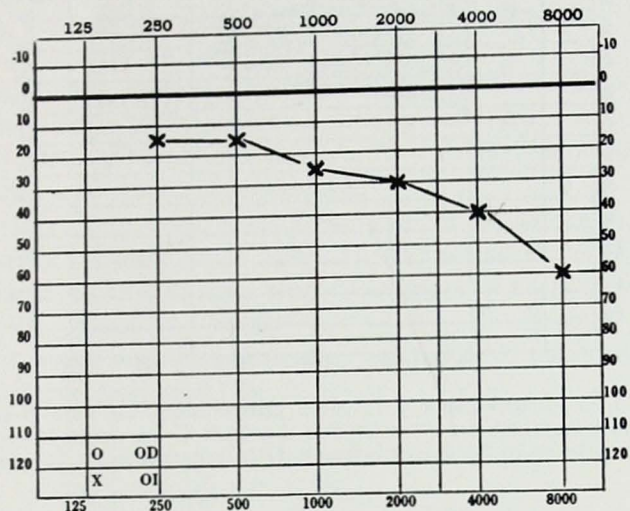


FIG. 2. Curva promedio de los controles audiométricos tomados entre los 10 y los 30 días del postoperatorio.

En los controles hechos de 10 a 30 días después de operados la curva se modifica, apareciendo ganancias en las frecuencias graves, y en menor grado en las agudas. La curva sube como abanico, teniendo su punto fijo en los 250 ciclos (fig. 2).

En controles de 30,60 y 180 días la curva va ganando más y más hasta quedar en la ganancia máxima, habiendo casos en los que a los 6 meses todavía ha habido ganancia (fig. 3).

2. Los umbrales de la molestia, los hemos encontrado siempre presentes a niveles de intensidad baja, niveles que por supuesto no encontramos nunca en el preoperatorio.

En los controles hechos, los niveles son más bajos a los dos días (48 horas) y en los controles de los 10 días siguen apareciendo pero a intensidades un poco mayores. En los controles de los 20 días ya aparecen sólo algunas frecuencias, difiriendo de los otros anteriores que lo hacen en todas. En las frecuencias que aparecen, lo hacen a intensidades ya muy próximas a límites normales, y en los controles de un mes y posteriores desaparecen (fig. 4).

3. Las pruebas de reclutamiento las hemos investigado solamente por

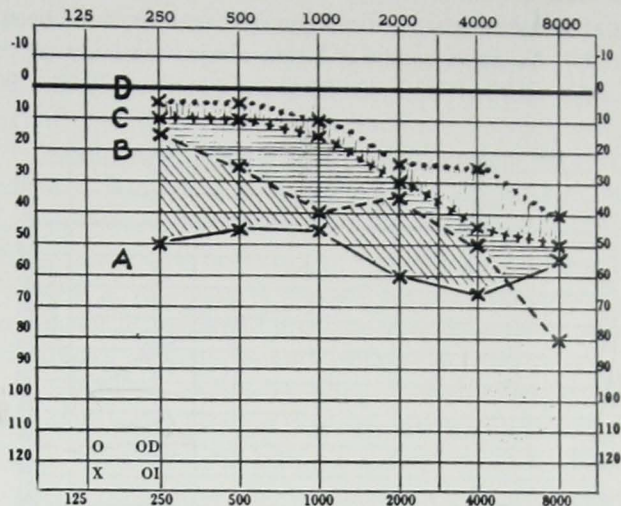


FIG. 3. La línea A corresponde a la curva preoperatoria. La línea B representa la curva audiométrica obtenida a los 10 días. La línea C los resultados audiométricos obtenidos a los 30 días y la curva D la ganancia a los 180 días.

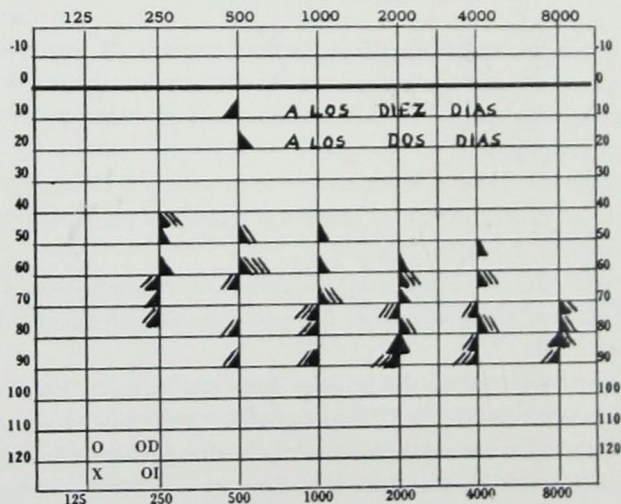


FIG. 4. Umbrales de molestia encontrados entre los días 20. y 100. del postoperatorio.

el estudio de los umbrales de molestia o de algiacusia ya mencionados, y por el estudio de reclutamiento logoaudiométrico, el cual hemos encontrado positivo en la mayoría de los casos estudiados por este método en los primeros 20 días.

Las pruebas de balance mono y binaural de Fowler no las hemos realizado, especialmente por ser nuestro criterio que la prueba de fatiga que realizamos, y que ha sido motivo de otras comunicaciones, sigue siendo muy fiel para el diagnóstico de cortipatías.

4. Las pruebas de fatiga, investigadas con nuestro método en las frecuencias 500,1000, y 2000, las consideramos positivas cuando la percepción del tono a intensidad umbral es menor a 60 segundos, calificando en estas circunstancias a la prueba como positiva.

En el muestreo de nuestros casos encontramos que la prueba es positiva en los estudios hechos a las 48 horas, en las pruebas de los 10 días y en algunos casos en la de 20 días, volviéndose negativa en la mayoría de los casos y en los estudios 30 y 60 días.

Debemos hacer notar que la prueba de fatiga es el último de los signos de cortipatía que desaparece (fig. 5).

PRUEBAS DE FATIGA	
A los 2 días:	+++++
A los 10 días:	+++++
A los 20 días:	+++++
A los 30 días:	-+-+-
A los 60 días:	-----±

FIG. 5. Resultados obtenidos con la prueba de fatiga en 10 casos.

5. En un alto porcentaje de los casos estudiados, en la gráfica audiométrica de tonos puros, por vía aérea, realizada a las 48 horas, aparece una elevación de los umbrales a nivel de la frecuencia 1500 o en la 2000, haciendo un verdadero ángulo en la gráfica, ya que en la frecuencia siguiente vuelve a haber una caída (veremos adelante nuestra interpretación) (fig. 6).

Interpretamos todos estos signos y síntomas de la siguiente manera:

1. Existe un síndrome de cortipatía, de tipo transitorio con recuperación subtotal del organo de Corti.

Lo anterior queda fundado en:

- a) Tipo de la curva audiométrica con alza de los tonos graves y abatimientos de los tonos agudos.
- b) Presencia de umbrales de molestia, algiacusia o de audibilidad incómoda, con las características anotadas.
- c) Reclutamiento positivo.
- d) Pruebas de fatiga positivas.

- e) El concepto de recuperación subtotal lo basamos en la persistencia de abatimiento de las frecuencias agudas en la mayoría de los casos aun los de mayor éxito operatorio.
2. Existe un síndrome vestibular, de tipo periférico, transitorio con recuperación funcional total.

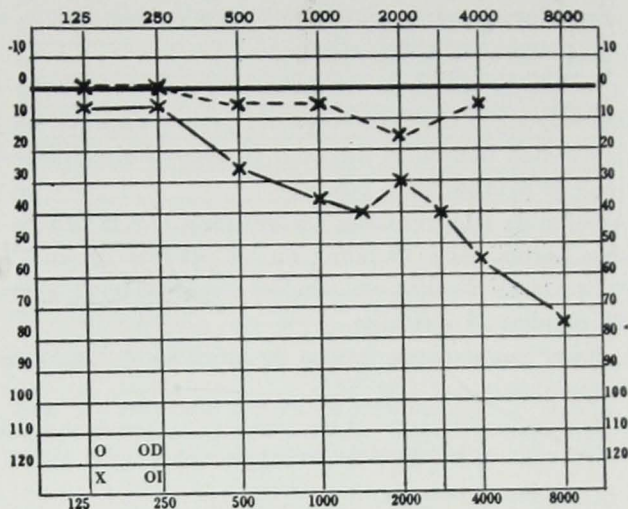


Fig. 6. En la vía aérea se observa una elevación en los 2000 ciclos que corresponde a la imagen invertida del nicho de Carhart que se observa en la vía ósea.

Lo anterior queda fundado en:

- Sintomatología subjetiva; mareos, vértigos, náuseas, vómitos, sudoraciones, palidez, etc., espontáneos o desencadenados por movimientos de la cabeza de tipo lineal o angular.
- Nistagmus espontáneo o provocado por los movimientos de la cabeza, que se agota y no se reproduce, siendo además cambiante con las diferentes direcciones del movimiento de la cabeza.
- Desviaciones estáticas corporales y segmentarias.
- Ausencia de signos cerebelosos en los estudios.
- Regresión paulatina y rápida de los signos y síntomas con desaparición de ellos en un alto porcentaje, después de los 20 días de operados.
- Pruebas vestibulares térmicas normales a los 60 días de operados.
- El hecho de que el nistagmus se dirija al lado no operado (recordando que el verdadero componente vestibular o lento lo hace al lado operado); la desviación corporal y segmentaria tenga dirección hacia el lado operado, el sentido del vértigo giratorio también al mismo lado, es decir, que tenemos todos los signos omolaterales, nos

lleva al diagnóstico de síndrome vestibular de tipo inhibitorio o hipofuncional, y creemos se debe a descompresión operatoria, que se recupera haciendo desaparecer los síntomas y signos) (fig. 7).

3. Creemos que por la descompresión del líquido endolinfático, se presenta el ángulo de ascenso audiométrico en las frecuencias 1,500 ó 2000 que hemos mencionado, y nuestro modo de pensar lo hemos deducido en el concepto en que se basa "el nicho de Carhart". En efecto, la disminución de

DATOS VESTIBULARES		
	<i>Mareo</i>	<i>Nistagmus</i>
A los 2 días:	+ + + + + + + +	+ + - - + + + -
A los 10 días:	- - - + + - - - - -	- - - + + - - - - -
A los 20 días:	- - - - - - - - - -	- - - - - - - - - -
A los 30 días:	- - - - - - - - - -	- - - - - - - - - -
A los 60 días:	- - - - - - - - - -	- - - - - - - - - -

FIG. 7. Datos vestibulares encontrados en 9 casos en los que se observa que la sintomatología desaparece progresivamente.

la conducción ósea en fijaciones no tratadas del estribo, que desaparece cuando éstas lo son con éxito, no indica disminución funcional del aparato de percepción del sonido, sino sólo un trastorno del sistema de conducción.

Esta caída a nivel de los 2000 ciclos, llamada "nicho de Carhart", es el resultado de un trastorno de conducción líquida del oído interno en relación con fenómenos de interferencia creados por la hipertensión del líquido endolaberíntico. Es puramente funcional y desaparece con la descompresión.

Con la base anterior, y dado que nuestro ángulo de ascenso es verdaderamente una curva en espejo del "nicho de Carhart", creemos que el fenómeno que encontramos se debe no sólo a descompresión sino a hipotensión endolaberíntica postoperatoria.

Cuando se restablece la tensión y desaparecen los síntomas vestibulares, también desaparece el ángulo de ascenso en las curvas audiométricas.

Sumando ambos síndromes, coclear y vestibular, nos sentimos autorizados a pensar en la existencia de un síndrome laberíntico total de tipo periférico endolaberíntico, con características de cortipatía y de un síndrome vestibular de tipo inhibitorio, transitorio y regresivo.

Creemos que no podemos hablar correctamente si decimos que hay laberintitis, porque no es propiamente un estado inflamatorio. No podemos hablar de laberintosis, porque no hay un proceso de degeneración.

Por ello creemos que se debe hablar de una entidad patológica especial que podemos denominar: *síndrome laberíntico total postoperatorio*.

Sobre los resultados postoperatorios creemos que:

1. Las ganancias audiométricas y logaudiométricas de nuestros casos estudiados son semejantes a los de las estadísticas publicadas por la mayoría de nuestros colegas siempre que los pacientes han tenido indicación opera-

toria basada correctamente, en una buena diferencia entre las curvas de percepción aérea y ósea, sin signos evidentes de cortipatía y con pruebas vestibulares normales.

2. En los casos operados por otitis adhesiva, los resultados no fueron tan brillantes, e inclusive en algunos pacientes no se obtuvo ganancia, pero sus controles postoperatorios se comprobó que:

- a) No disminuyó la diferencia entre las curvas aérea y ósea.
- b) No apareció daño coclear.
- c) No dejó hipofunción vestibular.

3. En algunos casos que por los estudios preoperatorios se juzgó pobremente indicada o aun contraindicada la operación, pero que, animados por algunos resultados favorables obtenidos por algunos de nuestros compañeros en casos similares, o bien en otros casos que planteamos la exploración quirúrgica de hipoacúsicos no sujetos a ninguna otra posibilidad terapéutica, en los que realizamos la operación, nuestros resultados fueron siempre nulos.

#### SUMMARY

Periodic audiometric tests between 48 hours to 180 days were performed on patients operated of stapedectomy with vein graft according the Shea's technique. The test includ examination for recruitment and fatigue. Complete examination of the conditions of the vestibular portion of the eighth cranial nerve were also performed. With the findings of these tests the authors describe a sindrome called "total labyrinthic postoperative sindrome". It consists of a transitory cortipathy with subtotal recorvery of the Organ of Corti with a peripheral vestibular sindrome, also transitory with total functional recovery.

#### RÉSUMÉ

On a fait, sur malades dans lesquels a été réalisé la stapedectomie avec un greffe de veine selon la technique de Shea, des études audiométriques périodiques dès les 48 heures jusqu'a les 180 jours. Les épreuves de recrutement et de la fatigue ont été comprises dans les examens. On a fait aussi l'exploration vestibulaire. Avec les résultats obtenus les AA ont fait la description d'un syndrome qui a été appelé "Syndrome labyrinthique total post-opératoire". Il s'agit d'une cortipathie de type transitoire avec récupération sous-total de l'organe de Corti et une affection vestibulaire de type périphérique aussi transitoire avec récupération totale.

#### ZUSAMMENFASSUNG

In Patienten, die nach der Technik von J. Shea mit anschliessender Venenplastik stapedektomiert wurden, wurden periodische audiometrische Studien ausgeführt und zwar nach 48 Stunden bis nach 180 Tagen. Die Untersuchungen berücksichtigen die Symptome des Reklumamiento und der Ermüdung. Eine komplette Vestibularuntersuchung wurde durchgeführt. Anschliessend an diese Studien beschreiben die Autoren ein Syndrom, welches sie als "totales postoperatives Syndrom" bezeichnen. Dieses besteht aus einer temporären Cortipathie mit teilweiser Wiederherstellung des Cortischen Organes und eines Vestibularsyndromes von, ebenfalls vorübergehenden und periferen Typus mit völliger funktioneller Wiederherstellung.

## SINDROME DEL NERVIIO NASAL

### PRESENTACION DE TRES CASOS

SERGIO RAÚL CHAVIRA \*

Se presentan tres casos del síndrome del nervio nasal, o síndrome de Charlin, el cual está constituido por:

1. Lesiones inflamatorias en el segmento anterior del ojo.
2. Dolores más o menos intensos, a veces paroxísticos, en la región nasoorbitaria y
3. Rinorrea unilateral que acompaña a la crisis.

Además de la forma típica o completa, existen las formas atípicas en las que aparece solo uno o dos de los elementos integrantes del síndrome.

Se considera que la neuritis del nervio nasal, de causa local o general, provoca las alteraciones sensitivas, secretoras y tróficas observadas en el síndrome y que el tratamiento local y sintomático actúa favorablemente en las formas neurálgicas y el tratamiento etiológico logra la mayoría de las veces, la remisión del padecimiento.

El síndrome del nervio nasal, también llamado síndrome de Charlin, síndrome nasociliar y síndrome nasoocular, fue descrito como tal por Charlin en 1930 y objeto de otras publicaciones por el mismo autor en los años subsiguientes. Fue estudiado también por los siguientes autores: Badal (1882); Guessani (1933); Holbron (1936); Batzon (1936); Dubois, Poiclsen, Sachaepi y Solotnitzki (1937); Priman y Wibo (1938); Mangabeira-Albernaz (1939); Gottesfeld y Leavitt (1942); Taylor (1946); Jeusen y Vail (1947); Laskiewes, Pallestrini y Spadavechia (1948); Duke (1952), etc. En nuestro país existe la revisión que hicieron Puig Solanes y Chavira en 1941.

Está caracterizado por tres elementos: 1) Lesiones inflamatorias en el segmento anterior del ojo. 2) Dolores más o menos intensos, a veces paroxísticos en la región orbitonasal. 3) Hidrorrea unilateral que acompaña a la crisis.

El elemento ocular de la tríada sintomática fue llamado por Charlin "polaritis o segmentitis anterior". En la forma típica o completa del síndrome.

\* Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital para Trabajadores al Servicio del Estado.

me se observan hiperemias conjuntivales, conjuntivitis, queratitis ulcerosas, iridociclitis y ciclitis.

La queratitis es la forma más común observada por los clínicos; con frecuencia es una queratitis superficial difusa, con erosiones superficiales, y queratitis marginales o profundas. Magitot describió las queratitis subepiteliales. Algunos observadores señalaron la forma grave de la úlcera serpigí-nosa. Las formas de iridociclitis descritas en el síndrome oculonasal son la iritis aguda difusa y la iritis plástica insidiosa; la ciclitis se presenta bajo dos formas clínicas: la ciclitis punteada tórpida y la iridociclitis punteada aguda. Lo que define a las lesiones oculares descritas es la coexistencia de una hidrorrea unilateral abundante con dolores oculares y puntos dolorosos e hiperestésias en las zonas de distribución del nervio nasal externo.

El segundo elemento del síndrome es el dolor, el cual puede ser espontáneo e intenso; bien sea superficial o profundo y continuo o con exacerbaciones. Es de tipo neurálgico, iniciándose en el ojo con irradiaciones a la mitad correspondientes de la cara. Lo caracteriza el que la intensidad no está en relación ni en proporción con las lesiones oculares, las cuales pueden ser discretas. En la forma típica hay dolores intensos con lesiones oculares mínimas, bien sea una conjuntivitis ligera, una simple erosión del epitelio corneano o una pequeña úlcera marginal. El dolor se extiende en la zona de distribución de nervio nasal externo y en los lugares de anastomosis con el frontal y el supraorbitario. Con frecuencia se inicia en el ángulo interno de la órbita y de allí se irradia al ojo, a los párpados, a la región frontal, a la parietooccipital, a la raíz y al ala de la nariz.

Los puntos dolorosos son el ángulo superointerno de la órbita, la parte interna del ángulo interno del ojo y el ala de la nariz, precisamente en el punto de emergencia del nervio nasolobar.

En ocasiones se ha producido la crisis por una excitación en la pared externa de la fosa nasal, delante de la cabeza de los cornetes.

En casos señalados por Charlin los puntos dolorosos no asientan en las zonas descritas y la aplicación de anestésicos en la pituitaria no tiene influencia sobre el síndrome. En estos casos se ha puesto en evidencia la irritación del trigémino con la investigación de la hiperhidrosis limitada a un solo lado de la cara y con la investigación del tono ocular. En tres casos de Mangabeira-Albernaz la presión ocular de 30 mm. de mercurio descendió a 15 mm. cuando terminó la crisis.

El tercer elemento del síndrome lo constituye una hidrorrea abundante, unilateral, que como todo el cuadro sintomático se presenta en forma de crisis. En ocasiones existen violentas crisis de estornudos, seguidas de una rinorrea abundante, hay congestión de la mucosa nasal en la zona de distribución del nervio nasal interno y es en la nariz donde se encuentra la



espina irritativa (desviación del septum nasal, hipertrofia de los cornetes, etmoiditis, edema de la mucosa, etc.).

Además de esta forma típica o completa existen las formas incompletas o atípicas, como la forma ocular, la nasal y la neurálgica según las lesiones predominantes sean oculares, nasales o dolorosas. Mangabeira-Albernaz señaló las formas mixtas oculonasales, oculoneurálgicas y nasoneurálgicas.

La patogenia no es unívoca; pueden constituirla muchos factores que lesionan o comprimen el nervio en su trayecto. Charlin dice que el síndrome es debido a "una compresión del nervio nasal en su trayecto a través del

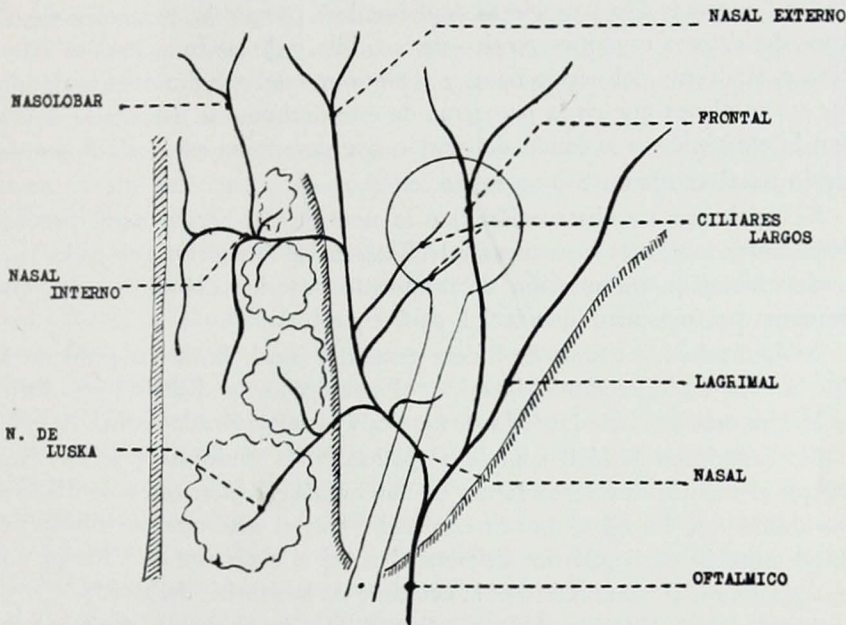


FIG. 1. Distribución anatómica del nervio nasal según Charlin.

canal etmoidal por la mucosa tumefacta". El túnel óseo del nervio nasal interno camina en la vecindad del laberinto etmoidal y basta que la congestión de una célula etmoidal se propague a este túnel para que éste se estrangule en su paso de la órbita a la cavidad nasal y que el síndrome ocular y nasal se presente. El conocido esquema de Charlin (fig. 1) se refiere a la distribución anatómica del nervio nasal en nasal interno y nasal externo, que son su rama terminal y su rama colateral, las que constituyen la raíz larga del ganglio ciliar. Los filetes terminales del primero lo hacen en el tabique nasal, en la cabeza de los cornetes medio a inferior y en el nervio nasolobar que camina en una gotera excavada en la cara posterior de los huesos propios de la nariz para insinuarse después entre el cartílago del ala de la nariz y el borde inferior y extenderse luego en forma de abanico en la zona del lóbulo

de la nariz. La terminación del nervio nasal externo se hace por una rama lagrimal que inerva el saco y los conductos lagrimales, la carúncula, la parte interna de la conjuntiva y el conducto nasal; una rama nasal que termina en la piel de la raíz y del dorso de la nariz y finalmente una rama palpebral que inerva la parte interna de ambos párpados y la región interciliar. Realmente el nervio nasal es un nervio oculonasal (Charlin).

Si en algunos casos se puede invocar la patogenia descrita por Charlin, en otros la sola excitación del nervio provocada por una neuritis desencadena el síndrome (Chavira). Halbron llamó al síndrome de Charlin y al de Sluder "interreacciones nerviosas oculonasales" porque la excitación simultánea del sistema organovegetativo de la órbita y de las fosas nasales determina el síndrome del nervio nasal y el síndrome del ganglio esfenopalatino. Por eso se piensa que en la patogenia de este síndrome se debe invocar más bien la excitación o la lesión del nervio que determina así el síndrome del nervio nasal completo o incompleto.

Es un hecho de observación que la neuritis del nervio nasal provoca alteraciones sensitivas, secretoras y tróficas en los territorios que están bajo su dependencia: inflamación del segmento anterior del ojo, coriza con hidrorrea profusa, neuralgia facial, ocular y orbitaria.

Se han aducido causas de índole general y local. Entre las primeras se cita la lúes, la tuberculosis, la gripe, el paludismo, la diabetes, etc. Entre las locales deben citarse las lesiones nasales y la infección dentaria.

El diagnóstico es fácil cuando se piensa en el síndrome y se observan los tres elementos que le confieren su autonomía. Existen casos de diagnóstico difícil que hacen se pueda confundir con el síndrome de Sluder; es difícil también el diagnóstico diferencial entre el síndrome de Charlin y la sinusitis etmoidal cuando ésta es la causante de la neuritis del nasal.

El diagnóstico diferencial con el síndrome de Sluder, o síndrome del ganglio esfenopalatino, se hace porque en éste no se observan los dolores provocados en el terreno de distribución del nasal; los dolores espontáneos que se presentan durante la crisis se localizan en el ojo, en la raíz de la nariz, en los dientes en ambos maxilares y se presentan irradiaciones al oído, a la mastoidea, al cuello, al hombro, al brazo y a la mano. El cuadro clínico de Sluder se completa con fenómenos simpáticos, abundante epífora, edema de los párpados del mismo lado, fotofobia, dilatación pupilar, ligero exoftalmos, coriza que precede a la crisis y elevación del paladar membranoso del lado enfermo. Finalmente, no existen hidrorrea ni lesiones oculares.

La neuralgia del nervio vidiano (Vali) se diferencia de los dos síndromes anteriores porque los dolores tienen un asiento e irradiación diferente; se localizan en la región occipital, mastoidea, en el oído, irradiados al brazo y a la mano. Se la define como una neuralgia cervicoescapular. Vail piensa

que el síndrome de Sluder no es un síndrome del ganglio esfenopalatino, sino una neuralgia o neuritis del nervio vidiano.

En la neuralgia facial el dolor es también intermitente e intenso; se inicia en el ala de la nariz, en la región malar, en el labio superior con irradiaciones fulgurantes a las regiones frontal y parietal; el dolor es unilateral y su fase álgida dura de algunos minutos a varias horas; existe un estado congestivo de la cara con aumento de la secreción lagrimal, nasal y salival; es muy frecuente la hiperestesia del cuero cabelludo y un dolor exquisito a la compresión de los puntos dolorosos del trigémino. La neuralgia puede ser del oftálmico, del nervio maxilar superior o del nervio maxilar inferior.

En la forma atípica llamada por Charlin neurálgica; el dolor domina toda la escena y para el enfermo y para el médico pasan inadvertidas las lesiones oculares y nasales.

La diferenciación entre una neuralgia y una cefalea presenta dificultades en un alto porcentaje de casos por la imposibilidad del paciente para indicar el sitio exacto del dolor.

En este diagnóstico diferencial debe tenerse en cuenta que el dolor de la sinusitis etmoidal se inicia en la raíz de la nariz y se propaga al vértice de la cabeza; en cambio, en las sinusitis esfenoidales el dolor radica en el vértice de la cabeza y en el occipucio; no obstante esta localización de los dolores, el diagnóstico diferencial con estas cefaleas de origen meático, síndrome de Halphen o *vacuum sinus*, es difícil por esto: el síndrome de Charlin es provocado por una neuritis del nasal y a su vez esta neuritis puede ser provocada por una sinusitis etmoidal o esfenoidal, o se trata de dos síndromes independientes. En el primer caso de la relación sinusitis y neuritis hace que ésta desaparezca con el tratamiento médico o quirúrgico de la sinusitis, pero es inútil para la neuritis del nasal.

Las cefaleas meáticas constituyen un síndrome con esta tríada sintomática: síntomas simpaticoculares, rinorrea y dolores. Los dolores se localizan en las mismas regiones que en el síndrome de Charlin y, como en él, aparecen bajo la forma de crisis; son intensos, de tipo paroxístico y tienen de común que existen dolores provocados por una presión realizada en el ángulo interno de la órbita, lo que dificulta el diagnóstico; en cambio, los senos paranasales están opacos. Los síntomas oculares más frecuentes en el síndrome de Halphen son la hiperemia de la conjuntiva, el lagrimeo y la astenopía de acomodación que hace el diagnóstico en el síndrome de Charlin. Existe casi siempre una coriza intermitente con hipertrofia del cornete medio; las cefaleas meáticas desaparecen con el drenaje de los senos enfermos.

En la zona oftalmológica los dolores son frontales y orbitarios, continuos, de intensidad variable y se acompañan de hiperestésias o hipoestésias; pero cuando la erupción aparece se disipa la duda.

Las simpatalgias y causalgias presentan un cuadro clínico parecido al de Charlin; las primeras tienen su asiento unilateral en la órbita con irradiaciones dolorosas a la frente, al parietal, a la parte posterior de la cabeza, al cuello y al hombro. Se trata de dolores continuos o paroxísticos; sordos, constrictivos con sensación de quemadura y se acompañan de signos simpáticos: hiperemia de la conjuntiva, congestión de la cara y de la mucosa nasal, hidrorrea y del síndrome de Claudio Bernard-Horner. No se encuentran lesiones oculares.

Las causalgias faciales se caracterizan por dolores en la cara y dolores retrooculares; son espontáneos, ardorosos, difusos, persistentes, unilaterales e irradiados al vértice de la cabeza y al occipucio. Coexisten con fenómenos de vasodilatación facial, sudoración copiosa e hiperestesia. Constituyen el síndrome de Molbrun y son debidos a heridas del globo ocular, a fracturas de la base del cráneo, de la fosa pterigomaxilar y a traumatismos en la cara. Su aparición es inmediata o tardía. Se desconoce su patogenia; quizá se deban a la activación funcional de las fibras sensitivas por impulsos simpáticos.

En el síndrome del ganglio ciliar se encuentran también dolores más o menos intensos, sordos, profundos, retrooculares y paroxísticos con enrojecimiento conjuntival y episcleral, hipersecreción de humor acuoso y elevación de la tensión ocular. En las cefaleas de origen ocular el dolor es intenso en el ojo, en la región orbitaria y en la zona de distribución del oftálmico; no existe hidrorrea y su causa más frecuente radica en un vicio de refracción.

El pronóstico del síndrome de Charlin es benigno para la vida, pero no lo es para la función visual; está subordinado a las lesiones oculares. El pronóstico es benigno cuando las lesiones oculares son discretas y en las formas clínicas atípicas neurálgicas; en otras ocasiones el pronóstico cambia radicalmente cuando existen graves lesiones del ojo o reacciones emotivas fuertes, como las observadas en las formas crónicas, que llegan a alterar el psiquismo con lesiones somáticas o neuropáticas, bien de tipo emocional o de tipo psicasténico.

El tratamiento lo realiza el otorrinolaringólogo, el oculista y el neurocirujano. El primero hará el tratamiento médico o quirúrgico de la patología nasosinusal; el oculista hará la alcoholización o la sección y resección de los nervios supra e infraorbitarios, y el neurocirujano hará, en los casos en verdad excepcionales, la alcoholización del ganglio de Gasser o la sección y resección de la rama sensitiva del quinto par. En raras ocasiones realiza la sección en el bulbo, de las fibras sensitivas que van a la cara.

*Primer caso.* C. G., de 17 años de edad (nov. 1958). Presenta crisis oculonasales en el ojo derecho desde hace tres años de tipo neurálgico con duración de 15 a 20 minutos que se presentaban varias veces al día, durante dos o tres días. Acusaba

dolores en la región supraciliar derecha, en el ángulo superointerno de la órbita y en el dorso de la nariz irradiados a la región malar del mismo lado y a la región frontal. Presentó una queratitis ulcerosa marginal en la córnea derecha formada por cuatro pequeñas ulceritas con el cortejo habitual de hiperemia conjuntival, fotofobia, etc.; durante la crisis se presentaba una hidrorrea abundante y unilateral (del lado derecho). En la nariz se observó una rinitis crónica y una hipertrofia de los cornetes inferiores. Las reacciones serológicas fueron negativas. Identificado el síndrome, las crisis desaparecieron realizando un tratamiento local, nasal y ocular. Dos años después continuaba asintomático.

*Segundo caso.* M. E. D., de 36 años (enero de 1959). Ulcera con bordes irregulares en la córnea del lado derecho con iritis y sinequias posteriores. Dolores en el territorio de distribución del nasal externo, con hidrorrea unilateral derecha muy abundante y desviación del tabique nasal. Se hizo tratamiento local en el ojo y quirúrgico en la nariz por el especialista. Desaparición de los dolores diez días después de iniciado el tratamiento y el enfermo se dio de alta 35 días después.

*Tercer caso.* G. E., de 56 años (julio de 1960). Síndrome oculonasal por neuritis del nervio nasal del lado izquierdo. En este ojo existía una iritis de repetición que no cedía completamente a los tratamientos habituales. Dolores intensos en el ojo irradiados a las regiones parietooccipital, superciliar y al dorso y ala de la nariz, del lado izquierdo; a esto le sucedía un dolor sordo, retroocular, durante tres o cuatro días. Durante esta crisis se presentaba blefarospasmo, fotofobia, lagrimeo y rinorrea izquierda abundante, con hipertrofia de los cornetes inferiores. En esta enferma existía una infección focal en dos piezas dentarias con piorrea alveolar avanzada. Se hizo un tratamiento local ocular adecuado y general con penicilina. El especialista de oídos, nariz y garganta hizo el tratamiento de la hipertrofia de los cornetes inferiores; se realizó la ablación de las piezas dentarias enfermas y dos meses después desaparecieron los dolores y la lesión ocular. Se vio a esta enferma en octubre de 1961 y la iritis no había recidivado.

## CONCLUSIONES

1. El síndrome del nervio nasal es relativamente poco frecuente.
2. En la mayoría de los casos es de fácil diagnóstico; con pensar en su existencia se edifica el cuadro sindromático consistente en:
  - a) Dolores espontáneos oculares, perioculares y dolores provocados por compresión que son patognomónicos,
  - b) Segmentitis anterior, y
  - c) Rinorrea.
3. En los casos recientes desaparece rápidamente la crisis con la anestesia de la pituitaria en la zona de distribución del nervio nasal interno.
4. Se exageran las crisis o algunas veces aparecen cuando se comprime el punto de emergencia del nervio nasolobar o el del nasal externo.
5. La causa es una neuralgia o una neuritis del nervio nasal.
6. El tratamiento local y sintomático actúan favorablemente en las formas neurálgicas y el tratamiento etiológico determina en la mayoría de veces una remisión de las crisis o hace desaparecer el padecimiento.

7. En los casos rebeldes se hará la alcoholización del oftálmico o la sección del trigémino.

SUMMARY

Three cases of nasal nerve syndrome or Charlin's syndrome are presented. This syndrome is constituted by:

1. Inflammatory lesions of the anterior eye segment.
2. A more or less intense pain, sometimes paroxistic, of the naso-orbitary region and
3. Unilateral watery nasal discharge together with the crisis.

There are, Besides the complete or typical form, the atypical formes where only one or two of the elements that constitute the syndrome appear.

The consideration is made that the neuritis fo the nasal nerve, of local or general cause, produces the sensitive, secretory and trophic changes observed in this syndrome. The local and symptomatic treatment acts favorably in the neuralgic forms and the ethilogic treatment permits in most of the cases, the remission of the disease

RÉSUMÉ

On presente trois cas de syndrome du nerf nasal ou syndrome de Charlin. Il est caractérisé par:

1. Lésions inflammatoires dans le segment antérieur de l'oeil.
2. Douleurs d'intensité variable, parfois paroxystique dans la région naso-orbitaire et
3. Hydrorrhée unilaterale.

Il-y-a des formes typiques et de plus, les cas atypiques dans lesquels se presentent seulement un ou deux des éléments du syndrome.

On fait la considération que la névrite du nerf nasal de causes locale ou générale provoque les alterations sensitives, sécretoires et trophyques observées dans le syndrome et que le traitement local, symptomatique agit favorablement dans les formes névralgiques et le traitement étiologique obtient presque toujours la rémission de la maladie.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden drei Fälle von nasaler Neuritis, oder des sogenannten Charlinsyndroms vorgestellt. Die Erkrankung kann folgende Symptome zeigen:

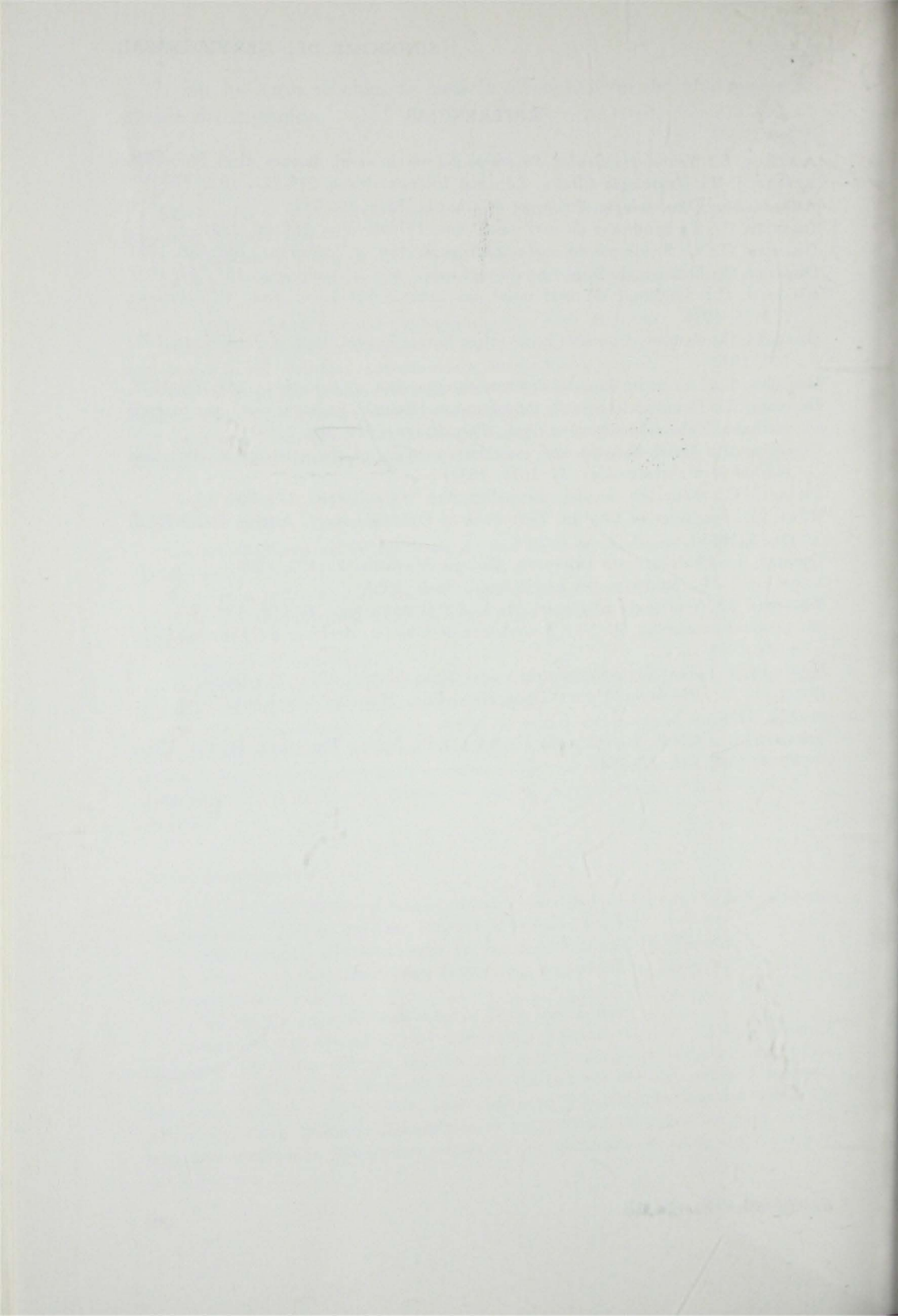
1. Entzündliche Veränderungen im vorderen Segment des Auges.
2. Mehr oder weniger heftige Schmerzen, manchmal in Form von Attacken in der naso-orbitalen Region.
3. Einseitige, wässrige Sekretion in Form von Krisen.

Abgesehen von typischen und kompletten Formen, werden atypische Formen beobachtet, in denen nur ein einzelne oder zwei wesentliche Symptome erscheinen.

Man nimmt an, dass die nasale Neuritis, die lokalen oder allgemeinen Ursprunges sein kann, sensitive, sekretorische und trophische Störungen hervorrufen kann. Die lokale oder symptomatische Behandlung in den neuralgischen Formen kann effektiv sein. Die etiologische Behandlung erzielt in der Mehrzahl der Falle ein Nachlassen des Leidens.

## REFERENCIAS

- ADROGUE, E.: *Neurología Ocular. Síndrome del nervio nasal*. Buenos Aires, 267, 1942.
- ALPERS, J. B.: *Neurología Clínica*. Editorial Interamericana. 216-221, 1952.
- AMSLER, M.: *Oftalmología. Síndrome de Charlin*. Págs. 381-635.
- CHARLIN, C.: Le Syndrome du nerf nasal. *Ann. l'Oculistique*. 168:86, 1931.
- CHARLIN, C.: Le Syndrome du nerf nasal frustré. *Ann. d'Oculistique*. 168:108, 1931.
- CHARLIN, C.: Etiologie du Syndrome du nerf nasal. *Ann. d'Oculistique*. 169:257, 1932.
- CHARLIN, C.: Syndrome du nerf nasal par toxémie bacillaire. *Ann. d'Oculistique*. 173:25, 1936.
- CHARLIN, C.: Syndrome du nerf nasal et ses formes lorrées. *Ann. d'Oculistique*. 169:736, 1932.
- CHARLIN, C.: La neurite du nasal de cause externe. *Ann. d'Oculistique*. 169:760, 1923.
- CHARLIN, C.: Neuralgie essentielle du trijumeau (Brauche Ophthalmique) par toxémie bacillaire. Tuberculinothérapie. *Ann. d'Oculistique*. 174:588, 1937.
- CHARLIN, C.: Nasal Neuritis and essential neuralgia of the trigeminus. *American Journal of Ophthalmology*. 11:1073, 1938.
- CHARLIN, C.: Neuralgie faciales essentielles. *Ann. d'Oculistique*. 174:894, 1937.
- DUKE, E.: Syndrome of Charlin. *Text Book of Ophthalmology*. Edición Henri-Kempton. 5:5641.
- DUGUET, J.: Physiologie du trijumeau. *Biologie Medicale*. 23:193, 1933.
- ENCINAS, B. H.: Síndrome del nervio nasal. *Tesis*. 1955.
- FRANCOIS, J.: Neurite du nerf nasal. *Arch. d'Ophthalmology*. 48:766, 1931.
- MANGABEIRA-ALBERNAZ, P.: Sur le syndrome de Charlin. *Archives d'Ophthalmologie*. 1:25, 1939.
- MARÍN, R. C.: *Neurología Psiquiatría y Neuralgia*. 55-191, 1951, 2ª edición.
- PUGLIESE, A.: *Fisiología*. Unión Tipográfica. Edit. Hispano Americana. Tomo II: 142, 1938.
- TESTUT, L.: *Tratado de Anatomía Humana*. Edit. Salvat. Barcelona. Buenos Aires. 8ª ed. tomo III, 37, 1947.





## CURSOS DE LA UNIVERSIDAD MICHOACANA

La Facultad de Medicina de la Universidad Michoacana anuncia las siguientes actividades que, en la rama de la Otorrinolaringología, patrocinará junto con el Gobierno del Estado en el año de 1963 bajo la coordinación del Dr. Efraín Dávalos:

*Febrero* (11 al 16): Curso de cirugía del hueso temporal. Con la cooperación del Dr. Teodoro Walsh, jefe del departamento de Otorrinolaringología de la Universidad "Washington" de Saint Louis Missouri E. U. A. (Capacidad limitada a diez alumnos). Costo de la inscripción \$ 1 500.00.

*Marzo* (25 al 30): Curso de cirugía del hueso temporal. Con la cooperación del Dr. Federico Guilford, jefe del departamento de Otorrinolaringología de la Universidad de Texas. E. U. A. (Capacidad limitada a diez alumnos). Costo de la inscripción \$ 1 500.00.

Para cualquier informe dirigirse a Dr. Efraín Dávalos. Centro Médico, Aquiles Serdán 665, Morelia (Mich). Tel. 16-78.

## CURSO DE PERFECCIONAMIENTO DEL PROFESOR GEORGES PORTMANN

*Del 1º al 13 de abril de 1963*

Como cada año, el curso de perfeccionamiento de Otorrinolaringología, del Profesor Georges Portmann, tendrá lugar del lunes primero al sábado trece de abril de 1963.

Estos cursos esencialmente prácticos, permiten a cada asistente adquirir: por una parte, conocimientos generales sobre los grandes problemas de nuestra especialidad (clásicos y nuevos) y, por la otra iniciarse por medio de demostraciones y trabajos prácticos, en los exámenes y actos médicos o quirúrgicos de nuestra especialidad.

Un programa detallado del curso se publicará posteriormente. Para inscripciones favor de dirigirse al Profesor G. Portmann, 45, cours du Maréchal Foch, Bourdeaux, Francia.

## V CONGRESO LATINO AMERICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y BRONCOESOFAGOLOGIA

*Del 14 al 20 de abril de 1963  
Montevideo, Uruguay*

Oído (Coordinador: Dr. J. M. Tato, Argentina)

- a) Evolución del tratamiento quirúrgico de la otoesclerosis. Relator: Dr. Estevan Ermiro de Lima, Brasil. Discutidor: Dr. Eugenio Romero Díaz, Argentina.

- b) Tratamiento quirúrgico de las otorreas crónicas en la infancia. Relator: Dr. Ramón del Villar, México. Discutidor: Dr. José Juan Badaraco, Argentina.
- c) Estado actual del tratamiento quirúrgico de las otorreas crónicas en el adulto. Relator: Dr. José A. Bello, Argentina. Discutidor: Dr. Mario Rius, Uruguay.

**MAXILAR SUPERIOR** (Coordinador: Dr. C. Briseño Romero, Argentina)

- a) Tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del maxilar superior. Relator: Dr. Mector Jorge, Argentina. Discutidor: Raphael Da Nova, Brasil.
- b) Tratamiento radioterápico de los tumores malignos del maxilar superior. Relator: Dr. Oslando Machado, Brasil. Discutidor: Dr. Carlos Viviani, Chile.

**TRAQUEOTOMÍA** (Coordinador Dr. J. H. Font, Puerto Rico)

- a) Indicaciones de la traqueotomía en las obstrucciones laringeas. Relator: Dr. Alfredo Celis Pérez, Venezuela. Discutidor: Dr. C. Franco Torres, Paraguay.
- b) Indicaciones de la traqueotomía en las afecciones neurológicas. Relator: Dr. Carlos Arauz, Argentina. Discutidor: Dr. Jorge Otte, Chile.
- c) Indicaciones de la traqueotomía en las afecciones neurológicas. Relator: Dr. Plinio de Mattos Barretto, Brasil. Discutidor: Dr. Ivo Kuhl, Brasil.

**LARINGE** (Coordinador: Dr. Pedro Regules, Uruguay)

- a) Tratamiento quirúrgico del cáncer de laringe e hipofaringe. Relator: Dr. Marcos A. Barrientos, Colombia. Discutidor: Dr. Jaime Del Sel, Argentina.
- b) Tratamiento fisioterápico del cáncer de laringe e hipofaringe. Relator: Dr. Matias Roxo Nobre, Brasil. Discutidor: Dr. Helmut Kasdorf, Uruguay.
- c) Tratamiento de las metástasis ganglionares y alejadas de laringe. Relator: Dr. Osvaldo Suárez, Argentina. Discutidor: Dr. Justo Alonso Leguisamo, Uruguay.
- d) Patología del cáncer de la laringe e hipofaringe. Relator: Dr. Ricardo Tapia Acaña, México. Discutidor: Dr. Aníbal Grez, Chile.

Inscripción hasta el 31 de diciembre de 1962.

Médicos U S \$ 10.00

Acompañantes U S \$ 5.00

Después del 31 de Diciembre de 1962.

Médicos U S \$ 15.00

Acompañantes U S \$ 7.50

## SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE LA RADIOLOGIA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

*Boudeaux, Francia.*

*Del 18 al 21 de abril de 1963*

**PROGRAMA CIENTÍFICO:**

1. Mesa Redonda sobre la Radiografía de la Roca. — Tato (Argentina), Agazzi (Italia), Cova (Italia), Davaine (Francia), Mundnich (Alemania) y Fischgold (Francia).
2. Mesa Redonda sobre el Radiodiagnóstico en Otología. — Wullstein (Alemania), Agazzi (Italia), Compere (U.S.A.), M. Portmann (Francia), Baron (Francia) y Guillen (Francia).
3. Mesa Redonda sobre la Exploración Dinámica de la Faringe y el Esófago. — Proux (Francia), Reboul (Francia), Wangermez (Francia), Schuermans (Bélgica) y Brombart (Bélgica).

## INFORMACION GENERAL

4. Mesa Redonda sobre Cobaltoterapia en Otorrinolaringología. — G. Portmann (Francia), Baclesse (Francia), Cova (Italia) y Wangermez (Francia).

Los trabajos libres tendrán un tiempo limitado a diez minutos y para inscribirlos se requiere enviar un resumen de menos de 500 palabras antes del 15 de febrero de 1963.

La inscripción cuesta a los médicos \$ 25 (U.S.) y a los acompañante \$ 16 (U.S.).

## XII CONGRESO BRASILEÑO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

*Río de Janeiro, 7 al 14 de septiembre de 1963*

*Presidente: Prof. Ermiro Lima*

Asuntos principales: "Problemas de la Trompa de Eustaquio" y "Laringitis crónica".

Toda contribución sobre cualquier tema de la especialidad, en castellano, sea bajo la forma de Ponencia Libre (10 minutos), o Conferencia (50 minutos) será gustosamente recibida. Además de los trabajos en plenario, habrá demostraciones quirúrgicas durante 4 días.

Inscripción: U S \$ 5.00.

Otras informaciones con el Secretario del Exterior: Dr. Walter Benevides, Rua Sorocaba, 714, Río de Janeiro GB, Brasil.

## OCTAVO CONGRESO INTERNACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Presidente: Shigekazu Sato

Secretario general: Jo Ono.

Kohimachi, P. O. Box 40

Tokyo, Japan

Cable: INTLCONGORG TOKYO

Lugar y fecha: Tokyo, 24 al 30 de octubre de 1965

## SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

XIII Reunión Nacional. Sede: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Del 30 de abril al 5 de mayo de 1962.

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

1. Mesa Redonda sobre "Enseñanza de la Otorrinolaringología".
2. Simposia sobre Fisiología de la Audición.
3. Simposia sobre Injertos e Implantes en Otorrinolaringología.
4. Trabajos libres.

Para trabajos libres es indispensable mandar su título hasta el 31 de diciembre y entregarlos hasta el día último del mes de febrero de 1963.

Extensiones turísticas a Oaxaca, Veracruz, Bonampak, Palenque, El Zumidero, Chiapa de Corzo, San Cristóbal, etc.

Indispensable hacer sus reservaciones con anticipación. Oficinas del Congreso: Tonalá No. 79, 2º piso, México 7, D. F. Tels. 25-04-30 y 11-52-14.

*Presidente*

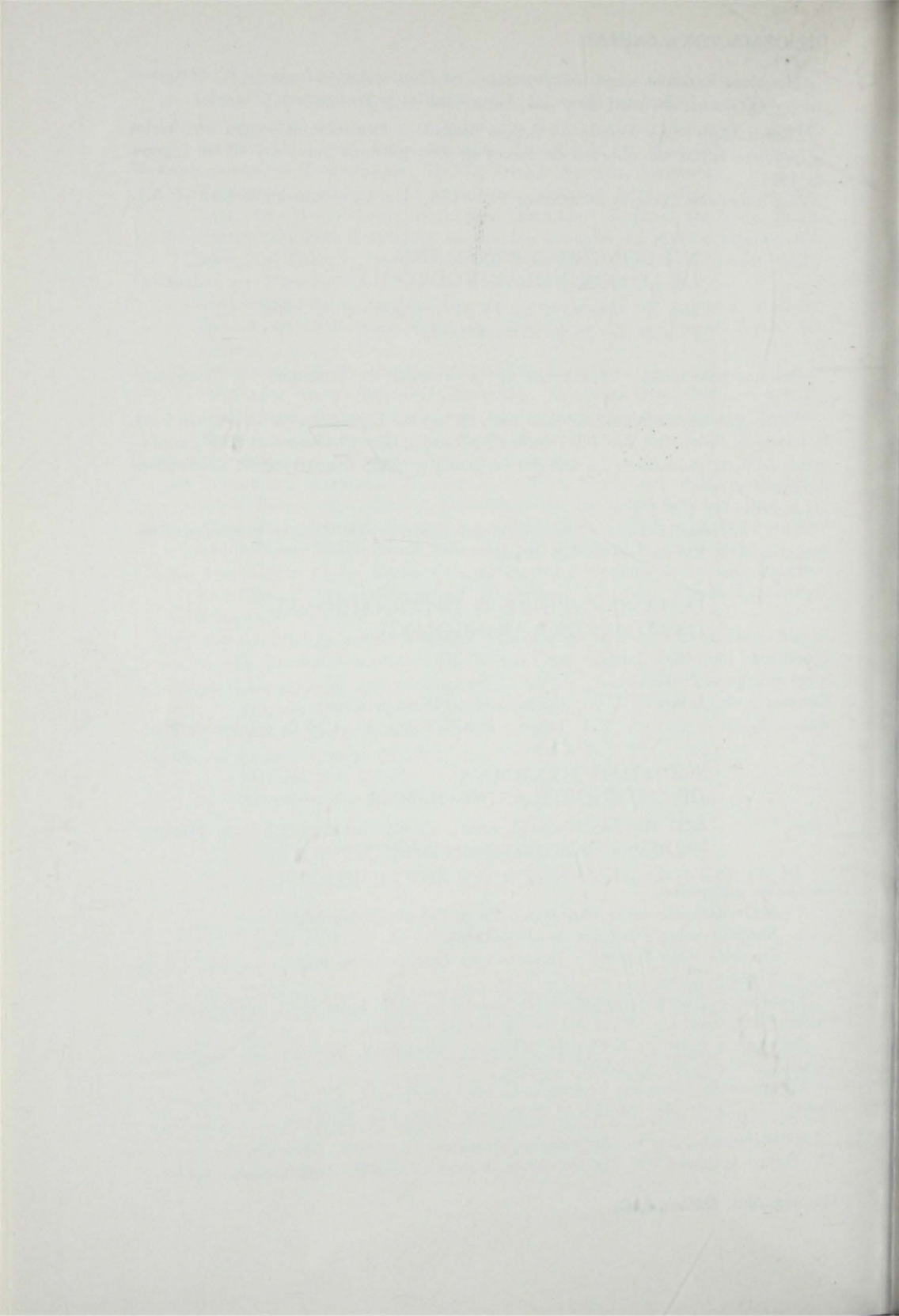
Dr. Rafael Giorgana

*Actividades Científicas*

Dr. Humberto Alcocer

*Coordinador*

Dr. Andrés Bustamante G.



## INDICE DE TRABAJOS DEL VOLUMEN V

### ARTICULOS ORIGINALES

Un método electroencelegráfico para la valoración de la audición en el niño. Por PEDRO ORTIZ ESTRADA, ERNESTO DEUTSCH y FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO . . . . .	3
Sordera perceptiva hereditaria. Estudio audiológico y genético de 100 familias. Por FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO y GABRIELA TORRES COURTNEY . . . . .	23
Algunos conceptos de fisiopatología del tejido conectivo en relación con la patología nasal. Por A. BUSTAMANTE BALCÁRCEL, M. GUERRERO y LUZ MA. BRAVO . . . . .	35
Aspectos genéticos de la otosclerosis clínica. Por FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO y GABRIELA TORRES COURTNEY . . . . .	59
Alteraciones cefálicas macroscópicas por la acción del ultrasonido en embriones de pollo Por CONSUELO SAVÍN V. . . . .	71
Uso de los corticoesteroides en la rinitis alérgica. Por FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO y ANDRÉS BUSTAMANTE BALCÁRCEL . . . . .	77
Estudio anatómico del oído del <i>Siredon lermaensis</i> (ajolote). Por ELVIRA ES- TRADA . . . . .	117
Timpanoplastia. Resultados en sesenta y dos casos. Por MÁXIMO GARCÍA CAS- TAÑEDA . . . . .	127
Prótesis en oído medio. Por JUAN OVERHAUSER . . . . .	131
Evaluación de los errores de construcción gramatical en el niño sordo. Por SU- SANA ALARDIN GONZÁLEZ . . . . .	177
Traqueostomía plástica permanente o fenestración traqueal. Por ALFONSO MAN- JARREZ B. . . . .	185
El conducto lacrimonasal y la cirugía de la nariz. Por TOMÁS I. AZUARA, RA- MÓN RUENES y SALVADOR PÉREZ P. . . . .	189
Observaciones postoperatorias en la estapedectomía. Por MIGUEL ARROYO GÜ- JOSA e IGNACIO ORTEGA DOMÍNGUEZ . . . . .	197

### CASOS CLINICOS

Glomus jugulare. Por FEDERICO REINKING, JR. . . . .	41
Tumores de glándulas salivales de nariz. Por RAÚL HINOJOSA, TOMÁS I. AZUARA y ALFONSO GÓMEZ MARTÍNEZ . . . . .	47
Alteraciones otorinolaringológicas y pulmonares en el deporte del buceo. Por ROLANDO DEL ROSAL . . . . .	85
Tratamiento quirúrgico de la parálisis traumática del nervio facial. Por BEN- JAMÍN MACÍAS J. . . . .	101

## INDICE DE TRABAJOS

Encefalomeningocele intranasal. Relación de un caso. Por ANDRÉS BUSTAMANTE BALCÁRCEL y OSCAR ANTÚNEZ . . . . .	107
Histiocitosis del hueso temporal. Por ANDRÉS BUSTAMANTE BALCÁRCEL, FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO, ANDRÉS BUSTAMANTE GURRÍA y RAÚL HINOJOSA . . . . .	137
Hipoacusia neurosensorial en la otosclerosis. Por JAIME T. BENÍTEZ . . . . .	147
Hemotímpano idiopático. Presentación de un caso. Por FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO, ANDRÉS BUSTAMANTE BALCÁRCEL, ANDRÉS BUSTAMANTE GURRÍA y RAÚL HINOJOSA . . . . .	161
Síndrome del nervio nasal. Presentación de tres casos. Por SERGIO RAÚL CHAVIRA . . . . .	205

## INDICE DE AUTORES DEL VOLUMEN V

ANTÚNEZ, O., y BUSTAMANTE, B. A.: Encefalomeningocele intranasal. Relación de un caso . . . . .	107
ALARDÍN., G. S.: Evaluación de los errores de construcción gramatical en el niño sordo . . . . .	177
ARROYO, G. M., y ORTEGA, D. I.: Observaciones postoperatorias en la estapedectomía . . . . .	197
AZUARA, T. I.; HINOJOSA, R., y GÓMEZ, M. A.: Tumores de glándulas salivales de nariz . . . . .	47
AZUARA, T. I.; RUENES, R., y PÉREZ, P. S.: El conducto lacrimonasal y la cirugía de la nariz . . . . .	189
BENÍTEZ, J. T.: Hipoacusia neurosensorial en la otosclerosis . . . . .	147
BRAVO, L. M.; BUSTAMANTE, B. A., y GUERRERO, M.: Algunos conceptos de fisiopatología del tejido conectivo en relación con la patología nasal . . .	35
BUSTAMANTE, B. A.; GUERRERO, y BRAVO, L. M.: Algunos conceptos de fisiopatología del tejido conectivo en relación con la patología nasal . . .	35
BUSTAMANTE, B. A., y HERNÁNDEZ O., F.: Uso de los corticosteroides en la rinitis alérgica . . . . .	77
BUSTAMANTE, B. A., y ANTÚNEZ, O.: Encefalomeningocele intranasal. Relación de un caso . . . . .	107
BUSTAMANTE, B. A.; HERNÁNDEZ O., F.; BUSTAMANTE, G. A., e HINOJOSA, R.: Histiocitosis del hueso temporal . . . . .	137
BUSTAMANTE, B. A.; HERNÁNDEZ O., F.; BUSTAMANTE, G. A., e HINOJOSA, R.: Hemotímpano idiopático. Presentación de un caso . . . . .	161
BUSTAMANTE, G. A.; BUSTAMANTE, B. A.; HERNÁNDEZ O., F., e HINOJOSA, R.: Histiocitosis del hueso temporal . . . . .	137
BUSTAMANTE, G. A.; HERNÁNDEZ O., F.; BUSTAMANTE, B. A., e HINOJOSA, R.: Hemotímpano idiopático. Presentación de un caso . . . . .	161
CHAVIRA, S. R.: Síndrome del nervio nasal. Presentación de tres casos . . .	205
DEL ROSAL, R.: Alteraciones otorrinolaringológicas y pulmonares en el deporte del buceo . . . . .	85
DEUTSCH, E.; ORTIZ-ESTRADA, P., y HERNÁNDEZ O., F.: Un método electroencefalográfico para la valoración de la audición en el niño . . . . .	3
ESTRADA, E.: Estudio Anatómico del oído del <i>Siredon lermaensis</i> (ajolote) . .	117
GARCÍA, C. M.: Timpanoplastia. Resultados en sesenta y do escasos . . . .	127
GÓMEZ, M. A.; HINOJOSA, R., y AZUARA, T. I.: Tumores de glándulas salivales de nariz . . . . .	47
GUERRERO, M.; BUSTAMANTE, B. A., y BRAVO, L. M.: Algunos conceptos de fisiopatología del tejido conectivo en relación con la patología nasal . . .	35
HERNÁNDEZ O., F.; ORTIZ-ESTRADA, P., y DEUTSCH, E.: Un método electroencefalográfico para la valoración de la audición en el niño . . . . .	3

## INDICE DE AUTORES

HERNÁNDEZ O., F.; y TORRES, C. G.: Sordera perceptiva hereditaria. Estudio audiológico y genético de 100 familias . . . . .	23
HERNÁNDEZ O., F., y TORRES, C. G.: Aspectos genéticos de la otosclerosis clínica . . . . .	59
HERNÁNDEZ O., F., y BUSTAMANTE, B. A.: Uso de los corticosteroides en la rinitis alérgica . . . . .	77
HERNÁNDEZ O., F.; BUSTAMANTE, B. A.; BUSTAMANTE, G. A., e HINOJOSA, R.: Histiocitosis del hueso temporal . . . . .	137
HERNÁNDEZ O., F.; BUSTAMANTE, B. A.; BUSTAMANTE, G. A., e HINOJOSA, R.: Hemotímpano idiopático. Presentación de un caso . . . . .	161
HINOJOSA, R.; AZUARA, T. I., y GÓMEZ, M. A.: Tumores de las glándulas salivales de nariz . . . . .	47
HINOJOSA, R.; BUSTAMANTE, B. A.; HERNÁNDEZ O., F., y BUSTAMANTE, G. A.: Histiocitosis del hueso temporal . . . . .	137
HINOJOSA, R.; HERNÁNDEZ O., F.; BUSTAMANTE, B. A., y BUSTAMANTE, G. A.: Hemotímpano idiopático. Presentación de un caso . . . . .	161
MACÍAS, J. B.: Tratamiento quirúrgico de la parálisis traumática del nervio facial . . . . .	101
MANJARREZ, A. B.: Traqueostomía plástica permanente o fenestración traqueal . . . . .	185
ORTEGA, D. I., y ARROYO, G. M.: Observaciones postoperatorias en la estapedectomía . . . . .	197
ORTIZ-ESTRADA, P.; DEUTSCH, E., y HERNÁNDEZ O., F.: Un método electroencefalográfico para la valoración de la audición en el niño . . . . .	3
OVERHAUSER, J.: Prótesis en oído medio . . . . .	131
PÉREZ, P. S.; AZUARA, T. I., y RUENES, R.: El conducto lacrimonasal y la cirugía de la nariz . . . . .	189
REINKING, F., JR.: Glomus jugulare . . . . .	41
RUENES, R.; AZUARA, T. I., y PÉREZ, P. S.: El conducto lacrimonasal y la cirugía de la nariz . . . . .	189
SAVIN, V. C.: Alteraciones cefálicas macroscópicas por la acción del ultrasonido en embriones de pollo . . . . .	71
TORRES, C. G., y HERNÁNDEZ O., F.: Aspectos genéticos de la otosclerosis clínica . . . . .	59
TORRES, C. G., y HERNÁNDEZ O., F.: Sordera perceptiva hereditaria. Estudio audiológico y genético de 100 familias . . . . .	23





*Sanatorio*  
**LAS AMERICAS**

HOSPITAL ABIERTO

*Participa la ampliación  
de sus servicios  
con 12 nuevos cuartos  
para hospitalización*

\*

Chilpancingo 56, México, D. F. • 25-45-70 con 10 líneas

# NOS COMPLACE

participar a los SRES. MEDICOS que integran la H. Disciplina OTORRINOLARINGOLOGICA de MEXICO y CENTRO-AMERICA, que hemos ampliado y actualizado nuestra línea de preparados para uso exclusivo en su especialidad.

En fecha próxima estará a su disposición en los MERCADOS DE MEXICO y CENTRO-AMERICA este nuevo grupo complementario, de nuestra Línea de medicamentos de la especialidad, los cuales esperamos merezcan acceso a su interés como hasta ahora ha sido favorecido el primer grupo con el que hace tiempo nos presentamos ante la gran familia otorrinolaringológica.

*Atenta y respetuosamente*

**LABORATORIOS SOPHIA, S. A.**

HIDALGO N° 738

GUADALAJARA, JAL.



está despejada...

# DIMETAPP® Extentabs®

permite a sus pacientes respirar más libremente

■ máximo alivio de la congestión nasal ■ libre respiración durante 12 horas  
con 1 gragea ■ ausencia de efectos secundarios a dosis terapéuticas.



**Todo el mundo concurre en que**

**LEDERMICINA AYUDA AL MEDICO A PRESTAR LA MEJOR ATENCION**

El antibiótico de amplio espectro con eficaz actividad superior, uniformemente mantenida y con acción de reserva después de la última toma. En todo el mundo la LEDERMICINA (demetilclortetraciclina) ha probado su excelencia, llegando a ser el antibiótico preferido para el tratamiento de las infecciones. **Presentación:** Cápsulas: 150 mg en frascos de 8, 16 y 100. Gotas pediátricas: 60 mg/ml en frascos de 10 ml. Jarabe: 75 mg/5 ml en frascos de 60 ml.

**LEDERMICINA**<sup>®</sup>  
DEMETILCLORTETRACICLINA LEDERLE \*Marca Registrada



Editado por:  
LEDERLE LABORATORIES DIVISION  
Cyanamid Inter - American Corporation  
Wayne, New Jersey, U.S.A.

Distribuidores Exclusivos:  
CYANAMID DE MEXICO, S.A. DE C.V.  
Calzada de Tlalpan No. 3092  
México 22, D.F.



"Literatura exclusiva para médicos"

P. Méd. 10535/62

Regs. Nos. 54345 - 56000 y 56001 S.S.A.

*nuevo corticosteroide para uso tópico*



**DRENISON**

*proporciona una superior  
acción antiflogística y antiprurítica*

**Asociación de un esteroide con un antibiótico**  
**DRENISON con NEOMICINA**

... especialmente útil en las dermatosis que responden al tratamiento con esteroides cuando están complicadas o pueden complicarse con infecciones de la piel.

**Formas farmacéuticas:** El Drenison y el Drenison con Neomicina se hallan disponibles en una base de crema evanescente y en una base de ungüento hidrófilo.

**Presentación:** Ambos productos se suministran en tubos comprimibles de 5 g.

Drenison (flurandrenolona, Lilly)

Drenison con Neomicina (flurandrenolona con sulfato de neomicina, Lilly)

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS.

Reg. No. 57399, 57400, 57375, 57376, S. S. A.

P. Med. 2377/62

**Eli Lilly y Compañía de Mexico,  
S. A. de C. V., México 21, D. F.**

240237



# LABORATORIOS SOPHIA, S. A.

## DIVISION DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Envía un respetuoso saludo a los miembros de la

### SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

reiterando sus propósitos de ofrecer próximamente  
al H. Cuerpo Médico de la especialidad, las más  
recientes novedades terapéuticas  
en otorrinolaringología.

Atentamente.



Guadalajara, Jal., México.